



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

MICHELLE PRUDENCIO SHINKAI

**DESENVOLVIMENTO DE UMA TECNOLOGIA PARA SISTEMATIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NO TRABALHO DE PARTO E
PARTO**

FORTALEZA

2024

MICHELLE PRUDENCIO SHINKAI

DESENVOLVIMENTO DE UMA TECNOLOGIA PARA SISTEMATIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança.

Área de concentração: Atenção integrada e multidisciplinar à saúde da mulher e da criança.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho.

FORTALEZA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

Sistema de Bibliotecas

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

- S1d Shinkai, Michelle Prudencio.
Desenvolvimento de uma tecnologia para Sistematização da Assistência de Enfermagem à mulher no trabalho de parto e parto / Michelle Prudencio Shinkai. – 2022.
235 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, Fortaleza, 2022.
Orientação: Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho.
1. Sistematização da assistência de enfermagem. 2. Processo de enfermagem. 3. Diagnóstico de enfermagem. 4. Trabalho de parto. 5. Parto. I. Título.

CDD 610

MICHELLE PRUDENCIO SHINKAI

DESENVOLVIMENTO DE UMA TECNOLOGIA PARA SISTEMATIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança.

Área de concentração: Atenção integrada e multidisciplinar à saúde da mulher e da criança.

Aprovada em: 19/07/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho
Orientador/Presidente: Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno
Universidade Federal do Ceará (UFC)
Primeira Examinadora

Prof.^a Dra. Iane Ximenes Teixeira
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Segunda Examinadora

Dedico à Nossa Senhora por sempre estar comigo,
guiando minhas decisões em busca dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Foram diversas ajudas recebidas durante esta trajetória e, jamais serei grata o suficiente a todos que, direta ou indiretamente, compartilharam um pouco do seu tempo para auxiliar-me na construção deste sonho ou que compartilham suas caminhadas comigo.

À Deus, por toda proteção diária, por sua grandiosidade diante da minha vida, por me ouvir e, me dar forças quando eu não mais acreditei.

À Maria Santíssima, Nossa Mãe de Misericórdia, por me mostrar respostas e estar presente nos momentos que mais precisei, trazendo confiança e paz.

Aos meus pais, por acreditarem sempre na minha capacidade e, compreenderem minhas fragilidades, apoiando-me e fazendo-me crescer com muitos gestos de amor e por todas as semanas se deslocarem de sua cidade para cuidarem dos meus filhos quando eu estive ausente.

A minha mãe, por ter dado luz, sozinha em hospital do interior a três filhos, fonte de inspiração na construção de histórias diferentes de partos e, ainda a ela, pelo seu intenso e incansável apoio na realização desta pesquisa, por cuidar de mim e de minhas obrigações enquanto precisei estar ausente nesta construção.

Aos meus irmãos, Jorge e Geanny, vocês são luz, amor, companheirismo, amizade e trazem felicidade a cada dia às nossas vidas, tenho muito orgulho de tê-los como irmãos!

Aos meus filhos, por me ensinarem o sentido de amar, compreenderem minha ausência quando passei todos os finais de semana estudando, saibam que todo este esforço é por vocês!

Ao meu esposo, por todo cuidado, companhia e por me ensinar tanto todos os dias!

Às minhas amigas, por me escutarem e apoiarem, nunca me deixando desistir e vibrando em cada conquista minha, em especial à Adriana e Vanessa Colares! Vocês são exemplos de escuta e empatia!

À professora Adelane, ser humano ou anjo? Cuidou do meu sonho com afinco e dedicação, sempre com muita doçura, empenho, empatia, zelo, escuta, amor e paixão pela pesquisa e por seus alunos.

Ao grupo de estudos em Vulnerabilidade e Saúde (GEVS), por compartilhar conhecimentos e acreditar na pesquisa científica, buscando sempre engrandecimento e engajamento em busca de melhorias na qualidade do cuidado ao parto e nascimento.

À Santa Casa de Misericórdia de Sobral por tanto ter me ensinado, por acreditar em mim, confiar no meu trabalho e no meu sonho!

À minha equipe da maternidade por acreditar que é possível realizar nascimentos com marcas positivas, fazendo um dia feliz na vida das famílias, com segurança, fazendo meus dias de trabalho felizes e por me cobrarem a defesa quando eu já não tinha mais energia, de uma forma tão carinhosa: “chefe quase mestre”, logo vocês terão que me chamar por mestre!

Ao professor João Macedo, exemplo de mestre! Como lhe agradecer por tanto! Ser humano ímpar, cordial, simples, humano, extremamente educado, paciente, organizado. Gratidão por acreditar que meu sonho poderia se tornar real, acreditar que é possível ter um mundo um pouco melhor.

Ao professor Herlânio, meu orientador, exemplo de paciência e serenidade, acolhida e inteligência.

Aos professores, por dedicarem seu tempo em compartilhar seus conhecimentos e buscar nos engrandecer.

Às professoras Ianne, Ana Kelve por contribuírem com seus conhecimentos no desenvolvimento desta pesquisa e por participarem da banca.

Aos funcionários do departamento, em especial ao Zé, nosso anjo, muito mais que amigo! Acolhedor, simples, companheiro, caridoso, cuidadoso. Obrigada por todas as conversas, favores e, por vibrar por nossas pequenas e grandes vitórias.

Aos colegas de turma, em especial ao exemplo de simplicidade e caridade trazido a mim pela amiga Joana! Que presente! Ganhar amigos para a vida inteira!

Aos taxistas e Guanabara por me conduzirem com segurança de Sobral à Fortaleza todas as semanas na madrugada, sob à proteção Divina, mesmo sem eu conhecer nada em Fortaleza.

À UFC, por proporcionar à tantos estudantes conquistarem sonhos, alcançarem metas e contribuírem para uma sociedade melhor.

Aos juízes que contribuíram para a validação deste estudo. O quão incrível foi a participação de cada um, as mensagens, orientações, sugestões e elogios recebidos por e-mail, mesmo sem me conhecerem, acreditaram no meu sonho!

Ao Edgar, por compartilhar seus conhecimentos estatísticos comigo, me mostrando a maior alegria na escrita de todas estas páginas: o resultado!

Por fim, às famílias, por compartilharem o momento de transformação mais significativa na vida das pessoas comigo, o nascimento de seus filhos!

Filosofia do sucesso

“Se você pensa que é um derrotado,
Você será derrotado.
Se não pensar “quero a qualquer custo”,
Não conseguirá nada.
Mesmo que você queira vencer, mas se pensa que não vai conseguir,
A vitória não sorrirá para você.
Se você fizer as coisas pela metade,
Você será um fracassado.
Nós descobrimos neste mundo
Que o sucesso começa pela nossa intenção
E tudo se determina pelo nosso espírito.
Se você pensa que é um malgrado,
Você o será.
Se você almeja atingir uma posição mais elevada
Deve, antes de obter a vitória,
Dotar-se da convicção de que conseguirá
Infalivelmente.
A luta pela vida, nem sempre é vantajosa;
Nem aos fortes, nem aos espertos.
Mais cedo ou mais tarde,
Quem cativa a vitória é aquele que crê plenamente:
Eu conseguirei.”

Napoleon Hill

RESUMO

O objetivo deste estudo foi desenvolver uma Tecnologia voltada à Sistematização da Assistência de Enfermagem à mulher no trabalho de parto e parto, baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB). Trata-se de um estudo metodológico, de abordagem quantitativa, desenvolvido em três etapas, a saber: revisão integrativa de literatura, avaliação de conteúdo e desenvolvimento do instrumento. Para o percurso metodológico, utilizou-se o referencial teórico de Echer, Oliveira e Lucena (2014) e Silva *et al* (2020) na elaboração da tecnologia e, a Técnica Delphi *On line* para avaliação do conteúdo. Na primeira etapa foi realizada uma revisão integrativa em busca dos principais diagnósticos de enfermagem voltados à mulher no trabalho de parto e parto através do portal CAPES, acesso CAFe, às seguintes bases de dados: Scielo (Scientific Electronic Library Online); Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), BDEF (Base de dados de enfermagem), Web of Science, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), SCOPUS (Scopus Info Site), BDTD (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações e OATD (Open Access Theses and Dissertations), sendo a análise da produção científica desenvolvida com o apoio do software RAYYAN. A busca foi realizada com os seguintes descritores: Diagnóstico de Enfermagem, Processo de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Gestantes, Gravidez, Mulher, Saúde Materna, Trabalho de Parto, Parto, Parto Normal, Obstetrícia, Enfermagem, Enfermagem Obstétrica. Como resultado dessa etapa, foram incluídas 16 publicações, resultando na ocorrência de 48 diagnósticos de enfermagem relacionados à assistência à mulher no parto, utilizando-se a técnica de mapeamento cruzado entre os diagnósticos (NANDA e CIPE®) através do eixo foco. Na segunda etapa, realizou-se a avaliação desses diagnósticos junto a 53 juízes, criteriosamente selecionados no banco de dados do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através do preenchimento de um formulário *on-line* no *Google Forms* onde, em uma escala de Likert e pergunta aberta para sugestões, foram avaliados os diagnósticos de enfermagem e sugeridas modificações. A análise dos consensos e dissensos ocorreu por meio do cálculo do Índice de Concordância >90%. Na terceira etapa, o instrumento foi elaborado conforme as etapas do Processo de Enfermagem (PE), baseado em: publicações sobre o tema; nos diagnósticos de enfermagem NANDA (2021-2023) validados na etapa anterior; intervenções selecionadas do Nursing Intervention Classification (NIC, 2020) e; resultados do Nursing Outcome Classification (NOC, 2020), além da experiência clínica da pesquisadora e literatura pertinente. Os domínios do instrumento, para a primeira etapa do processo de enfermagem,

foram categorizados pela Teoria das NHB de Wanda de Aguiar Horta. Espera-se que a tecnologia seja utilizada pelos enfermeiros, subsidiando a assistência ao parto e que contribua com futuras pesquisas.

Palavras-chave: Sistematização da assistência de enfermagem. Processo de enfermagem. Diagnóstico de enfermagem. Trabalho de parto. Parto. Enfermagem obstétrica. Tecnologia em saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to develop a Technology aimed at the Systematization of Nursing Care for women in labor and delivery, based on the Theory of Basic Human Needs (NHB). This is a methodological study, with a quantitative approach, developed in three stages, namely: integrative literature review, content evaluation and instrument development. For the methodological path, the theoretical framework of Echer, Oliveira and Lucena (2014) and Silva et al (2020) was used to develop the technology and the Delphi On line Technique to evaluate the content. In the first stage, an integrative review was carried out in search of the main nursing diagnoses aimed at women in labor and delivery through the CAPES portal, CAFE access, to the following databases: Scielo (Scientific Electronic Library Online); Lilacs (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences); Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), BDENF (Nursing Database), Web of Science, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), SCOPUS (Scopus Info Site), BDTD (Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations and OATD (Open Access Theses and Dissertations), with the analysis of scientific production developed with the support of the RAYYAN software. The search was carried out with the following descriptors: Nursing Diagnosis, Nursing Process, Nursing Care, Pregnant Women, Pregnancy , Women, Maternal Health, Labor, Childbirth, Normal Birth, Obstetrics, Nursing, Obstetric Nursing. As a result of this stage, 16 publications were included, resulting in the occurrence of 48 nursing diagnoses related to assistance to women during childbirth, using the cross-mapping technique between the diagnoses (NANDA and CIPE®) was used through the focus axis. In the second stage, the evaluation of these diagnoses was carried out with 53 judges, carefully selected from the database of the National Council for Scientific and Technological Development (CNPq), by filling out an online form on Google Forms where, using a Likert scale and an open question for suggestions, nursing diagnoses were evaluated and modifications were suggested. The analysis of consensus and dissent occurred by calculating the Agreement Index >90%. In the third stage, the instrument was developed according to the stages of the Nursing Process (NP), based on: publications on the topic; in the NANDA nursing diagnoses (2021-2023) validated in the previous stage; interventions selected from the Nursing Intervention Classification (NIC, 2020) and; results from the Nursing Outcome Classification (NOC, 2020), in addition to the researcher's clinical experience and relevant literature. The domains of the instrument, for the first stage of the nursing process, were categorized by Wanda de Aguiar Horta's NHB Theory. It is expected that the technology will be used by nurses, supporting childbirth care and contributing to future research.

Keywords: Systematization of nursing care. Nursing process. Nursing diagnosis. Labor. Childbirth. Obstetric nursing. Health technology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Hierarquia das Necessidades Humanas Básicas, adaptada de Horta	43
Figura 2	Etapas do Processo de Enfermagem	49
Figura 3	Benefícios decorrentes da implantação da SAE	52
Figura 4	Taxonomia NANDA Internacional versão 2021-2023	57
Figura 5	Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC	58
Figura 6	Taxonomia NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem	60
Figura 7	Diagrama das etapas metodológicas de construção e validação do instrumento para SAE à mulher no trabalho de parto e parto	80
Figura 8	Etapas revisão integrativa.....	83
Figura 9	Fluxo da informação com as diferentes fases de uma revisão	98
Figura 10	Fluxograma do processo de identificação das publicações na revisão integrativa	99
Figura 11	Fluxograma do processo de seleção das publicações na revisão integrativa.	100
Figura 12	Fluxograma do processo de elegibilidade das publicações na revisão integrativa.	100
Figura 13	Fluxograma do processo de refinamento e inclusão das publicações na revisão integrativa.....	101
Figura 14	Filtros relativos à área de atuação dos especialistas no CNPq	120
Figura 15	Busca simples currículos especialistas na Plataforma Lattes (CNPq).....	120
Figura 16	Busca e seleção dos especialistas com os critérios de inclusão.....	121
Figura 17	Estudos selecionados por base de dados/biblioteca digital	131
Figura 18	Distribuição quantitativa dos estudos por país de publicação	133
Figura 19	Distribuição quantitativa dos estudos por região do Brasil	134
Figura 20	Distribuição quantitativa dos estudos pelo método	134
Figura 21	Distribuição quantitativa dos estudos quanto o ano de publicação dos estudos.....	135
Figura 22	Bases de dados na revisão integrativa em enfermagem	138
Figura 23	Nomenclatura de enfermagem utilizadas nos estudos	141

Figura 24	Distribuição dos diagnósticos de enfermagem por NHB.....	153
Figura 25	Incidência dos diagnósticos de enfermagem por estudo.....	155
Figura 26	Distribuição do percentual dos especialistas segundo a formação	162
Figura 27	Distribuição do percentual dos especialistas segundo a região do Brasil..	163
Figura 28	Distribuição do número de especialistas segundo o tempo de graduação	164

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos estudos primários selecionados quanto ano, periódico, país e método. Fortaleza, CE, Brasil, 2024	132
Tabela 2	Distribuição dos estudos primários selecionados quanto título, autor(es) e base de dados/biblioteca digital. Fortaleza, CE, Brasil, 2024	135
Tabela 3	Distribuição das publicações quanto ao número do estudo, nomenclatura, objetivo, descritores. Fortaleza, CE, Brasil, 2024.....	139
Tabela 4	Distribuição das publicações quanto ao número do estudo, idioma, amostra, tratamento e resultados. Fortaleza, CE, Brasil, 2024.....	141
Tabela 5	Caracterização dos especialistas segundo múltiplas variáveis, Fortaleza, CE, Brasil, 2024. Fortaleza, CE, Brasil, 2024.....	165
Tabela 6	Avaliação dos diagnósticos de enfermagem pelos especialistas. Fortaleza, CE, Brasil, 2024.....	167
Tabela 7	Percentual de concordância dos especialistas em relação ao conteúdo como IC 4 e 5, acima de 90. Fortaleza, CE, Brasil, 2024...	168
Tabela 8	Percentual de concordância dos especialistas em relação ao conteúdo como IC. Fortaleza, CE, Brasil, 2024.....	168
Tabela 9	Sugestões dos especialistas, avaliação do pesquisador. Fortaleza, CE, Brasil, 2024.....	169

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Subgrupos das Necessidades Humanas Básicas.....	45
Quadro 2	Descritores e termos alternativos da revisão integrativa.....	86
Quadro 3	Busca nas bases de dados.....	87
Quadro 4	Estratégia ECUS na recuperação da informação baseada na PICo: Quais os diagnósticos de enfermagem prevalentes da assistência à mulher em situação de parto normal? (<i>Extração e Conversão</i>) ..	90
Quadro 5	Estratégia ECUS na recuperação da informação baseada na PICo: Quais os diagnósticos de enfermagem prevalentes da assistência à mulher em situação de parto normal? (<i>Combinação</i>).....	91
Quadro 6	Estratégia ECUS na recuperação da informação baseada na PICo – Quais os diagnósticos de enfermagem prevalentes da assistência à mulher em situação de parto normal? (<i>Construção</i>)	92
Quadro 7	Estratégia ECUS na recuperação da informação baseada na PICo – Quais os diagnósticos de enfermagem prevalentes da assistência à mulher em situação de parto normal? (<i>USO</i>)	93
Quadro 8	Processo de busca na BVS, MEDLINE e SCIELO.....	94
Quadro 9	Processo de busca na BDTD, OATD, SCOPUS, CINAHL, SCIELO	95
Quadro 10	Processo de busca na MEDLINE.....	96
Quadro 11	Resultado da revisão integrativa.....	104
Quadro 12	Seleção dos estudos nas bases de dados/bibliotecas eletrônicas.....	130
Quadro 13	Diagnósticos de enfermagem por Necessidades Humanas Básicas NANDA e CIPE – Mapeamento cruzado.....	149
Quadro 14	Diagnósticos de enfermagem NANDA por NHB e estudos.....	154
Quadro 15	Diagnósticos de enfermagem 1-12 com características definidoras e fatores relacionados de acordo com os estudos.....	156
Quadro 16	Diagnósticos de enfermagem 13-20 com características definidoras e fatores relacionados de acordo com os estudos	157

Quadro 17	Diagnósticos de enfermagem 21-27 com características definidoras e fatores relacionados de acordo com os estudos	158
Quadro 18	Diagnósticos de enfermagem 28-33 com características definidoras e fatores relacionados de acordo com os estudos	159
Quadro 19	Diagnósticos de enfermagem 34-39 com características definidoras e fatores relacionados de acordo com os estudos	160
Quadro 20	Diagnósticos de enfermagem 40-48 com características definidoras e fatores relacionados de acordo com os estudos	161

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC	Alternative Billing Concepts
ABC Codes	Alternative Billing Concepts Codes
ABENFO	Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AERA	American Educational Research Association
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANA	American Nurses Association
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	American Psychological Association
APICE ON	Estratégia de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
Capex	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCC	Clinical Care Classification
CCC System	Clinical Care Classification System
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CIPE®	Classification of the Nursing Practices
CIPESC	Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
CNC & CE	Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness
CNC & CN	Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS
CPN	Centro de Parto Normal

DE	Diagnósticos de Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EO	Enfermeiro obstetra
FEBRASGO	Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
IC	Índice de Concordância
ICNP	International Classification for Nursing Practice
ICNP	International Classification for Nursing Practice
IE	Intervenções de Enfermagem
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
LOINC	Logical Observation Identifiers Names and Codes
LOINC	Logical Observation Identifiers Names and Codes
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH	Medical Subject Headings
MS	Ministério da Saúde
NANDA	North American Nursing Diagnoses Association
NCME	National Council on Measurement in Education
NHB	Necessidades Humanas Básicas
NIC	Nursing Intervention Classification
NIPE	Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería
NIPE	Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería
NMDS	Nursing Minimum Data Set
NMMDS	Nursing Management Minimum Data Set
NMMDS	Nursing Management Minimum Data Set
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOC	Nursing Outcomes Classification
NPE	Necessidades Psicoespirituais
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PE	Processo de Enfermagem

PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAP	Política Nacional de Atenção ao Parto
PNDS	Perioperative Nursing Data Set
PNDS	Perioperative Nursing Data Set
PNH	Política Nacional de Humanização
RC	Rede Cegonha
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RE	Resultado de Enfermagem
RI	Revisão Integrativa
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SNOMED CT	SNOMED Clinical Terms
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Teorias de enfermagem
TNICEF	Tecnologias Não Invasivas De Cuidado De Enfermagem Obstétrica
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	24
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO.....	24
1.2	JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA.....	31
1.3	JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA PARA ATIVIDADE PROFISSIONAL E REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	34
1.4	PRODUÇÃO CIENTÍFICA E LACUNAS DE CONHECIMENTOS EXISTENTES.....	36
2	OBJETIVOS.....	38
2.1	OBJETIVO GERAL.....	38
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	38
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	39
3.1	TEORIAS DE ENFERMAGEM E TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS.....	39
3.2	PROCESSO DE ENFERMAGEM E SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	46
3.3	ASSISTÊNCIA AO PARTO	60
3.4	ENFERMAGEM OBSTÉTRICA	68
3.5	TECNOLOGIAS EM SAÚDE	72
3.6	CONSTRUÇÃO E AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS	74
4	PERCURSO METODOLÓGICO	78
4.1	TIPO E ABORDAGEM DO ESTUDO	78
4.2	DELINEAMENTO DA PESQUISA – ETAPAS DO ESTUDO	80

4.3	PRIMEIRA ETAPA – REVISÃO INTEGRATIVA - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PREVALENTES NA ASSISTÊNCIA AO PARTO.....	81
4.3.1	Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa.....	84
4.3.1.1	Identificação do problema e formulação de uma pergunta de pesquisa.....	84
4.3.1.2	Definição dos descritores	85
4.3.1.3	Definição das bases de dados	86
4.3.1.4	Descrição da seleção	89
4.3.1.5	Definição da estratégia de busca	89
4.3.1.6	Estratégia de busca de estudos nas bases de dados	93
4.3.2	Critérios de inclusão e exclusão	97
4.3.3	Identificação dos estudos selecionados	97
4.3.4	Categorização dos estudos selecionados	101
4.3.5	Categorização dos resultados	102
4.3.6	Análise e interpretação dos resultados	116
4.4	SEGUNDA ETAPA – AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS UTILIZANDO A TÉCNICA <i>DELPHI</i>	117
4.4.1	Seleção dos juízes especialistas	118
4.4.2	Definição da amostra.....	122
4.4.3	Coleta de dados	122
4.4.4	Avaliação dos diagnósticos	124
4.4.5	Organização e análise dos dados quantitativos	125
4.5	TERCEIRA ETAPA: ESTRUTURAÇÃO DO LAYOUT E DO CONTEÚDO DO INSTRUMENTO.....	125
4.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	127
5	RESULTADOS	128

5.1	PRIMEIRA ETAPA – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PREVALENTES NA ASSISTÊNCIA AO PARTO DE ACORDO COM AS NHB	129
5.2	SEGUNDA ETAPA – AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO POR EXPERTISES UTILIZANDO A TÉCNICA <i>DELPHI</i>	162
5.2.1	Caracterização dos Participantes	162
5.2.2	Avaliação dos diagnósticos de enfermagem	165
5.2.3	Apresentação e análise dos dados quantitativos	166
5.2.4	Apresentação e análise dos dados qualitativos	170
5.3	TERCEIRA ETAPA – CRIAÇÃO DO INSTRUMENTO	171
5.3.1	Avaliação de enfermagem	171
5.3.2	Diagnósticos de enfermagem, Planejamento, Intervenções de acordo com NIC e Resultados de Enfermagem no Contexto do parto relacionados às intervenções de acordo com NOC	171
6	CONCLUSÕES	175
	REFERÊNCIAS	180
	APÊNDICES	193
APÊNDICE A	INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	193
APÊNDICE B	CARTA CONVITE ENVIADA AOS ESPECIALISTAS	196
APÊNDICE C	QUADRO MAPEAMENTO CRUZADO	197
APÊNDICE D	TERMO DE CONSENTIMENTO- ESPECIALISTAS	215
APÊNDICE E	FORMULÁRIO ELETRÔNICO AOS ESPECIALISTAS ...	219
APÊNDICE F	CONCORDÂNCIA DOS ESPECIALISTA EM PARTICIPAREM LIVREMENTE DO ESTUDO	229
APÊNDICE G	ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO 1	230
APÊNDICE H	ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO 2	233
APÊNDICE I	ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO 3	235

ANEXOS	237
ANEXO A PARECER COMITÊ DE ÉTICA	237

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO

Historicamente, o nascimento é vinculado a um evento domiciliar, natural, fisiológico, de caráter íntimo e privativo da mulher, tendo sido acompanhado por parteiras com conhecimentos práticos sobre o corpo da mulher, porém esta assistência foi sendo repensada e reformulada, com a inserção da figura masculina a partir do século XVIII e, no Brasil no século XX, migrando do ambiente domiciliar para o hospitalar, de risco potencial, principalmente devido às mudanças significativas na medicina (DENIPOTE *et al.*, 2020).

Neste sentido, a construção do sistema de saúde brasileiro caracterizou-se como um modelo fragmentado, curativo e hospitalar, prevalecendo práticas médicas individuais,

financiadas pelo sistema previdenciário, em detrimento das ações coletivas de prevenção e promoção da saúde, onde a obstetrícia moderna e o modelo de assistência ao parto se consolidaram, separando o parto e nascimento da vida familiar e comunitária, tornando-se em ato médico, onde o risco de patologias e complicações se torna regra e não exceção. Consolidou-se assim, a institucionalização do parto e a adoção de práticas obstétricas invasivas, a fim de controlar o processo fisiológico do nascimento e racionalizar padrões de trabalho, caracterizando gradativamente o processo parturitivo como patológico, negando a capacidade de parir intrínseca à mulher (MONGUILHOTT *et al.*, 2018).

Neste contexto de uso de tecnologia na assistência pré e perinatal com redução dos danos maternos e fetais, cuja rotina acarretou numa dissociação dos aspectos somáticos e emocionais, subtraindo a ideia de que a gravidez é um período de transição, com necessidade de reestruturação e reajustamento, com possibilidade de atingir níveis de integração, amadurecimento e expansão da personalidade do homem e da mulher e, por conseguinte, um equilíbrio dinâmico na estrutura familiar ou adotar solução patológica na relação com a criança produzindo impactos no seu desenvolvimento cognitivo, emocional e social, no relacionamento familiar (MALDONADO, 2013). Durante todo o período gestacional até o puerpério as mulheres vivenciam várias interfaces que podem ser favoráveis ou desfavoráveis na sua percepção, considerando que elas trazem experiências, valores, sonhos, emoções, dúvidas, expectativas e medo, e que o trabalho de parto expõe a mulher a experimentar emoções, talvez ainda nunca sentidas: ansiedade, medo, incerteza, dúvida; o que ainda é incrementado por dores

intensas, que a deixam cansada, exausta, o que lhe faz desistir de si mesma, de suas convicções, capacidade e fortaleza (REIS *et al.*, 2013).

O modelo brasileiro de assistência ao parto envolve a utilização de práticas que são consideradas claramente prejudiciais pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e que não possuem evidências científicas para a sua utilização, como o uso rotineiro de cateter venoso periférico (74,9%), dieta zero (74,8%), posição de litotomia (91,7%), uso rotineiro de ocitócitos (36,4%), amniotomia (39,1%), manobra de Kristeller (36,1%) e número excessivo de episiotomias (53,5%) e; as boas práticas que deveriam ser estimuladas, apenas 26,7% têm acesso aos métodos não farmacológicos de alívio da dor e 18,8% respeito à presença do acompanhante (MONGUILHOTT *et al.*, 2018).

Considerando a evolução histórica de assistência ao parto relatada, o modelo holístico de assistência ao parto, onde as mulheres detinham poder e autonomia sobre seu corpo foi substituído por um modelo institucionalizado, considerando o parto como um evento médico, de risco e patológico, com uso indiscriminado de tecnologias e intervenções, violação dos direitos da mulher e a manutenção de elevados índices de mortalidade materna (AMARAL *et al.*, 2019).

Dessa forma, o nascimento em ambiente hospitalar adota várias tecnologias e procedimentos, objetivando torná-lo mais seguro para a mulher e seu bebê, observando-se que o avanço da obstetrícia contribuiu com a redução da morbimortalidade materna e perinatal, porém concretizou um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doença e não como expressão de saúde, expondo mulheres e recém-nascidos a altas taxas de intervenções, excluindo-se os aspectos emocionais, humanos, culturais e o caráter particular envolvido no processo, podendo deixar marcas indeléveis, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas, além de que o uso inadequado de tecnologias e intervenções desnecessárias sem evidências científicas, configuram-se como condutas iatrogênicas e, podem trazer prejuízos à saúde do binômio mãe e filho (BRASIL, 2017).

Neste contexto, a prática obstétrica tem permeado mudanças significativas nos últimos 20-30 anos, com ênfase na promoção e resgate das características naturais e fisiológicas do parto e nascimento, com o questionamento de vários procedimentos hospitalares pela carência de evidências científicas que os suportem, a existência de evidências que os contraindicam e por trazerem desconforto à mulher (BRASIL, 2017).

A inserção das boas práticas no parto normal, instituídas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) tendo em vista práticas baseadas em evidências científicas em 1985, iniciou esse processo de desconstrução do modelo tecnológico, em prol da humanização da

assistência (MELO *et al.*, 2017). Neste sentido, o Brasil tem buscado implantar políticas no setor público e privado para a adequação às práticas de parto e nascimento tais como a Rede Cegonha, no setor público, e o projeto Parto Adequado, no setor privado, que buscam a qualificação do modelo assistencial com implantação de iniciativas baseadas no uso apropriado da tecnologia, aliadas à mobilização social. A avaliação das práticas em 606 maternidades públicas e mistas envolvidas na Rede Cegonha e um total de 10.675 puérperas, identificou-se que o modelo de atenção vigente apresenta baixa utilização de tecnologias que favorecem a progressão fisiológica do trabalho de parto e utiliza, de forma excessiva e desnecessárias, intervenções que geram dor e sofrimento (LEAL *et al.*, 2019).

Faz-se necessária uma mudança do modelo obstétrico buscando-se a incorporação das boas práticas de atenção à mulher no parto e nascimento nos serviços de saúde, visando a reorientação das práticas, considerando que o parto é uma rotina nas maternidades, mas que cada mulher deve receber um atendimento único e individualizado, visando a singularidade de cada parturiente, fornecendo experiências positivas para a mesma e sua família, mantendo a sua saúde física e emocional, prevenindo complicações e respondendo às emergências (GOTTEMS *et al.*, 2018).

Em um contexto de crítica e reflexão a este modelo biomédico vigente na obstetrícia, com práticas intervencionistas, relações verticalizadas e perda da autonomia da mulher em seu processo de parturição, há a inserção do Enfermeiro Obstetra (EO) nas políticas públicas de atenção ao parto e nascimento instituídos por volta dos anos 90 (CAMACHO; PROGIANTI, 2013). Visando a reorientação do modelo assistencial, o Ministério da Saúde (MS) publica as Portarias GM/MS de n°. 2.815/98 e 169/98, que regulamenta a assistência obstétrica realizada por enfermeiros, incluindo o parto normal realizado por enfermeiros na lista de procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e a emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) assinada pelo mesmo (BRASIL, 1998).

Nos anos 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) consolidou a participação do profissional enfermeiro como coparticipante na atenção ao parto, objetivando incentivo ao parto normal, além da redução dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e neonatal, das taxas de cesarianas e de intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e parto (AMARAL *et al.*, 2019).

A Enfermagem Obstétrica, através de seu exercício profissional, surge como figura central para promover a humanização da assistência e o emprego das boas práticas no parto normal, visto que promove ações que remetem ao conceito de tecnologia de cuidado (PRATA; PROGIANT, 2013). De forma a regulamentar o exercício profissional da

enfermagem, a Lei nº 7.498 de 1986 regulamentada pelo Decreto nº 94.406 de 1987, descrevem diretrizes e normas para a atuação do enfermeiro na assistência ao parto normal, e ao EO, identificar distócias, realizar episiotomia, episiorrafia e anestesia local quando necessário (COFEN, 1986).

Observa-se que nos países em que a atenção ao parto segue o modelo centrado na fisiologia e dignidade da mulher, associados à valorização do EO, apresentam redução dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e neonatal, menores índices de intervenções desnecessárias e menores taxas de cesariana. A atuação destes profissionais é permeada pela humanização e ciência da enfermagem, com um cuidado baseado em evidências científicas, respeito, empatia, intersubjetividade, valorização do protagonismo, individualidade, singularidade e autonomia da mulher, respeito às expectativas, manutenção da dignidade e privacidade, incentivo à formação de vínculo à mulher e ao recém-nascido, uma atenção livre de práticas iatrogênicas, garantindo a segurança e que, ainda, permite a interlocução da assistência ante a crenças e valores culturais da parturiente (POSSATI *et al.*, 2017).

Neste mesmo sentido, Cassiano (2021) descreve a inserção do EO e sua importância na implantação de um modelo de assistência humanizada, com atitudes, práticas, condutas e conhecimentos pautados no desenvolvimento saudável do processo do parto e nascimento, respeitando as necessidades e o protagonismo feminino e a fisiologia do parto, em detrimento da objetificação do corpo da mulher às intervenções biomédicas, com amplo uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor, práticas baseadas em evidências científicas, com adoção de saberes populares e/ou culturais, que propiciam satisfação, qualidade e participação da mulher e seus familiares durante o processo de parturição.

A atuação do enfermeiro promove equilíbrio físico e psíquico da parturiente, com apoio emocional, contato físico e utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor, de modo a promover bem-estar e segurança para mãe e feto (BRASIL, 2013). Neste contexto, a segurança do paciente representa a qualidade na assistência e deve estar presente em todas as áreas assistenciais, sendo definida pela OMS como a ausência de danos evitáveis para o paciente, durante o processo assistencial, e a redução de riscos de danos ou lesões, associados ao cuidado em saúde, dentro de uma aceitação mínima (OMS, 2009).

De modo a contribuir com a qualidade na assistência, às tecnologias em saúde, utilizam conhecimentos técnicos e científicos a fim de prevenir, promover e reabilitar a saúde (BRASIL, 2016). Entre esses recursos, consideram-se as tecnologias em saúde, que para Feuerwerker, Bertussi e Merhy (2016) as tecnologias em saúde classificam-se em leve, leve-dura e dura, sendo que as tecnologias leves se referem a relações, acolhimento, construção de

vínculo, responsabilização e compartilhamento horizontal na produção do cuidado de si e do outro gestão de serviços; a leve-dura diz respeito aos saberes estruturados que atuam no processo de saúde, como o processo de enfermagem; e a tecnologia dura envolve os equipamentos tecnológicos como máquinas, normas e rotinas de uma instituição.

As tecnologias leves são compreendidas como tecnologias do cuidado, da criação de vínculos entre profissional e paciente, com o intuito de otimizar a assistência em saúde, refletindo na evolução do parto, contribuindo para sua evolução através do acolhimento, vínculo profissional-paciente, escuta e respeito às preferências e expectativas, oferta de informações e promoção da segurança e utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor. O uso dessas traz o bem-estar da mulher e do feto, a minimização do processo de parto e a transmissão de segurança pelo profissional, qualificando a assistência e otimizando o trabalho de parto, proporcionando maior conforto e satisfação (PONTES; ANDRADE, 2020).

Nesta perspectiva, o cuidado de Enfermagem e a tecnologia são interligados, pois a enfermagem segue princípios, leis e teorias, organizada em modelos de cuidado, englobando um conjunto de conhecimentos para qualificar e aprimorar a práxis de enfermagem, em busca de um cuidado eficiente e eficaz com uso de tecnologias leves e leves-dura, onde o cuidado em enfermagem resulta da união de recursos para a prestação da assistência integral à saúde (ROCHA *et al.*, 2007).

A tecnologia em enfermagem compreende o conhecimento humano (científico e empírico) sistematizado com a presença humana, com o objetivo de obter qualidade de vida e, se concretiza, no ato de cuidar, considerando a questão ética e o processo reflexivo (MEIER, 2004).

A prática de cuidados do EO tem colocado em destaque o desempenho profissional baseado em boas práticas em detrimento de uma atenção tecnicista, com utilização de tecnologias do cuidado constituídas por um conjunto de técnicas, procedimentos e conhecimentos na relação com a mulher, mantendo o caráter fisiológico do parto e o respeito à integralidade do corpo e mente (TAKEMOTO; CORSO, 2013).

Diante disso a Sistematização da Assistência de Enfermagem, como uma tecnologia de cuidado e saúde leve-dura, consiste na organização para execução do processo de Enfermagem, com visão holística, através de etapas inter-relacionadas, vislumbrando o aperfeiçoamento da capacidade de solucionar problemas, tomar decisões e maximizar oportunidades e recursos (TANNURE; PINHEIRO, 2019).

A finalidade da implantação da SAE é a de organizar o cuidado a partir da adoção de um método sistemático, proporcionando melhoria da qualidade da assistência e redefinição do espaço de atuação do enfermeiro e sua equipe (CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009)

A SAE está relacionada à solução de problemas do paciente com base em abordagens científicas em prol de se manter uma qualidade na assistência (OLIVEIRA *et al.*, 2012). Para tanto, faz-se necessário o uso de sistemas de linguagens padronizados, efetivos, com precisão de conceitos, como instrumentos importantes para lidar com a crescente complexidade do cuidado de enfermagem no que diz respeito à produção de conhecimento, ao raciocínio e à prática clínica. A utilização de literaturas que apontam estratégias que apresentem diagnósticos, intervenções e resultados, como a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2021-2023), Nursing Intervention Classification (NIC, 2020), Nursing Outcomes Classification (NOC, 2020) e a Classificação Internacional para a prática de enfermagem (CIPE, 2020), possibilitam a fomentação de uma tecnologia que potencialize a execução dos cuidados cotidianos de forma científica, favorecendo o raciocínio clínico requerido no cuidado de enfermagem, construção e organização do conhecimento prática clínica, oferecendo estrutura formal para apoiar o raciocínio clínico, organizar o conhecimento e a experiência de enfermagem (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013).

Por certo, Oliveira *et al* (2012) afirma que este cuidado organizado a partir de um método sistemático, propicia a visibilidade das ações desenvolvidas pela equipe e cooperam para a continuidade de uma assistência de qualidade. As parturientes precisam de um cuidado de enfermagem individualizado, sistemático e voltado para as suas reais necessidades, o que é garantido pela utilização do Processo de Enfermagem (PE). Dessa forma, a execução de um cuidado contínuo e fundamentado cientificamente possibilitaria a contribuição para detecção de diagnósticos de enfermagem (DE) precoces e adequações de intervenções, auxiliando na melhoria da assistência ao parto e nascimento, garantindo a promoção da saúde do binômio mãe e filho e de sua família (FRAGA *et al*, 2018).

As vantagens e a propriedade de se estabelecer SAE são incontestáveis, para tanto, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) legitima a SAE como atividade privativa do enfermeiro através da resolução do COFEN-736/2024, nos serviços públicos e privados, devendo ser registrados em prontuário, bem como suas etapas: 1º avaliação de enfermagem, 2º diagnóstico de enfermagem, 3º planejamento, 4º implementação e 5º avaliação de enfermagem (COFEN, 2024).

A partir desse contexto, é válido ressaltar a relevância da implementação de uma tecnologia leve-dura para a SAE à parturientes, com objetivo de promover melhoria na assistência ao parto e nascimento, a partir do levantamento dos dados em todas as etapas do processo de enfermagem e de acordo com evidências científicas e oferecer subsídios para a implementação da SAE à parturiente.

Mediante a necessidade de sistematizar o cuidado ao parto, justificam-se estudos como o que se propõe, o qual visa desenvolver uma tecnologia para SAE a essa clientela, com diagnósticos de enfermagem avaliados por especialistas, baseado no modelo conceitual das Necessidades Humanas Básicas de Horta (1979), NANDA-NIC-NOC (2021), fundamentadas em recomendações da WHO recommendations: intrapartum care for a positive contemplando os Diagnósticos de Enfermagem e plano de cuidados direcionado às necessidades afetadas, baseada em evidências, permitindo intervenções direcionadas, com registro e compartilhamento de informações padronizadas e ações coordenadas, visto que, após ampla busca na literatura, não existem tecnologias de SAE especificamente para a assistência à mulher no parto.

Diante do exposto, surgiu o seguinte questionamento: a tecnologia a ser construída neste estudo será válida e confiável para a SAE no cuidado à mulher no parto? A construção de uma tecnologia para SAE confiável, que ofereça suporte científico para a sistematização do cuidado às gestantes no parto, apresenta relevância para a prática clínica, contribui para melhoria da prática de Enfermagem, podendo minimizar os impactos das complicações associadas ao parto e colaborar para promoção da saúde do binômio mãe e filho.

Diante da problemática mencionada e da lacuna científica existente nesse tema, evidenciou-se a necessidade de criação do instrumento para SAE à mulher no trabalho de parto e parto, através de revisão de literatura a fim da composição dos itens referentes ao avaliação de enfermagem e, para os diagnósticos de enfermagem, avaliação por juízes especialistas, buscando uma prática profissional segura e sistematizada, com registro das práticas de enfermagem, selecionando intervenções de enfermagem baseadas em cada diagnóstico de acordo com NIC, e resultados esperados baseados em NOC.

O uso de tecnologias avaliadas e confiáveis na prática clínica do enfermeiro direciona para a consolidação da Enfermagem como ciência, tornando a prática baseada em evidência científica, otimizando o trabalho, garantindo um cuidado organizado, científico e humanizado, com linguagem padronizada, com informações possíveis de serem compartilhadas pela equipe de enfermagem, que vislumbre atender às reais necessidades das parturientes, colaborando para a tomada de decisão enfermeiro (PRAXEDES, 2022).

A compreensão de que o parto não deve ser determinado somente pelas evidências científicas e pelo excesso de intervenções muitas vezes desnecessárias, mas que deve ser determinado pela individualidade e necessidade da mulher, tornando-a protagonista e garantindo-lhe a humanização deste processo, surgiu a inquietação no que tange aos cuidados de enfermagem. Diante da magnitude de diagnósticos de enfermagem no NANDA e CIPE®, a escassez de tecnologias em saúde voltadas para a atenção ao parto, necessidade de consolidação da ciência no cuidado da enfermagem, a urgência que a assistência ao parto podem necessitar, a diversidade profissional da enfermagem, registros e dos serviços de assistência ao parto no Brasil, surge a questão norteadora que guia a etapa da revisão integrativa: Quais os diagnósticos de enfermagem prevalentes na assistência ao parto que poderiam contribuir para uma assistência uniforme e de qualidade ao parto?

A descrição dos diagnósticos foi realizada através de um mapeamento cruzado entre os DE obtidos na revisão integrativa, com mapeamento cruzado entre os diagnósticos NANDA e CIPE®, organizados pela Teoria das Necessidades Básicas Humanas. O mapeamento cruzado utilizado em pesquisa de Tannure, Salgado e Chianca (2014) evidenciou que o processo de raciocínio clínico na elaboração dos títulos DE, tanto usando a CIPE® como NANDA-I levam os enfermeiros a formular DE semelhantes para problemas clínicos. Corroborando com esta ideia, Campos (2019) enfatiza que a utilização de dois sistemas de classificação permite o desenvolvimento da enfermagem, quando encontra diferentes diagnósticos em ambos os sistemas, promovendo resultados efetivos na prestação de cuidados, permitindo o uso de uma linguagem padronizada, dando embasamento para intervenções de enfermagem e, fortalecendo a profissão.

Portanto, objetiva-se com essa pesquisa desenvolver uma tecnologia para a SAE à mulher no trabalho de parto e parto. Como objetivos específicos foram delineados: fomentar informações na literatura para a construção de um avaliação de enfermagem voltado à mulher no trabalho de parto e parto; levantar na literatura os diagnósticos de enfermagem prevalentes na assistência ao parto, segundo a taxonomia NANDA e CIPE®; avaliar os diagnósticos de enfermagem quanto a sua aplicação na assistência ao parto por meio dos juízes especialistas; apontar as principais intervenções de enfermagem e os seus resultados de acordo com NIC e NOC; propor um instrumento para SAE com base nas etapas da SAE, contendo histórico, diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

No Brasil ocorrem cerca de três milhões de nascimentos ao ano, com cerca de 98% em estabelecimentos hospitalares e, na sua grande maioria, atendidos por profissionais habilitados, médicos e enfermeiros em 95,9% dos partos. Apesar das diretrizes publicadas pela OMS (1996), que enfatizam Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento baseadas em evidências científicas, onde é afirmado que o parto é um evento natural, não necessitando de controle, mas sim de cuidados, o modelo de atenção ao parto “normal”, mais comum no Brasil, inclusive em hospitais de ensino, é tecnocrático, centrado no profissional médico em instituição de saúde hospitalar, razão pela qual é também chamado de parto normal hospitalar (RABELO; OLIVEIRA, 2010).

Nesse contexto, ainda que boa parte dos avanços científicos e tecnológicos adotados pelo hospital apresente condições reais de prevenir morbidade e mortalidade na assistência aos partos de risco, segundo Sodré e Lacerda (2007), a contradição que se evidencia é que as complicações não vêm diminuindo e, muitas vezes, são causadas justamente por esse avanço, por meio da generalização de sua necessidade e uso abusivo de técnicas e procedimentos. Segundo Pasche, Vilela e Martins (2010), essa prática submete a mulher a normas e rotinas rígidas, que não respeitam o seu corpo e o seu ritmo natural, e a impede de exercer seu protagonismo, movimento que pode ser anunciado como iatrogenia cultural.

A construção de instrumentos para a SAE pode trazer benefícios para a prática clínica do enfermeiro nos serviços de saúde, agilizando o Processo de Enfermagem e a SAE, melhorando a execução e padronização das tarefas, tais como os instrumentos desenvolvidos por Santos (2016) – Sistematização da Assistência de Enfermagem: construção de um modelo para o processo de enfermagem em um hospital pediátrico e, demais publicações neste sentido, que basearam a construção desta pesquisa e serão citados no decorrer do estudo.

A prática de enfermagem do pesquisador por doze anos em maternidade de referência para gestações de alto risco também impulsionou o desenvolvimento desta pesquisa pela observação da dificuldade na implantação da SAE à mulher no parto, onde identificou-se os seguintes problemas: 1º descontinuidade na prestação da assistência após a passagem do plantão, 2º inexistência de SAE em muitos serviços, 3º SAE desconectada com a realidade obstétrica, 4º registros incompletos de enfermagem, 5º ações não planejadas, 6º dificuldade

em reconhecer as etapas do processo de enfermagem, 7º magnitude dos diagnósticos de enfermagem nas nomenclaturas, 8º desconhecimento das teorias de base para seu desenvolvimento, o que pode culminar em falhas na assistência ao parto levando a morbimortalidade materna e neonatal.

O desenvolvimento desta tecnologia trará embasamento científico para a implementação da SAE em serviços de enfermagem voltados à Atenção ao Parto. A inexistência de um instrumento na literatura não apenas incentiva este estudo, como também o torna inédito, uma vez que, promove um cuidado baseado em evidências científicas, através de um instrumento elaborado com rigor metodológico, com diagnósticos de enfermagem avaliados por especialistas, a fim de que a tecnologia desenvolvida seja confiável, capaz de promover melhoria, otimização, organização e humanização do cuidado ao parto, beneficiando assim a mulher, seu conceito, família, instituição e sociedade.

Mediante a necessidade de sistematizar o cuidado ao parto, justificam-se estudos como o que proposto, que visa desenvolver uma Tecnologia para SAE a essa clientela, contemplando Diagnósticos de Enfermagem avaliados por juízes especialistas e, um plano de cuidados baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, direcionado às necessidades afetadas na mulher diante do trabalho de parto e parto, baseado nas reais necessidades de saúde da parturiente e em intervenções direcionadas, com registro e compartilhamento de informações adequados e ações coordenadas no plano de cuidados, visto que, após ampla busca na literatura, não existem tecnologias de SAE avaliadas especificamente para a assistência ao à mulher no trabalho de parto e parto.

Além do exposto acima, o estudo colabora com a ciência de enfermagem ao suscitar o desenvolvimento de estudos sobre o processo de enfermagem, o processo implementado à obstetrícia, o desenvolvimento de estudos metodológicos e tecnologias a serem implementadas no cuidado de enfermagem, destacando-a como ciência com corpo de saberes e teorias.

Este estudo torna-se relevante para a prática profissional da enfermagem a medida em que trará embasamento para a SAE ao trabalho de parto e parto, tendo em vista as particularidades do perfil do usuário, as dificuldades encontradas pelo enfermeiro em organizar sua assistência, registros de enfermagem confiáveis e reconhecimento do cuidado de enfermagem pela equipe multiprofissional e paciente, a importância da criação de uma tecnologia para facilitar os processos, de forma efetiva e viabilizará comunicação, o

pensamento crítico e a organização das informações referentes à mulher no trabalho de parto e parto e o julgamento clínico. Além disso, é de extrema importância para a mulher, a qual receberá uma assistência de enfermagem baseada em evidências, confiável; para as instituições de saúde, pelo reconhecimento na qualidade da assistência prestada; para a sociedade, que contará com cidadãos nascidos com segurança, sem danos à saúde, desenvolvendo seu potencial na contribuição do desenvolvimento da nação.

1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA PARA ATIVIDADE PROFISSIONAL E REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Acredito que seja importante traçar um breve relato histórico das razões que me levaram à escolha do tema, o qual reflete um caminho percorrido porque, como afirma Minayo (2002, p. 90), “[...] nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática”

A aproximação com a atenção materno infantil surgiu ainda na infância, quando brincava com uma boneca grávida, onde era possível abrir a barriguinha e retirar dois pequenos bebês e, com inocentes palavras, pronunciadas repetidamente “Quando crescer quero ajudar bebês a nascer”.

Com a aprovação no vestibular para o curso de enfermagem em 2002, na Universidade Estadual Vale do Acaraú quando, a partir de vivências práticas, pesquisas e de projetos de extensão, foi possível a aproximação com a atenção às gestantes. A oportunidade de participar das consultas de pré-natal nos Centros de Saúde da Família (CSF) nos estágios curriculares, trouxe-me a realidade do cuidado em saúde materna no pré-natal e puerpério. Como papel fundamental para a aproximação com o parto, a partir do quinto semestre, o ingresso no curso de Extensão em Obstetrícia, propiciou-me a assistência direta a partos de baixo e alto risco, com mais de seiscentas horas em sala de parto como bolsista e monitora, durante toda a graduação, finalizando com o internato em maternidade de referência para gestações de alto risco, onde foi possível identificar lacunas em relação a SAE, à gravidez e ao parto, criando o desafio para facilitar a SAE a este público.

Após conclusão da graduação em 2008, quando se inicia a carreira profissional no serviço de obstetrícia de referência para gestações de alto risco, no qual já havia vivenciado práticas de assistência à gestação de alto risco, ao parto e puerpério, serviço este de referência para 55 municípios da região norte do interior do Ceará, que realiza cerca de quatrocentos partos mensalmente, onde trabalhei por doze anos, sendo coordenadora de enfermagem por sete anos. Neste serviço, a implantação da SAE ocorreu de forma autoritária, deixando de considerar os recursos materiais, os métodos de implantação e pessoal. A assistência de enfermagem seguia prescrições médicas e, mesmo diante da obrigatoriedade da implementação da SAE, muitos profissionais não o realizavam, seja por falhas de processo, dimensionamento ou qualificação profissional. Sua implantação deu-se no ano de 2019, quando nos deparamos com muitas dificuldades no que tange à implantação da SAE, principalmente pela ausência das etapas, prescrições incoerentes com a necessidade do

cliente, uso de sistema hospitalar interno com etapas não desenvolvidas tendo como base as necessidades da mulher em trabalho de parto e parto, cuidados prescritos não realizados pela equipe, desvalorização da enfermagem frente ao trabalho de outros profissionais, em parte causado pela sobrecarga. Isso colocávamos diante de um cuidado fragmentado, com falhas de execução, baixa satisfação da mulher e sua família, processos judiciais, sendo difícil garantir a qualidade e segurança na assistência ao parto, visibilidade e autonomia do trabalho do enfermeiro.

Na busca por aprimoramento e qualificação profissional, conclui em outubro 2011 especialização em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Ceará, com o desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso sobre o perfil da mortalidade materna, o que me levou a perceber as falhas assistenciais que levam a este desfecho na assistência. Em seguida realizei o curso de Investigação do óbito materno, participando ativamente dos Comitês de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal do município e macrorregião até os dias atuais, sendo novamente exposta a situações de assistência voltada a práticas invasivas, que permeiam toda esta discussão. Realizei o curso ALSO em Obstetrícia duas vezes, buscando aprimorar práticas baseadas em evidências em situações de emergência, e mais uma vez pude compreender, que nem sempre as intervenções são necessárias. Hoje, trabalhando na coordenação de uma maternidade de baixo risco, na assistência em maternidade de alto risco e, contribuindo na pós-graduação em enfermagem obstétrica, deparo-me com os eixos da assistência, gestão e formação e, visualizo na prática diária a necessidade de aprimoramento do cuidado ao trabalho de parto por parte da enfermagem obstétrica.

Dentre tantos outros cursos relacionados, que traçaram o caminho para o Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, que é o maior sonho, onde busquei desenvolver desta vez, uma forma de alcançar uma assistência de enfermagem qualificada, baseada em evidências, de forma sistematizada e avaliada na assistência ao parto, em busca de expandir o cuidado de qualidade para o maior número de nascimentos e, contribuir com a assistência, ensino e pesquisa.

Na verdade, a cena vivenciada com maior frequência na assistência ao parto leva-me a memória de uma mulher gritando, sozinha, amedrontada, todos correndo, ambiente com muito barulho e muitas pessoas, sem nenhuma privacidade e respeito às boas práticas de assistência ao parto, posição de litotomia, gritos, “chama o médico”, separação do bebê e da mãe para agilizar o cuidado e avaliação, dentre outras práticas não recomendadas.

Gradativamente, a carreira profissional foi sendo moldada e várias vivências como profissional de enfermagem e apreensão os fenômenos próprios da fisiologia do corpo

feminino, gestantes, parturientes e puérperas. Realizei diversos partos, conhecendo as fortalezas e fragilidades deste serviço. Sensibilizada por este assunto, continuamente, fui convidada para ministrar aulas em obstetrícia, tanto no que tange ao parto humanizado como urgências e emergências obstétricas. Aos poucos, a elaboração de significados e expectativas enquanto mulher e mãe consolidam-se em duas gestações, uma cesariana por sofrimento fetal e um parto normal com três horas de período expulsivo, não tendo recebido uma assistência individualizada e sistematizada, onde as expectativas não foram atendidas, planos não respeitados e técnicas utilizadas não recomendadas. Assim, houve a maior aproximação com o objeto do estudo, sendo esta temática um problema de saúde pública em nosso país e perpassa por valores sociais, políticos e econômicos, sensibilizando a equipe de saúde, as famílias e a comunidade.

Cotidianamente a vivência com emergências que levam a morbimortalidade de mulheres no período gestacional e puerperal por falta de uma assistência sistematizada e a participação no Grupo de Pesquisa e Extensão em Vulnerabilidades e Saúde (GEVS), coincidindo com o ingresso no mestrado proporcionou aprimoramento e imersão nessa temática possibilitando a realização desta pesquisa.

Em virtude de toda essa trajetória acadêmica, profissional e materna de inserção no universo do nascimento, decidi pela temática do estudo, por considerá-lo relevante. As inquietações advindas da vivência profissional, somadas à afinidade prévia pela temática, constituíram pilares para a concretização da proposta de desenvolver uma tecnologia em saúde para melhoria da assistência ao parto. Acredita-se que a utilização de tecnologias em saúde pode melhorar e qualificar a assistência.

1.4 PRODUÇÃO CIENTÍFICA E LACUNAS DE CONHECIMENTOS EXISTENTES

Para melhor compreensão e aprofundamento no tema, realizou-se uma revisão bibliográfica em diversas bases de dados, a fim de conhecer as produções científicas publicadas e as lacunas de conhecimentos ainda existentes para seguir com o desenvolvimento metodológico desta pesquisa. Com isso, foi possível identificar na ciência atual o objeto de investigação.

Conforme PETERS *et al.*, (2015) os artigos de revisão integrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual. As revisões integrativas têm

um papel fundamental para a educação continuada pois, permitem ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo, porém não possuem metodologia que permitam a reprodução dos dados e nem fornecem respostas quantitativas para questões específicas.

A busca foi realizada em bases de dados eletrônicas a fim de desenvolver o processo de construção da pesquisa, utilizando as seguintes combinações de descritores: “Diagnóstico de Enfermagem” OR “Processo de Enfermagem” AND “Parturiente” OR “Parto” OR “Parto Normal” OR “Trabalho de Parto” OR “Obstetrícia” OR “Enfermeiras Obstétricas” OR “Enfermagem Obstétrica” OR “Saúde da Mulher” AND “Tecnologia” de forma controlada. Para tanto foi utilizado o sítio eletrônico da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e demais bases através do portal CAPES durante o período compreendido entre setembro de 2020 e janeiro de 2021.

Como resultado foram encontradas 770 publicações, sendo 513 com texto completo, em 16 bases de dados, sendo 443 em português e 332 em inglês, como línguas predominantes, sendo 248 nos últimos 5 anos. Todas estas publicações passaram por uma análise do título, onde apenas cinco correspondem ao desenvolvimento de tecnologia e SAE, sendo uma publicação referente ao desenvolvimento de tecnologia em SAE à gestação. Nenhum resultado foi encontrado para desenvolvimento de tecnologia para SAE à mulher no trabalho de parto e parto.

Destaque há que ser dado aos resultados encontrados na publicação de Gomes (2016) que se trata da criação, avaliação e implementação de uma tecnologia para SAE às gestantes de alto risco, com resultados positivos. Os demais estudos encontrados foram relacionados a SAE, porém não se enquadram no objetivo do estudo.

Em outra busca, foram encontradas apenas 6 publicações, sendo um duplicado, com os seguintes descritores “enfermagem obstétrica” AND “estudos de avaliação” AND “diagnósticos de enfermagem”. Destes: uma tese de Gomes (2016) sobre SAE para gestantes de alto risco, a mesma da busca anterior; um artigo com instrumento para SAE à puerpera na Atenção Primária (MAZZO; BRITO, 2016); o terceiro artigo incluiu um instrumento para o período pós parto (SILVA; NÓBREGA; SOUTO, 2015); o artigo de Olegário, Fernandes e Menezes (2016) com levantamentos dos Diagnósticos de Enfermagem da CIPE® no pós parto e, o último artigo com diagnósticos de enfermagem CIPE® voltados ao pré-natal (CUBAS *et al.*, 2007), confirmando a necessidade de um instrumento para a sistematização da assistência de enfermagem às mulheres no parto, diante da ausência destes e dos resultados positivos alcançados no desenvolvimento de instrumentos nos estudos encontrados.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver uma Tecnologia voltada à Sistematização da Assistência de Enfermagem à mulher no trabalho de parto e parto.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fomentar informações na literatura para a construção de uma avaliação de enfermagem voltado à mulher no trabalho de parto e parto;
- Levantar na literatura os diagnósticos de enfermagem prevalentes na assistência ao parto, segundo a taxonomia NANDA e CIPE®;
- Avaliar os diagnósticos de enfermagem quanto a sua aplicação na assistência ao parto por meio dos juízes especialistas;
- Apontar as principais intervenções de enfermagem e os seus resultados de acordo com NIC e NOC;
- Propor um instrumento para SAE voltado às mulheres em trabalho de parto e parto, considerando o sistema das taxonomias NANDA-NIC-NOC, com base nas cinco etapas da SAE.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 TEORIAS DE ENFERMAGEM E TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Em meados do século XIX, Florence Nightingale foi a primeira teórica da Enfermagem Moderna com a Teoria Ambientalista, tratando dos fatores ambientais (ar, luz, aquecimento, limpeza, sons) que atuam no processo saúde-doença, propiciando a cura ou o adoecimento das pessoas, fundamentando-se na concepção de que a doença é a perda do poder vital, ela descreve que os cuidados com os pacientes devem priorizar o equilíbrio dos fatores ambientais, de modo a fortalecer o poder vital perdido e assim, contribuir para a recuperação da saúde (PALUMBO; CHAGAS, 2020).

Neste sentido, buscando desenvolver conhecimentos próprios para sistematizar e organizar a prática e os cuidados de enfermagem, a fim de alcançar uma assistência baseada não apenas na dimensão biológica do ser humano, mas também buscando uma compreensão do homem como ser social e ator principal no processo saúde-doença, diversos modelos teóricos foram desenvolvidos e aplicados na prática do cuidado de enfermagem, buscando encontrar respostas para problemas de saúde e de doença, em que o modelo clínico essencialmente biomédico não responde, integrando conhecimentos das ciências da natureza, sociais e compreensivas, buscando assistir o ser humano numa perspectiva ampla e integra, gerando teorias de médio alcance que se articulam com conhecimentos multidisciplinares e transdisciplinares no interesse do campo da saúde (MELO, 2016).

Surgem aí as teorias de enfermagem (TE), buscando embasamento para a SAE e com vistas a serem aplicáveis à prática profissional, relevantes para o cuidado, úteis e compatíveis num contexto multidisciplinar e multiprofissional de atenção à saúde, com adoção de conceitos centrais como base. Dessa forma, as TE podem representar estruturas para desenvolvimento e testagem de tecnologias e conhecimentos, como também representar em si mesmas as tecnologias leves e leve-duras indispensáveis para a consolidação de boas práticas de enfermagem e de saúde (BRANDÃO *et al.*, 2019).

Nos anos 1950, as teóricas Hildegard E. Peplau, Virginia Henderson, Faye Glenn Abdellah e Dorothea E. Johnson enfocaram o papel dos enfermeiros quanto às necessidades dos doentes e, naquela época, já se sugeria que os DE deveriam ser diferentes dos diagnósticos médicos (TANNURE; PINHEIRO, 2019). Temos, como marco nesta construção, a publicação do livro Hildegard Peplau em 1952, na busca da construção de

conhecimentos e instrumentos próprios, que possibilitaram a consolidação da enfermagem como profissão e consolidação da autonomia na profissão. A partir daí, teóricos estabeleceram conhecimentos voltados à consciência da condição humana na prática do enfermeiro em teorias estruturadas em torno de quatro conceitos essenciais: ser humano, saúde, meio ambiente e enfermagem, como metaparadigmas da enfermagem. No Brasil, a SAE foi introduzida na década de 70, por Wanda de Aguiar Horta através do Processo de Enfermagem embasado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (PINTO *et al.*, 2017).

Dessa forma, as teorias de enfermagem propõem identificar, descrever e explicar os fenômenos da enfermagem, exercendo um papel fundamental na atuação profissional, embasando as práticas a partir da identificação das necessidades do ser humano durante a experiência do cuidar, contribuindo para o planejamento da assistência (SANTOS *et al.*, 2019).

As teorias são imprescindíveis para a fundamentação do PE, subsidiando o exercício da enfermagem, fundamentando-o teórica e cientificamente no delineamento de planos de cuidado, direcionando as relações de cuidado, possibilitando a operacionalização da SAE através do Processo de Enfermagem, contribuindo para a qualidade da assistência, abordando o paciente de forma holística, considerando os aspectos sociais, familiares e sociais, porém é notória a dificuldade da implementação de tais teorias na prática clínica, observada pela resistência da equipe multiprofissional e indisponibilidade de tempo necessário para execução apropriada da SAE nos sistemas de saúde (SILVA *et al.*, 2020).

Classificando-se em três grandes grupos, as TE podem ser então distribuídas como: teorias baseadas nas Necessidades Humanas, no Processo Interativo e no Processo Unitário. As Teorias de Enfermagem baseadas nas Necessidades Humanas foram influenciadas por cientistas sociais, como Maslow, onde pode-se descrever: Teoria Ambientalista de Florence Nightingale, Abordagens de Enfermagem Centralizadas no Paciente de Faye G. Abdellah, Teoria de Enfermagem do Déficit no Autocuidado de Dorothea E. Orem, modelo dos sistemas de Neuman de Betty Neuman, Teoria das Necessidades de Virginia Henderson e, modelo do Sistema Comportamental de Dorothy Johnson. No segundo grupo, tem-se as Teorias de Enfermagem baseadas no Processo Interativo, a saber: Modelo de Conservação de Myra Estrin Levine, Modelo Intersistema de Barbara M. Artinian, Modelagem de Papel de Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin e Mary Ann P. Swain, Teoria do Alcance de Metas de Imogene M. King, Modelo de adaptação de Roy de Callista Roy e, Ciência do Cuidado como Ciência Sagrada de Jean Watson. No terceiro grande grupo podemos descrever as Teorias de Enfermagem baseadas no Processo Unitário: A Ciência dos Humanos Unitários e Irredutíveis

de Martha Rogers, Paradigma do Tornar-se Humano de Rosemarie Parse e, Saúde como Conscientização Expandida de Margaret Newman (RIBEIRO *et al.*, 2020).

A operacionalização da SAE deve ser fundamentada na escolha de uma teoria considerando os metaparadigmas (enfermagem, pessoa, ciência e saúde), operacionalizada através do Processo de Enfermagem, oferecendo embasamento científico à prática assistencial, proporcionando segurança e qualidade para as ações de enfermagem, vínculo e melhoria do atendimento, direcionando o cuidado, através de intervenções planejadas, fornecendo estrutura para a tomada de decisão da assistência de enfermagem, fornecendo visibilidade, credibilidade, autonomia ao trabalho em enfermagem e satisfação profissional, sendo para tanto fundamental conhecimentos sobre as TE, PE, semiologia, patologia e fisiologia, incorporação da educação permanente, instrumentos ou softwares que facilitem o método científico (TANNURE; PINHEIRO, 2019).

Apesar do embasamento teórico ser primordial para a execução da SAE, observa-se na enfermagem brasileira uma baixa utilização de teorias de enfermagem aliadas à sistematização do seu fazer específico, porém descreve-se que a construção e avaliação de instrumentos de coleta de dados para a consulta de enfermagem exerce impacto positivo, pois essa prática oferece subsídios e direcionam a prática sob um referencial teórico, tornando o instrumento significativo para o cuidado de enfermagem, facilitando o fornecimento de dados que guiam as decisões clínicas do enfermeiro e colaborem para a implementação de mudanças no fazer da enfermagem (BARBOSA; SILVA, 2018).

Deve-se considerar que a Enfermagem é uma ciência baseada em referenciais teóricos que lhes fornecem alicerces para dar suporte à prática e ao cuidado prestado, sendo que para atender as transformações tecnológicas e científicas da profissão é fundamental o uso de uma linguagem holística, interdisciplinar, baseada em indicadores de qualidade, protocolos assistenciais, gestão de risco, prática baseada em evidências, segurança do paciente e acreditação hospitalar. Porém, existe essa lacuna entre teoria e prática na enfermagem, fazendo com que os modelos teóricos sejam pouco utilizados e, por isso, a prática guiada por teorias permanece apenas como um ideal para a maior parte das instituições (SIQUEIRA, 2020).

A teorista brasileira Wanda Horta, publicou os primeiros artigos no Brasil sobre sistematizar o cuidado de enfermagem na década de 70 e conceituou as etapas desse processo, em 1979, servindo como base para estruturação pelo COFEN posteriormente nas resoluções nº272/2002 e nº736/2024. Em sua teoria, baseada nas Necessidades Humanas Básicas, a Enfermagem assiste o ser humano em sua necessidade enquanto o mesmo esteja

impossibilitado de fazê-lo e orienta quando é possível ao paciente realizar o próprio cuidado (SANTOS *et al.*, 2016).

Baseada nas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, Horta propõe uma metodologia científica para o processo de enfermagem, focando o ser humano como integral na busca do equilíbrio bio-psico-sócio-espiritual. A autora fez uso da teoria da motivação humana de Maslow, baseada nas necessidades humanas básicas (HORTA, 1974). Maslow distribuiu as necessidades humanas básicas em cinco níveis: necessidades fisiológicas, segurança, amor, estima e autorrealização (BIANCHI; GURGUEIRA, 2018).

Wanda de Aguiar Horta apresentou as teorias de enfermagem com conceitos que possibilitaram a organização da assistência ao paciente, defendendo o processo de enfermagem como método adequado para as ações sistematizadas e inter-relacionadas composto por cinco etapas: avaliação de enfermagem (coleta de dados); diagnóstico de enfermagem (identificação de problemas); planejamento assistencial (ações ou intervenções a serem realizadas pela equipe de enfermagem para que fornecem embasamento para avaliação dos resultados alcançados); prescrição de enfermagem (intervenções); evolução e prognóstico de enfermagem (acompanhamento e registro dos resultados após intervenções) (UBALDO; MATOS; SALUM, 2015).

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas é baseada nos pressupostos de Maslow e Mohana, apoiando-se em fenômenos universais (leis do equilíbrio, da adaptação e do holismo), busca-se restabelecer ou prevenir desequilíbrios nos fenômenos vitais no âmbito pessoal, familiar e coletivo, considerando os níveis psicobiológicos, psicossociais e psicoespirituais que se manifestam por sinais e sintomas universais e, que se revelam de maneira única em cada indivíduo, de acordo com suas características pessoais (GUTIÉRREZ; MORAIS, 2017). Essa teoria tem como conceitos centrais: Enfermagem, Ser Humano, Ambiente, Saúde/Doença, Necessidades Humanas Básicas, Assistir e Cuidar em Enfermagem (HORTA, 1974).

A lei do equilíbrio define que todo o universo se mantém por equilíbrio dinâmico entre os seus seres e que o ser humano está sujeito a todas as leis que o regem, no tempo e no espaço. No que se refere à lei da adaptação, todos os seres do universo interagem com o meio externo, exercendo uma troca de energia, buscando ajustar-se e manter o equilíbrio, e as mudanças podem gerar desequilíbrios. Por último, a lei do holismo, estabelece que o universo é um todo, onde o ser humano é um todo integrado holístico, com necessidades biopsicossocial e espiritual. Horta foi influenciada pela TE da homeostase de McDowell, da conservação de energia de Myra Estrin Levine, da adaptação de Sister Callista Roy, do

alcance de metas de Imogene M. King, do homem unitário de Marta E. Rogers, na teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow, e na determinação dos níveis de vida psíquica, utilizada por João Mohana (definida em cinco níveis: fisiologia, segurança, amor e relacionamentos, estima e realização pessoal e, na denominação de João Mohana: necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual, visando manutenção do equilíbrio do homem no tempo e espaço, respeitando e mantendo a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano, como membro de uma família e comunidade, participante ativo no seu autocuidado, promovendo o cuidado voltado à prevenção, cura e reabilitação, baseando suas ações em método científico para eficiência, através do Processo de Enfermagem, sendo fundamental o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos e científicos físico-químicas, biológicas e psicossociais, garantindo assistência, manutenção, promoção, recuperação da saúde, pesquisa, ensino, administração, responsabilidade legal e de participação na associação de classe (HORTA, 1974).

Os conceitos da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (1974) permeiam o PE com a dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas que buscam a assistência ao ser humano em sua integralidade, através da observação, interação e intervenção. A Teoria aponta cinco níveis de necessidades que precisam ser desempenhados, por ordem de importância. São eles: 1) Necessidades fisiológicas; 2) Necessidades de segurança; 3) Necessidades sociais; 4) Necessidades do ego ou estima; e 5) Necessidades de autorrealização (HORTA, 1974). Em sua teoria Horta (1974) aponta que as necessidades fazem parte de um todo indivisível do ser humano de tal forma que, ao se manifestar qualquer uma delas, todas sofrem algum grau de alteração. Desse modo, as prioridades para a assistência de enfermagem devem ser ajustadas sistematicamente (HORTA, 1974). Brito *et al* (2017) ainda descrevem que, conforme a satisfação de certas necessidades, novas necessidades surgem, exigindo do paciente e do profissional uma nova abordagem de prioridade.

Figura 1 - Hierarquia das Necessidades Humanas Básicas, adaptada de Horta.



Fonte: Tannure; Pinheiro, 2019.

As necessidades psicobiológicas envolvem: oxigenação, hidratação, eliminação, sono e repouso, nutrição, exercício e atividades físicas, abrigo, mecânica corporal, motilidade, sexualidade, cuidado corporal, integridade cutâneo-mucosa e física, regulação térmica, hormonal, neurológica, hidroeletrólítica, imunológica, crescimento celular, vascular, percepção dos órgãos do sentido, ambiente, terapêutica e locomoção. As necessidades psicossociais: segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem, gregária, recreação, lazer, espaço, orientação no tempo e espaço, aceitação, autorrealização, autoestima, participação, autoimagem e atenção. As necessidades psicoespirituais: religiosa ou teológica, ética e de filosofia de vida (GARNER, 2016). Porém os enfermeiros em sua prática clínica priorizam os problemas físicos dos pacientes sob seus cuidados, muitas vezes em detrimento dos problemas sociais e espirituais (UBALDO; MATOS; SALUM, 2015).

Pode-se evidenciar que o primeiro nível inclui as necessidades fisiológicas, tais como: ar, água, alimento; o segundo nível aborda as necessidades de segurança (física e psicológica) e proteção; o terceiro trata sobre as necessidades de amor e gregária, incluindo amizade, relações sociais e sexualidade; o quarto, abrange as necessidades de autoestima, que envolvem autoconfiança, utilidade, propósito e autovalorização e; o último nível é representado pela necessidade de autorrealização, estado de alcance pleno do potencial e da habilidade para resolver problemas e lidar com as situações da vida (NEVES; SHIMIZU, 2010).

Horta organizou as NHB de acordo com os níveis de vida psíquica utilizados por João Mohana, adotando as necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual, porém, ela introduziu em cada um desses níveis subgrupos de necessidades com o propósito de facilitar a prática assistencial de enfermagem (NEVES, 2006). Dessa forma, descreve-se as necessidades psicobiológicas como forças, intentos ou energias inconscientes que surgem sem planejamento, do nível psicobiológico do homem e, se manifestam, por exemplo, na vontade de se banhar, repousar, respirar, alimentar, hidratar e, assim por diante, sendo subdividida em 18 subgrupos de acordo com Benedet e Bub (2001) que contribuiriam clareando as definições e conceitos da teoria de Wanda Horta. Já no que se refere às necessidades psicossociais, a mesma foi subdividida em 11 subgrupos, são manifestações que ocorrem no indivíduo por meio de instintos de nível psicossocial, como a necessidade de comunicar-se, de viver em grupo e realizar trocas sociais. Por fim, descreve-se as necessidades psicoespirituais, onde o homem procura compreender o que vivencia de inexplicável cientificamente, transcendendo e ultrapassando os limites de sua experiência (MARQUES; MOREIRA; NÓBREGA, 2008).

Quadro 1 - Subgrupos das Necessidades Humanas Básicas.

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS	NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
Oxigenação	Segurança emocional	Religiosidade/ Espiritualidade
Hidratação	Amor e aceitação	
Nutrição	Liberdade e participação	
Eliminação	Comunicação	
Sono e Repouso	Criatividade	
Exercício e atividades físicas	Educação para a saúde/ aprendizagem	
Sexualidade	Gregária e Lazer	
Abrigo	Recreação e Lazer	
Segurança física/meio ambiente	Espaço	
Mecânica corporal/motilidade	Autorrealização	
Cuidado corporal	Autoestima, autoconfiança, autorrespeito, autoimagem	
Integridade cutâneo - mucosa		
Integridade física		
Regulação: térmica, hormonal, vascular, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, neurológica		
Crescimento celular		
Locomoção		
Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa		
Terapêutica		

Fonte: BENEDET, BUB; 2001.

Sendo assim, Horta defendeu o Processo de Enfermagem como modelo para as ações sistematizadas, inter-relacionadas e recorrentes no cuidado de enfermagem, cíclico, sequenciada, em etapas lógicas que podem ser retomadas, reelaboradas, com a finalidade de identificar, descrever, compreender, e explicar o processo saúde-doença no indivíduo, definindo o momento da intervenção profissional e condutas, facilitando o raciocínio e os registros de enfermagem, promovendo um cuidado integral, coerente e individualizado (SOUSA *et al.*, 2020).

Assim, a SAE obstétrica deve considerar um modelo conceitual que amplie a cosmovisão do enfermeiro para o cuidado eficaz centrado na mulher, sua família, no empoderamento e protagonismo feminino e em estratégias de saúde, visando a promoção de

mudanças no paradigma de prestação de cuidados em serviços materno infantis, no momento ainda pautado em produtividade e tecnicismo (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

A utilização da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta para o cuidado de enfermagem na gravidez potencializa a SAE, fornece visibilidade às práticas do enfermeiro, promove um cuidado individualizado, fortalece o relacionamento interpessoal, reconhecimento do perfil da gestante e atendimento às demandas apresentadas, solidifica conhecimentos próprios da enfermagem e aprimora os registros, por conseguinte, esta será a teoria utilizada para basear a construção do instrumento nesta pesquisa (RODRIGUES *et al.*, 2020).

Buscando atender o ser humano como um ser holístico, a utilização da Teoria da Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta como base para a SAE a mulheres em trabalho de parto e no parto, possibilita satisfazer as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais destas, sendo assim ela a elegida para este estudo.

3.2 PROCESSO DE ENFERMAGEM E A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A SAE possui uma abordagem ampla e dinâmica na organização de todos os processos de trabalho da enfermagem, envolvendo desde o planejamento da assistência, criação e implementação de normas e rotinas das unidades, padronização da escrita nos prontuários, registro de enfermagem, operacionalização do PE. Para tanto, usa métodos cientificamente fundamentados (base teórico-filosófica), instrumentos e tecnologias, sendo estruturadas em três pilares fundamentais, que tornam viável a operacionalização do PE: o método científico, o dimensionamento de pessoal e os instrumentos, com o objetivo de integrar o serviço prestado pelos profissionais do cuidado, sendo o PE um desses instrumentos, a ser utilizado na assistência direta ao paciente, guiando a linha de cuidado que será prestada pela equipe de enfermagem, buscando também, a uniformização nas terminologias e documentação (FIRMINO; MACEDO; NEVES, 2020).

A organização e regulamentação do trabalho de enfermagem se dá através da SAE, sendo um método de trabalho utilizado por enfermeiros para guiar a prática assistencial. Este processo é executado através do PE como instrumento metodológico, organizado de forma sequencial e sistemático, contribuindo para a promoção de estratégias de atenção específicas para a clientela assistida, humanização, segurança, cuidado profissional da enfermagem e a

documentação da prática, aumentando a visibilidade e o reconhecimento, com registros formais, em instrumento com resumo dos dados coletados durante a consulta de enfermagem, os DE identificados, as ações de enfermagem realizadas e os resultados alcançados (TRINDADE *et al.*, 2016).

A SAE deve ser definida como a forma de planejar, estruturar, otimizar, organizar, instrumentalizar e qualificar a assistência de enfermagem, sendo composta por conhecimentos técnico-científicos e humanos, com base teóricos-filosóficas, fornecendo subsídios para a organização da assistência e gestão do cuidado, na busca de atender as necessidades do paciente, família e comunidade, com um cuidado individualizado, seguro e eficaz (OLIVEIRA, M. R. de *et al.*, 2019). Configura-se como uma metodologia científica no trabalho do enfermeiro, com potencial em implementar conhecimentos teóricos, científicos e humanos a fim de conferir segurança aos pacientes, qualidade na assistência, autonomia e identidade da enfermagem, respaldo científico, direcionamento das atividades, contribuindo para maior credibilidade, competência e visibilidade, com implicações positivas para o paciente, equipe de enfermagem e instituição (TANNURE; PINHEIRO, 2019).

Possibilita ainda, uma melhor organização do serviço, diminuição da probabilidade de riscos, eficiência no controle de gastos, otimização do tempo, identificação da maioria dos problemas de saúde dos clientes atendidos, sendo um excelente instrumento para avaliação e fiscalização da assistência, aperfeiçoamento do desempenho das instituições, possibilitando a gestão do processo de qualidade, além de gerar registros de enfermagem para subsidiar pesquisas, auditorias e processos jurídicos porém, foram relatados dificuldades na implementação da SAE pelo tais como: falta de profissionais, sobrecarga de trabalho, falta de conhecimento e de interesse dos profissionais, ausência de capacitações falta de tempo, desvio de função, falta de impressos específicos e ausência de cobranças das instituições (SOUSA *et al.*, 2020).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem enfatiza a importância dos registros da assistência de enfermagem descrita na RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017 em seu Art. 14, onde descreve sobre a aplicação do processo de Enfermagem como instrumento metodológico para planejar, implementar, avaliar e documentar o cuidado à pessoa, família e coletividade; Art. 37, que rege sobre a documentação formal das etapas do processo de Enfermagem, em consonância com sua competência legal e; Art. 38, sobre a prestação de informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente (COFEN, 2017).

A SAE é uma ferramenta fundamental de trabalho do enfermeiro na prática assistencial, reconhecida internacionalmente como a base da prática dos cuidados de enfermagem e como componente central do ensino da enfermagem, garantindo a identificação das necessidades de cada paciente/grupo, direcionando o atendimento a partir de prioridades, favorecendo a implementação de cuidados holísticos, integrais e personalizados, contribuindo para a definição das necessidades dos cuidados e definição dos resultados que pretende alcançar com as intervenções propostas (SILVA *et al.*, 2020). Configura-se como um método que organiza e direciona o trabalho profissional, com objetivo principal de sistematizar e qualificar o atendimento, favorecendo a aplicação dos conhecimentos técnicos e científicos para organizar, planejar, executar ações e instrumentalizar a equipe responsável pela assistência de enfermagem (BARRETO *et al.*, 2020).

Florence Nightingale já enfatizava a necessidade de ensinar as enfermeiras a observar e a fazer julgamentos sobre as observações feitas aos doentes, mas apenas nos anos 50 iniciou-se o foco na enfermagem holística e as primeiras teorias de enfermagem que direcionaram para o cuidado focado nas necessidades dos individuais, diferenciando diagnósticos médicos e de enfermagem, quando em 1967 foi descrito o processo de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

A implementação da SAE através do PE é prevista pela resolução 736/2024, do Conselho Federal de Enfermagem, como uma ferramenta sistemática que orienta e gerencia o cuidado da enfermagem, sendo imperativo em ambientes públicos ou privados onde sejam prestados cuidados de enfermagem, registrada formalmente, realizada de modo deliberado e sistemático, baseada em suporte teórico, organizada em cinco etapas inter relacionadas, interdependentes e recorrentes (Coleta de dados de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem), incumbindo ao enfermeiro a liderança na execução e avaliação e, os demais integrantes da equipe de enfermagem cabe a execução sob supervisão e orientação do enfermeiro (COFEN, 2024), sendo atividade privativa do enfermeiro, regulamentada pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498 de 25 de junho de 1986 (COFEN, 1986).

O emprego do PE foi incentivado por Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970, em São Paulo, baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow, quando a mesma propôs que a assistência de enfermagem deveria embasar-se em uma metodologia científica, que abordasse as seis etapas, propondo uma metodologia para o PE, sustentada na busca da satisfação das necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (CUNHA; MILHOMEM, 2020).

Figura 2 - Etapas do Processo de Enfermagem.



Fonte: Adaptado da Resolução do COFEN 736/24 (COFEN, 2024).

A primeira etapa compreende a avaliação de enfermagem, fundamental para as etapas subsequentes, busca-se sistemática e continuamente obter informações sobre a pessoa, família ou coletividade, deve ser conciso, claro, preciso, por meio de técnicas e métodos diversos, a fim de reconhecer suas respostas em um dado momento do processo saúde-doença, exigindo do enfermeiro experiência clínica ampla, comunicação, no intuito de entender as necessidades humanas dotadas de subjetividades, partindo do pressuposto da complexidade do ser humano, buscando dados de identificação, socioeconômicos, culturais, espirituais e clínicos do indivíduo, usando o pensamento crítico e fazendo inferências que determinará a escolha do Diagnóstico de Enfermagem (CARVALHO; KUMAKURA; MORAIS, 2017). Inclui anamnese e exame físico, devendo conter informações que permitam intervenções imediatas, sem informações duplicadas, sendo essenciais elementos como identificação, história clínica atual, diagnóstico médico e histórico de doença pregressa, exame físico, sinais vitais e exames complementares, ademais, deve-se aplicar e registrar os escores das principais escalas utilizadas no setor e manter atualizadas as informações como sintomas e intercorrências, sendo que após esta etapa, deve-se apoiá-lo em busca de um perfil ou necessidade da pessoa, família ou coletividade. Tendo em vista a padronização desta etapa, é fundamental a utilização de um método sistemático de coleta de dados, sendo mais utilizado o SOAP

(subjective, objective, assessment, plan), composto pelas seguintes quatro etapas: Subjetivo - informações subjetivas relatadas pelo paciente; Objetivo - informações objetivas observadas pelo profissional e resultados laboratoriais; Avaliação - tipicamente diagnósticos; Planejamento - intervenções, prognósticos, testes diagnósticos e implementação de protocolos (DA FONSECA *et al.*, 2020).

A segunda etapa do PE refere-se ao Diagnóstico de Enfermagem, o qual corresponde ao julgamento clínico e, à interpretação e agrupamento dos dados coletados anteriormente, culminando, com a tomada de decisão sobre os conceitos DE que representam, com mais precisão, as respostas dos sujeitos envolvidos à sua situação de saúde e que constituem o arcabouço para a seleção das ações ou intervenções por ordem prioritária, com as quais se objetiva atingir os resultados almejados (COFEN, 2024). Na decisão dos DE, é preciso discernir, com uso de critérios e racionalidade, retirando o foco da doença e centrando no cuidado, em cenário integral, contínuo e acolhedor, utilizando raciocínio clínico, habilidades interpessoais e cognitivas, atitude profissional e embasamento teórico são essenciais, onde se pode utilizar algumas estratégias básicas: raciocínio indutivo, árvores de decisões ou algoritmo, modelo hipotético dedutivo ou o método da exaustão (RODRIGUES *et al.*, 2020).

A terceira etapa constitui o Planejamento de Enfermagem, onde são descritos os resultados de enfermagem (RE) esperados, bem como as ações ou intervenções de enfermagem que serão concretizadas em decorrência das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas durante a etapa de Diagnóstico de Enfermagem (COFEN, 2024). Esta etapa se traduz em alocação de recursos, monitoramento de resultados e objetivos assistenciais a serem alcançados na promoção, tratamento, reabilitação e prevenção de agravos a saúde do indivíduo, família e comunidade, munido de pensamento crítico e evidências científicas organiza e garante a continuidade da assistência, onde o NOC aponta que a avaliação do resultado seja realizada em escala tipo *Likert* de 5 pontos (DA FONSECA *et al.*, 2020). A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei nº 7.498/1986) determina que a prescrição de enfermagem deve ser elaborada privativamente por enfermeiros, o que é reafirmado pela Resolução do COFEN 736/24 (COFEN, 2024).

A quarta etapa, compreendida como a Implementação, desponta-se como a realização das ações ou intervenções determinadas mediante a fase do Planejamento de Enfermagem (COFEN, 2024). Consiste na execução do planejamento, no conjunto de cuidados de enfermagem determinados pelo enfermeiro, tendo como meta o resultado esperado, a operacionalização da assistência diante do objeto do cuidado, de forma individualizada, com

duração limitada, demonstrando o impacto da enfermagem no sistema de saúde e, sua deficiência compromete a segurança do paciente, a qualidade no atendimento e a identidade profissional do enfermeiro, sendo que a prescrição de enfermagem deve interligar-se ao planejamento, ser objetiva, completa, com inclusão das descrições: onde, quando, frequência, duração e quem executa (LIMA *et al.*, 2020).

Na quinta etapa, por fim, trata-se da Avaliação de Enfermagem, um processo descrito como deliberativo, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, visando determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado. Essa fase é efetiva também à verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do PE (COFEN, 2024). Nesta etapa há a avaliação recorrente de todo o processo de cuidado que foi organizado e implementado, avaliando dados, diagnósticos, intervenções e resultados, visando obter dados referentes às mudanças no estado clínico do paciente e, sua ausência dificulta a abordagem adequada dos problemas enfrentados, resultados obtidos, da instituição de medidas corretivas, revisão de prescrições, além de acarretar em ausência de base jurídica para defesa do trabalho realizado e da assistência recebida pelo paciente (LIMA *et al.*, 2020).

Nesse sentido, a SAE é uma das determinações ético-legais que devem ser observadas pelos fiscais e advogados dos Conselhos Profissionais e, sua inexistência ou a parcial existência deve ser informada em relatório de inspeção circunstanciado, sendo estabelecido prazo de até 3 meses para regularização (COFEN, 2011).

A implantação da SAE tem proporcionado benefícios aos profissionais, à ciência da enfermagem e à qualidade da assistência à pessoa, família e comunidade, porém tem-se identificado desafios na implantação e implementação da SAE e do PE, mantendo-se esforços neste sentido (NEVES, 2020). Os enfermeiros compreendem o PE como método científico e estratégico para qualificação da prática assistencial e reconhecem que sua utilização na prática contribui para a autonomia e valorização da profissão, porém há dificuldades para sua implantação e implementação relacionadas à formação ou prática profissional: falta ou ensino incipiente do PE na graduação, desvalorização do PE na prática profissional, realização parcial ou não realização por conta das rotinas dos serviços, à demanda de trabalho, à falta de apoio institucional, à falta de profissionais, e à sobrecarga de trabalho do enfermeiro, valores próprios dos enfermeiros, tais como a resistência à mudança, desvalorização do PE, falta de experiência com o método e pouco conhecimento de suas etapas, falta de apoio da gerência e da instituição, e assim as ações de enfermagem permanecem centradas no senso comum.

Como estratégias de implementação do PE foram identificados os seguintes pontos: gestão de pessoas, disponibilidade de materiais, desenvolvimento de ações na ótica da educação permanente, apoio das universidades, informatização dos registros e utilização de protocolos assistenciais, construídos coletivamente a fim de alcançar os propósitos e metas institucionais, bem como para atender as demandas da equipe de enfermagem e as necessidades de saúde dos pacientes (TRINDADE *et al.*, 2016).

A implantação da SAE favorece a satisfação na assistência prestada, por dar ao enfermeiro uma visão holística e análise crítica da situação e a cultura de segurança do paciente é promovida, trazendo um clima de confiança entre os profissionais da saúde e o paciente (DUARTE *et al.*, 2020).

Os profissionais de enfermagem do Brasil compreendem a importância da SAE, o que favorece à organização de conhecimentos e práticas, promove uma assistência segura, direcionada às necessidades dos clientes, orienta as ações da equipe, porém a aplicação efetiva na prática dos cuidados clínicos de enfermagem ainda é uma lacuna a ser superada, o que se relacionar ao nível de déficit de conhecimento dos profissionais, dimensionamento de profissionais inadequado, percepção de irrelevância, desconhecimento das taxonomias de enfermagem, teorias do cuidado, sendo mais aplicada quanto maior o nível de formação do profissional (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Neste sentido, a não realização da SAE pode comprometer o progresso do paciente e levar a eventos adversos evitáveis o que pode estar relacionado a ambientes muito estressantes, menor nível de formação, conhecimento deficiente, experiência, interesse, crença, habilidade por parte dos enfermeiros, escassez de material e alto número de pacientes (BARAKI *et al.*, 2017).

Figura 3 – Benefícios decorrentes da implantação da SAE.



Fonte: Tannure; Chucre, 2019.

Utilizada para nortear a construção deste estudo, a importância da implementação da SAE é unânime, sendo destacado a importância do cuidado de enfermagem de forma não empírica, individualizada e de qualidade, com a definitiva incorporação do PE como recurso indispensável para a prática profissional, facilitando o trabalho da equipe de enfermagem, proporcionando organização, qualificação, e assegurando a qualidade do serviço, facilitada pela oferta de educação continuada como forma de levar conhecimentos técnico-científicos para sua concretização, sendo relatadas dificuldades em sua implementação por pouco envolvimento e interesse, dificuldade na compreensão de conceitos, havendo necessidade de conscientização, reflexão dos profissionais sobre a prática realizada, busca de aperfeiçoamento, treinamentos para os profissionais e que as instituições de saúde favoreçam apoio à implementação da SAE e nos treinamentos dos profissionais (SIQUEIRA, 2020).

Embora a aplicação da SAE seja obrigatória nas instituições brasileiras que prestam serviços de enfermagem, sua implementação ou realização muitas vezes não é realizada ou feita parcialmente, sendo alguns dos motivos: desmotivação dos enfermeiros que se deve à dificuldade em liderar o trabalho em equipe, a resistência em aderir ao plano de cuidados por parte dos técnicos em enfermagem, a falta de tempo devido à sobrecarga de trabalho e equipe reduzida somado ao fato de alguns médicos prescreverem os cuidados e a ausência de espaço para o registro, bem como a falta de apoio e interesse das instituições hospitalares e seus gestores para viabilidade e aplicabilidade da SAE, bem como foram identificados como fatores facilitadores à implementação da SAE: a existência de materiais impressos, utilização de um plano de cuidado pré-estabelecido tipo check-list, treinamento dos membros da equipe de enfermagem, cobrança dos gestores hospitalares (BARRETO *et al.*, 2020).

Corroborando sobre os fatores que levam a equipe de enfermagem a não realizar a SAE em sua prática clínica, Baraki *et al* (2017) relatam que estão relacionadas ao nível de educação, conhecimento e habilidades dos enfermeiros, ambiente de trabalho, escassez de material para uso do processo de enfermagem e alta carga de pacientes e, a soma destes aspectos. Uma das principais dificuldades de se implementar a SAE é o subdimensionamento da equipe de enfermagem, uma vez que há aumento da demanda de pacientes e famílias e falta de tempo, o que deixa os profissionais desmotivados, insatisfeitos e com esgotamento físico e psíquico (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Os instrumentos para implantação e implementação da SAE e, conseqüente organização do cuidado de enfermagem, designam-se como recursos materiais necessários para a aplicação de uma metodologia de trabalho, tais como: computadores, sistemas, softwares e/ou formulários específicos para realizar as etapas do PE, prontuário

eletrônico ou manual, protocolos assistenciais, procedimentos operacionais padrões, manual de rotinas, dentre outros (FIRMINO; MACEDO; NEVES, 2020).

É urgente que os responsáveis pelas instituições compreendam e criem um ambiente favorável para a implementação da SAE, pois está inteiramente associada com qualidade da assistência prestada ao cliente, colaborando ainda na redução do tempo de internação e em menos perdas financeiras para as instituições de saúde. Além disso, é preciso adotar uma prática positiva na realização da SAE nas instituições de ensino e de assistência à saúde (NOMURA; SILVA; ALMEIDA, 2016).

Aspectos relacionados à falta de liderança, hierárquica, processo de trabalho e sensibilização dos enfermeiros acerca da SAE dificultam sua aplicação, porém a utilização de instrumentos padronizados, o treinamento da equipe de enfermagem e o apoio dos gestores hospitalares são imprescindíveis para a aplicação da SAE (BARRETO *et al.*, 2020).

Definitivamente, a execução do PE precisa ser incorporada à assistência de Enfermagem como recurso indispensável à organização, qualificação, segurança e qualidade, sendo facilitado pelo conhecimento prévio dos diagnósticos mais frequentes, intervenções mais eficazes, sendo primordial a oferta de educação continuada aos profissionais, levando conhecimento técnico-científico para a concretização do PE (BORBA *et al.*, 2019). Em relato de experiência, Paulo (2020), evidenciou que a utilização do processo sistematizado de cuidar com as taxonomias NANDA, NOC e NIC fortalece e enriquece a prática profissional, facilitando a comunicação entre a equipe e com o paciente, direciona a assistência, concretiza um cuidado eficaz, garantindo autonomia profissional frente às decisões e intervenções realizadas.

Na esfera nacional, existem alguns estudos que tratam da SAE ao parto, porém observa-se a necessidade de aprimoramento, atualização e ampliação destes estudos. Santos e Ramos (2012) realizaram um estudo voltado à SAE em Centro Obstétrico, onde foi construído um instrumento para SAE com base em dados de um questionário semiestruturado aplicado à quarenta parturientes em maternidade de alto risco com base na CIPE®, versão 1. Também podemos descrever Medeiros *et al* (2016): Avaliando diagnósticos e intervenções de enfermagem no trabalho de parto e na gestação de risco, onde foram estudados 1000 prontuários através de um check-list em 2014, tendo como considerações finais que as intervenções de enfermagem se encontram desarticuladas dos diagnósticos identificados tanto para as parturientes quanto para as gestantes. Podemos descrever também a pesquisa de (CRESPO *et al.*, 2018), Diagnósticos de Enfermagem para o trabalho de parto e parto: mapeamento cruzado.

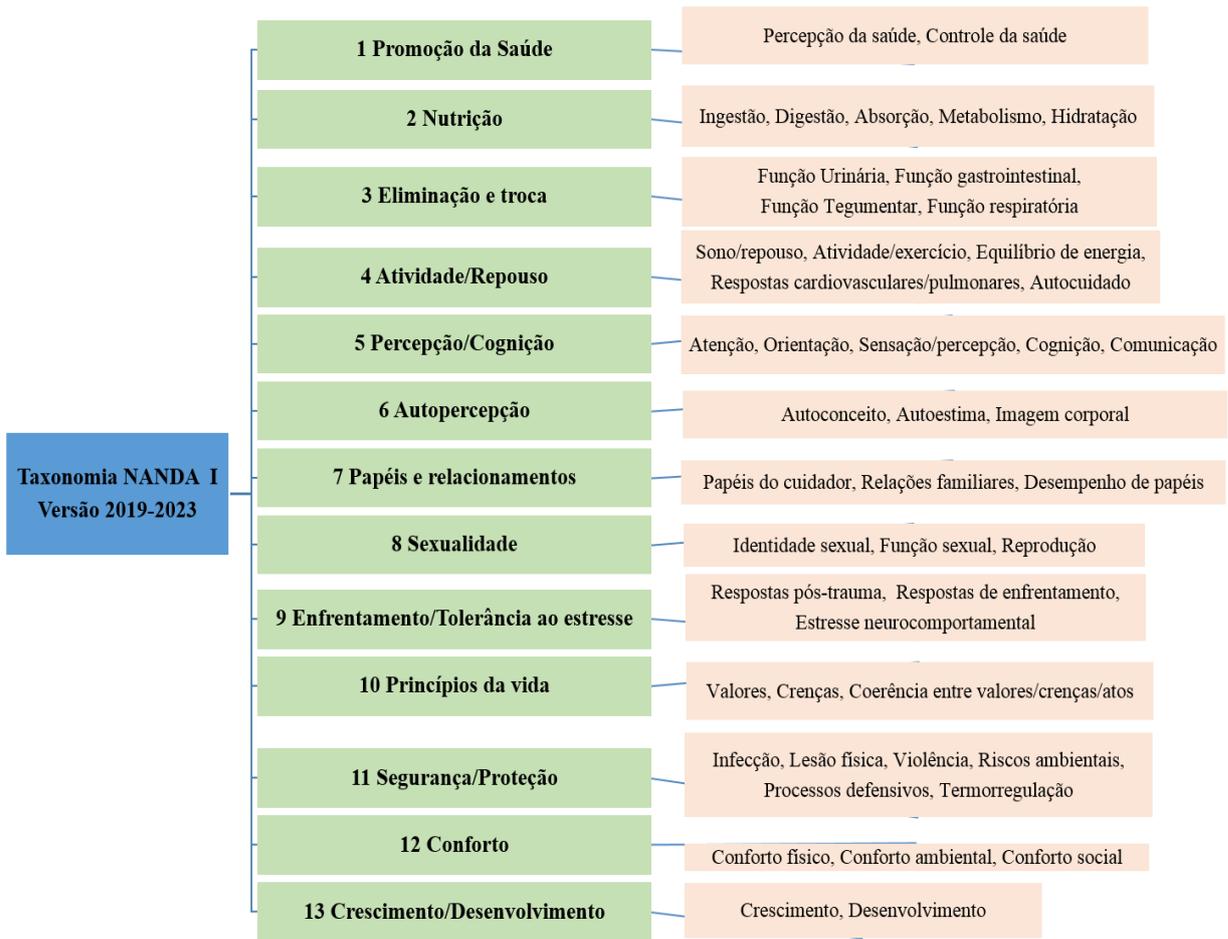
Em estudo realizado por Freitas, Queiroz e Souza (2007) visando conhecer o significado do processo de enfermagem para enfermeiras obstetras, concluiu-se que os enfermeiros compreendem sobre o processo, mas existem fatores que dificultam sua execução na prática cotidiana como a falta de tempo, o quantitativo de pacientes internados e a rotatividade das puérperas, havendo relatos que o PE é uma atividade burocrática e inviável à prática, realizada pelos alunos de graduação, mecanicamente, sem interação com a equipe hospitalar.

A base para a escolha das intervenções de enfermagem é o Diagnóstico de Enfermagem os quais são usados para definir o plano de cuidados apropriado para cada paciente orientando os resultados e intervenções baseadas nas evidências sobre os problemas de saúde, demandando uma avaliação precisa sobre as respostas humanas a condições de saúde (NANDA, 2021). Faeda e Perroca (2017) referem que o planejamento dos cuidados acontece por meio da prescrição de enfermagem e esta deve conter um conjunto de informações precisas sobre o estado de saúde do paciente garantindo assim, a redução de danos referente aos cuidados prestados.

Para a operacionalização da SAE, o enfermeiro deve lançar mão das taxonomias ou sistemas de classificação no processo de julgamento clínico e terapêutico que objetivam a padronização universal da linguagem e das terminologias de Enfermagem. Atualmente, a American Nurses Association (ANA) reconhece 12 linguagens padronizadas para a enfermagem: SNOMED Clinical Terms (SNOMED CT); Logical Observation Identifiers Names and Codes (LOINC); Alternative Billing Concepts (ABC) Codes; Clinical Care Classification (CCC) System; International Classification for Nursing Practice (ICNP); North American Nursing Diagnoses Association (NANDA); Nursing Intervention Classification (NIC); Nursing Outcomes Classification (NOC); Omaha System; Perioperative Nursing Data Set (PNDS); Nursing Minimum Data Set (NMDS); Nursing Management Minimum Data Set (NMMDS) (MBL, 2017). Destacam-se ainda como sistemas de classificação: Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness (CNC & CN); Classification of the Nursing Practices/Classificação de Práticas de Enfermagem (CIPE®); CMBD nursing; Conjunto de dados do Paciente de Ozbolt; Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería (NIPE); Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) e, a unificação de vocabulários da Enfermagem (NANDA, NIC, NOC) (OLIVEIRA *et al*, 2019). Dentre essas taxonomias, as mais difundidas no meio profissional são: NANDA, NOC, NIC e CIPE®, sendo esta a única reconhecida pela OMS (VIEIRA; FÉLIX, 2020).

A CIPE® fornece ao enfermeiro possibilidades na elaboração do plano assistencial com diagnósticos, resultados e intervenções, sendo um sistema de linguagem padronizado, amplo e complexo, reconhecida como uma tecnologia de informação que favorece a coleta, armazenamento e análise de dados em diferentes cenários, linguagens e regiões, representando a prática de enfermagem mundial, unificando os sistemas de classificação dos elementos da prática de enfermagem. Composta por sete eixos – Modelo dos Sete Eixos: Foco, Julgamento, Ação, Meio, Cliente, Localização, Tempo; 4.475 conceitos, sendo 2.035 conceitos pré-coordenados, relativos a diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem e 2.440 conceitos primitivos (GARCIA, 2020).

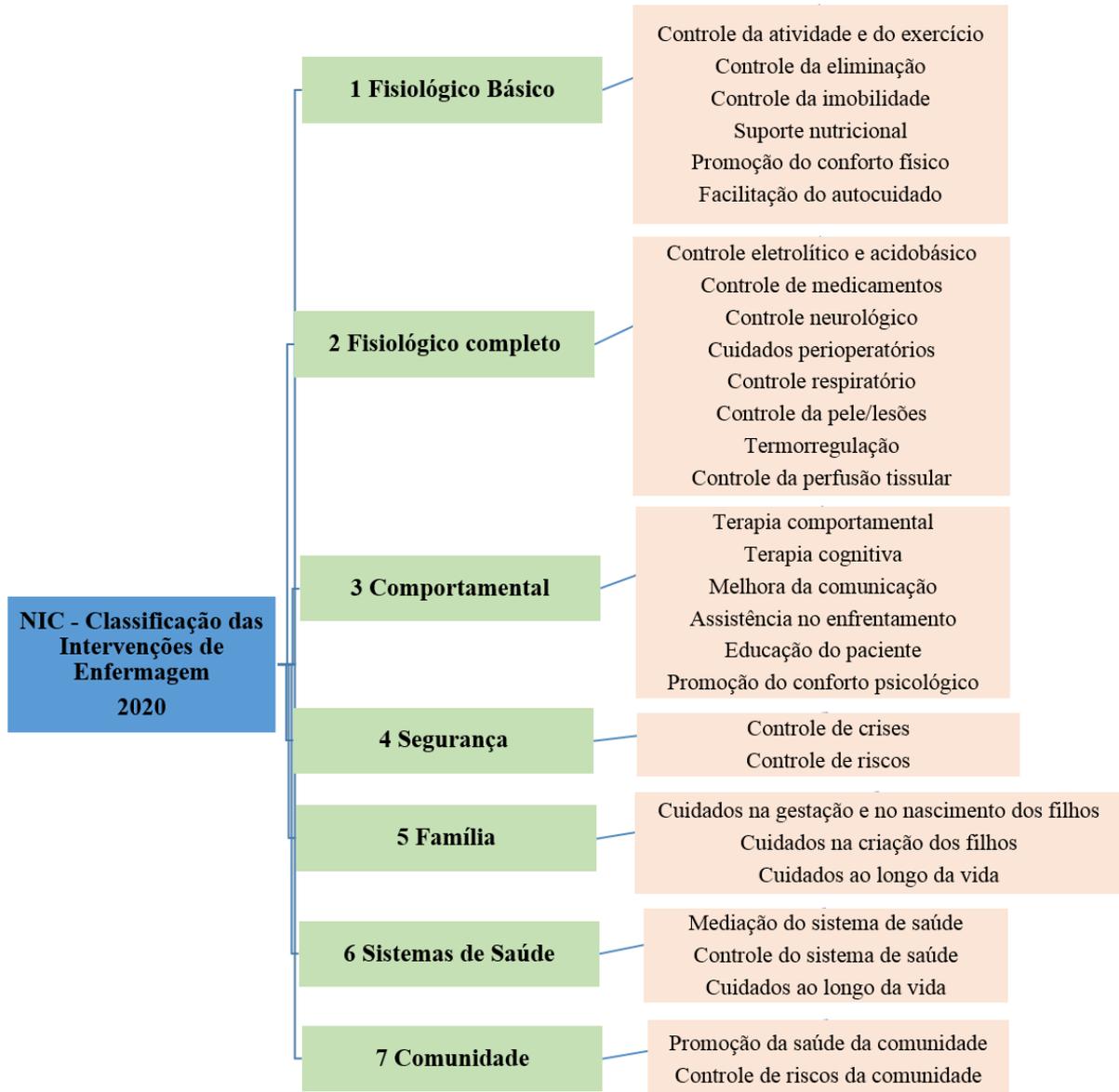
Os sistemas de classificação/taxonomias mais utilizados no Brasil são: NANDA, NIC, NOC e a CIPE®. A taxonomia II da NANDA-I, versão 2021-2023, 12ª edição, está organizada em 13 domínios, 47 classes e 267 DE, onde cada diagnóstico possui um título e uma definição, com características definidoras, fatores relacionados, população de risco e condições associadas, sendo estes últimos dois acrescentados na versão 2021-2023, visando trazer clareza ao diagnóstico, existindo uma lacuna bibliográfica e acadêmica sobre os diagnósticos e intervenções prioritárias nos diferentes processos de saúde-doença, o que exige uma investigação teórico-reflexiva e crítica que permeiam os valores da pessoa, instituição e teoria. A CIPE, possui estrutura multiaxial e composta por 7 eixos que direcionam o processo diagnóstico: 1- foco do diagnóstico, 2- sujeito do diagnóstico (indivíduo, família, grupo, cuidador, comunidade, etc.), 3- julgamento (prejudicado, ineficaz, etc.), 4- localização (oral, periférica, cerebral, etc.), 5- idade (recém-nascido, bebê, criança, adulto, etc.), 6- tempo (crônico, agudo, intermitente) e 7- categoria diagnóstico, utilizados na construção do diagnóstico através da combinação dos eixos 1,2 e 3 e, quando necessário, expandido para os demais eixos (RODRIGUES *et al*, 2021).

Figura 4 - Taxonomia NANDA Internacional versão 2021-2023.

Fonte: NANDA, 2021.

A NIC é uma descrição abrangente e padronizada de intervenções, tida como a essência da prática de enfermagem, essencial para o planejamento dos cuidados, documentação clínica, comunicação, integração de dados, pesquisa de efetividade, medida da produtividade, avaliação de competência, reembolso, ensino e planejamento curricular, sendo organizada em 7 domínios, 30 classes e 565 intervenções de enfermagem, aproximadamente 13.000 atividades, atualizada a cada 5 anos e, a versão datada de 2020 foi traduzida para o português (BUTCHER *et al.*, 2020). As intervenções descritas na NIC são compostas por: título, definição, um conjunto de cuidados, que deverão fazer parte das prescrições de enfermagem, e uma lista de leituras sugeridas (VIEIRA, 2020).

Figura 5 – Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC.



Fonte: BUTCHER, 2020.

A 6ª edição de Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) representa quase 25 anos de trabalho da equipe da NOC no Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness localizado na University of Iowa, College of Nursing, para desenvolver uma terminologia de enfermagem voltada para os resultados dos pacientes. A classificação padroniza conceitos, definições e indicadores de resultados e escalas de mensuração para uso na prática, na educação e na pesquisa. Cada resultado inclui um título, uma definição e um conjunto de indicadores que descrevem estados, percepções ou comportamentos específicos relacionados com o resultado, escala(s) de medida tipo *Likert* de cinco pontos e referências selecionadas usadas no desenvolvimento de resultados. Os resultados auxiliam enfermeiros e

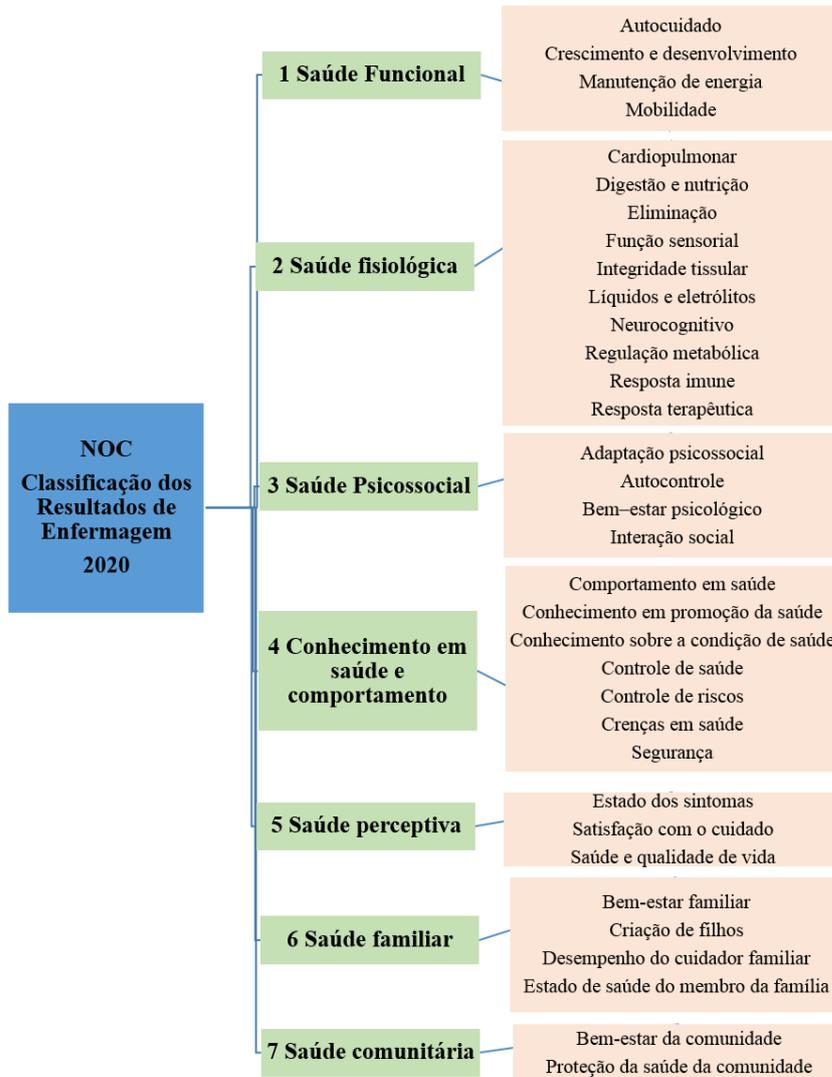
outros profissionais de saúde a avaliar e quantificar o estado do paciente, de cuidadores, familiares ou comunidade. A classificação enfatiza a mensuração dos resultados em diversas especialidades e contextos, e conta com resultados para uso em pacientes em todo ciclo de vida. Os enfermeiros que incorporam a NOC em suas práticas são capazes de quantificar mudanças no estado do paciente após intervenções de enfermagem e monitoração do progresso do paciente na direção do resultado desejado. O *feedback* de educadores, pesquisadores e enfermeiros clínicos que utilizam as medidas de resultados tem sido positivo, e suas sugestões têm ajudado a melhorar a classificação ao longo dos anos. A NOC está incluída em muitos dos livros-texto de enfermagem em uso atualmente, e está licenciada para uso em produtos de fornecedores como softwares de planejamento de cuidados e de administração de pessoal.

A necessidade de a enfermagem definir resultados dos pacientes que sejam sensíveis ao cuidado de enfermagem continua a crescer desde a publicação da 1ª edição deste com o crescimento da gestão de saúde, a ênfase em segurança e contenção de custos e a necessidade da prática baseada em evidências continuam a trazer preocupações sobre a efetividade das intervenções de enfermagem e qualidade dos cuidados de saúde para enfermeiros, consumidores, organizações de assistência à saúde, pagadores e legisladores. A enfermagem tem papel crucial na prestação de cuidados seguros e custo-efetivos em todos os contextos de saúde; portanto, é imperativo que dados de enfermagem estejam incluídos na avaliação da efetividade dos cuidados de saúde.

A Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) contém resultados para indivíduos, cuidadores, famílias e comunidades que podem ser utilizados em todas as especialidades clínicas e em diversos contextos no continuum de cuidados, tendo sua 6ª edição publicada em 2018 e traduzida para 12 línguas. Contém 7 domínios, 34 classes e 540 resultados, sendo incluídos 52 novos resultados de enfermagem, com linguagem associada à NIC e aos diagnósticos de enfermagem da NANDA, auxiliando o estudo, ensino do raciocínio diagnóstico e desenvolvimento de teorias de médio alcance à medida que ligações entre características do paciente, diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados sensíveis à enfermagem são testados. Cada resultado é acompanhado por sua definição, seus indicadores e uma escala de mensuração: para cada indicador pertencente à situação, atribui-se um escore, que pode variar de 1 (estado menos desejado) a 5 (estado mais desejado) (MOORHEAD *et al.*, 2020). A estrutura da taxonomia da NOC possui 5 níveis: domínios, classes, resultados, indicadores e medidas, dentro de cada resultado há um título, uma definição e um conjunto de indicadores que descrevem estados, percepções ou

comportamentos específicos relacionados com o resultado, escala de medida tipo *Likert* de cinco pontos e referências selecionadas usadas no desenvolvimento de resultados (VIEIRA; FÉLIX, 2020).

Figura 6 - Taxonomia NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem.



Fonte: Adaptada de Moorhead, 2020.

3.3 ASSISTÊNCIA AO PARTO

A gestação e o parto são momentos únicos na vida das mulheres e de suas famílias, permeado por fortes emoções, marcando significativamente suas vidas, com expectativas da gestação até as lembranças e sentimentos do parto, gerando marcas indeléveis positivos ou negativos, que podem interferir na relação mãe-bebê, bem como no desenvolvimento da

criança (LOPES *et al.*, 2005). Faz-se necessário uma assistência qualificada à gestação e parto, para que a escolha pela via de parto seja uma decisão compartilhada entre a equipe e a gestante, considerando os riscos e benefícios de forma claramente informada e compartilhada (BRASIL, 2017).

A cada ano ocorrem cerca de 140 milhões de nascimentos no mundo, sendo três milhões no Brasil, em sua maioria sem fatores de risco, mas que envolvem risco de morbidade e mortalidade aumentada quando surgem complicações para as mulheres e seus bebês (WARREN *et al.*, 2018). O avanço da obstetrícia contribuiu com a redução da morbimortalidade materna e perinatal, porém concretizou a gestação e parto como expressão de doença, com altas taxas de intervenções, visando torná-lo mais seguro para mãe e bebê, levando a uma desvalorização dos aspectos emocionais, humanos e culturais (BRASIL, 2017). Esse excesso de intervenções, quando usadas rotineiramente ou não baseadas na melhor evidência científica, estão associadas a resultados maternos e perinatais desfavoráveis (LEAL, 2018).

O processo de parturição passou por mudanças nas últimas décadas, sendo institucionalizado e abordado como um processo patológico. Os partos realizados em ambiente doméstico e íntimo, e os acontecimentos acerca da gravidez, parto, nascimento e cuidados com o recém-nascido eram atividades familiares, distante do olhar da medicina, esta foi inserida para a segurança da mulher, com a medicalização do parto no final do século XIX (CRUZ, 2019). O parto acompanhado por parteiras, sem conhecimento científico, mas detentoras de vasta experiência, seguindo conduta expectante, respeitando o nascimento, passou a ocorrer em ambiente hospitalar, com modelo biomédico, sendo assumido como processo patológico, com uso da medicalização e outros procedimentos forma abusiva, marginalizando as práticas populares das parteiras, também a um deslocamento de gênero antes protagonizado em maior parte pelas mulheres, passa a ser de domínio quase exclusivo dos homens (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018).

A assistência ao parto normal no Brasil mostra seu caráter intervencionista, onde práticas demonstradamente úteis, descritas pelo OMS como práticas que devem ser estimuladas no parto ainda são pouco implementadas, enquanto muitas práticas prejudiciais ou ineficazes continuam sendo executadas cotidianamente nas instituições de saúde destinados à assistência ao parto neste país (LEAL *et al.*, 2021). Destaca-se o trabalho do EO no Centro de Parto Normal (CPN), porém a assistência prestada pela equipe de enfermagem ainda é aleatória e não individualizada. Neste contexto, a implementação de uma tecnologia que permita a implantação da SAE às parturientes se torna fundamental para um cuidado de

qualidade, assistência individualizada, baseada nas Boas Práticas de Assistência ao Parto, livre de danos ou intervenções desnecessárias e nos Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem à parturiente, com melhores desfechos no nascimento e a reincorporação do protagonismo da mulher no parto, sua valorização, fortalecimento de sua dignidade autoestima e participação no planejamento do cuidado de forma sistemática.

Visando garantir a segurança do paciente no parto, é necessário proteger a mulher com a garantia da continuidade do cuidado, ouvindo-a, protegendo o processo de nascimento, obedecendo os estágios do parto e, evitando intervenções desnecessárias, respeitando o indivíduo e a equipe, gerenciando a força de trabalho através de uma carga horária razoável e o aprendizado, com eventos críticos (SKOOGH *et al.*, 2020).

A mudança de um modelo holístico de assistência ao parto, onde as mulheres detinham poder e autonomia sobre seu corpo para um modelo institucionalizado, considerando o parto como um evento médico e patológico, com uso indiscriminado de tecnologias e intervenções, violação dos direitos da mulher e a manutenção de elevados índices de mortalidade materna foi implantado. Neste sentido, a inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto e nascimento tem um importante papel na reimplantação do modelo humanizado e cuidado seguro com embasamento científico, destacando-se a figura do profissional de enfermagem como indispensável para o resgate da autonomia da mulher (AMARAL *et al.*, 2019).

É evidente a hegemonia do modelo biomédico na assistência ao parto em detrimento à assistência multiprofissional, dificultando a atuação de enfermeiras obstetras, evidenciado por conflitos, interferências no cuidado, dificuldade em estabelecer práticas baseadas na fisiologia do nascimento, respeito às usuárias e cuidado centrado nas mulheres fazendo, com que estes profissionais vivenciam situações de assédio moral, estresse e síndrome de *burnout*. A forma de organização dos sistemas de saúde, a falta de protocolos, rotinas hospitalares inadequadas que pressionam por agilidade no atendimento, relações hierarquizadas e a falta de recursos financeiros, humanos, materiais e gerenciais, juntamente à baixa disponibilidade de políticas voltadas à promoção do cuidado respeitoso, são elementos que podem contribuir para a naturalização e a legitimação dos maus-tratos às mulheres durante o parto e o nascimento. Corroborando com este modelo de atenção ao parto, as dificuldades na gestão de recursos humanos geram sobrecarga de trabalho dos profissionais, com jornadas extensas, falta de qualificação dos profissionais e a baixa remuneração podem dificultar à adesão às boas práticas de atenção ao nascimento (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Ao se analisar os sentidos da medicalização do parto no Brasil, tem-se cinco categorias: intervenções, considera-se o modelo de assistência ao parto predominantemente intervencionista, com ênfase aos aspectos negativos e resultados indesejáveis ou prejudiciais à mãe e seu bebê e, muitas vezes iatrogênica, propondo-se uma ruptura com este modelo e construção de um modelo humanizado; segundo a medicalização e a disputa profissional, tem-se que o profissional médico impõe condutas, algumas vezes prejudiciais, que reduzem o protagonismo e a humanização do parto, sendo sugerido a inserção do EO para o resgate da humanização e protagonismo; terceiro, a violação do direito das gestantes relacionando-se à violência obstétrica, com relação de dominação que fere a autonomia e a liberdade; quarto, o cenário do parto influencia na implementação de intervenções ou não; e, quinto, reflexo da medicalização da sociedade, como ocorre em outras áreas de assistência à saúde (NICIDA *et al.*, 2020).

O sucesso no nascimento depende da qualidade na assistência prestada à mulher desde a chegada à maternidade, no trabalho de parto e parto sendo este, um fenômeno complexo, com eventos de rotina ou inesperados, podendo ocorrer complicações imprevisíveis para a mãe, o recém-nascido, ou ambos, exigindo um cuidado em passos para que se mantenha a segurança de ambos, com práticas essenciais de parto, baseadas em evidências (OMS, 2017).

A segurança do paciente no parto envolve apoiar e ouvir a mulher; proteger o processo do nascimento seguindo os estágios do parto, evitando intervenções desnecessárias; respeito ao indivíduo e a equipe, cada um na sua competência, em uma atmosfera tolerante e apoiando novos colegas e gerenciamento da força de trabalho e aprendizagem, com carga horária não extenuante e; aprendizagem com incidentes críticos através da discussão (SKOOGH *et al.*, 2020).

O processo de parturição exige que a mulher permaneça concentrada em si mesma, sem interferência do meio externo, com garantia de tranquilidade e relaxamento para que este torne-se um momento prazeroso, sendo fundamental a garantia de privacidade, silêncio, temperatura agradável, entrar em contato com ela mesma, garantindo a produção hormonal e a evolução do parto (FERREIRA *et al.*, 2017).

Diante deste cenário, foram implantadas iniciativas de qualificação baseadas no uso apropriado de tecnologias, dentre elas podemos destacar: O Guia de Atenção ao Parto e Nascimento da OMS, no ano de 1996, sendo atualizado em 2018 com a publicação: WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience (WHO, 2018). As práticas de atenção ao parto normal foram classificadas em quatro categorias, segundo utilidade, eficácia e risco, para orientar a conduta do profissional: A) práticas

demonstrativamente úteis e que devem ser estimuladas: respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto, fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem; B) as claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas: uso rotineiro de tricotomia e esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto; C) aquelas com poucas evidências e que devem ser utilizadas com cautela: clampeamento precoce do cordão umbilical, manipulação ativa do feto no momento do parto; D) as que frequentemente são utilizadas inapropriadamente: restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto e controle da dor por analgesia peridural (OMS, 1996).

No Brasil, em meados da década de 1970, alguns programas verticais de atenção à saúde materno-infantil são implementados, tais como o Programa de Saúde Materno-Infantil e o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco marcados pelo excesso de intervenção sobre o corpo da mulher com a cesariana e histerectomia, tendo outro marco importante no início dos anos 80, com a Portaria 18 do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), o MS que instituiu o alojamento conjunto. Segue-se com a publicação pelo MS do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984; a Constituição Federal em 1988, em 1990 as Leis Orgânicas da Saúde e o Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1992, a portaria GM/MS n°. 1016, que torna obrigatório o alojamento conjunto a todas as maternidades vinculadas ao SUS e, em 1994, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) (MATOS *et al.*, 2013).

A atenção materna e neonatal foi acrescida nos anos 2000 com o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN); a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), para o período compreendido entre os anos de 2004 e 2007; a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil em 2004; a Lei n° 11.108/2005, que garante à mulher o direito à presença de acompanhante; a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n° 36/2008 e a Instrução Normativa n° 2/2008, ambas da Anvisa; a Portaria n° 1.067/2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal; culminando com o Rede Cegonha (RC) na rede pública através da com a Portaria n° 1.459/2011, visando o enfrentamento da mortalidade materna, violência obstétrica e baixa qualidade da atenção ao parto na rede pública de saúde e a Portaria N° 11/2015 que redefine os critérios dos Centros de Parto Normal; o Parto Adequado em 2015 na rede privada de assistência ao parto; a Estratégia de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (ApiceOn), de 2017 e as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto no mesmo ano (SILVA; SIQUEIRA, 2020).

Há de destacar-se neste sentido a Política Nacional de Humanização (PNH) publicada em 2003, com a missão de produzir mudanças nas práticas de saúde a partir das necessidades advindas da população, colocando em prática os princípios do SUS: integralidade, universalidade e equidade, intervindo no modo de gerir e cuidar dos profissionais, fortalecendo iniciativas de humanização existentes, desenvolvendo tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção; aprimorando, ofertando e divulgando estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão (BRASIL, 2013).

No que tange ao parto, os profissionais devem conhecer os direitos das mulheres, as práticas que devem ser estimuladas, ter infraestrutura adequada para o exercício do cuidado humanizado, recursos humanos, empatia e respeito, reforçando a importância da presença do acompanhante, ambiência, visita aberta como fundamentais para o protagonismo da mulher e o estímulo à solidariedade e de responsabilidade coletiva (BARROS; MORAES, 2020).

Vindo a corroborar com a PNH, a publicação do Caderno Humaniza SUS número 4 – Humanização do Parto e Nascimento no sentido de compartilhar práticas do Plano de Qualificação de Maternidades/Rede Cegonha ampliando a discussão a respeito das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, apoio institucional e o acolhimento com classificação de risco, vinculação, ambiência, a inclusão do EO na cena e na realização dos partos de risco habitual, a importância e dos desafios do direito a acompanhante de livre escolha da mulher, da paternagem e inclusão do homem na cena do parto, parto domiciliar, fóruns perinatais e movimentos sociais, violência institucional, desafios na humanização do parto e do nascimento aos povos indígenas (BRASIL, 2014).

Na avaliação do Rede Cegonha e Parto Adequado constatou-se aumento da proporção de uso de práticas benéficas e redução de práticas consideradas prejudiciais, tais como a redução nas taxas de cesariana, aumento da idade gestacional ao nascer no setor privado, aumento das taxas de cesariana intraparto e de partos vaginais, aumento na presença de acompanhante, principalmente na rede privada, uso do partograma e de métodos não farmacológicos para alívio da dor, possibilidade de movimentação e alimentação, presença do enfermeiro na assistência ao parto na rede pública, praticamente inexistência deste no setor privado, porém as taxas de intervenções não recomendadas de rotina durante o parto vaginal, como posição em litotomia, uso de cateter venoso, episiotomia e manobra de Kristeller foram relatadas. Houve um aumento significativo da presença de acompanhantes no período, mas aproximadamente 15% das mulheres no setor público ainda vivenciam esses momentos

sozinhas, afastadas de pessoas de sua escolha que poderiam oferecer apoio emocional (LEAL *et al.*, 2019).

Apenas metade das mulheres atendidas no setor público tem acesso a práticas benéficas e de baixo custo, como a possibilidade de deambulação, consumo de alimentos e utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor, todas recomendadas no mais recente manual de cuidado intraparto da OMS. Por outro lado, em ambos os setores, mais da metade das entrevistadas utilizou cateter venoso, intervenção muitas vezes desnecessária, incômoda e que acarreta custos adicionais ao sistema. Na assistência ao parto ainda predomina a posição de litotomia, embora a recomendação da OMS seja que as mulheres tenham liberdade para escolher a melhor posição no parto, incluindo posições verticalizadas, 40% das mulheres no setor privado e em quase um terço delas no setor público. Mesmo com um aumento expressivo da atuação da enfermagem obstétrica no setor público, sua presença foi registrada em apenas 27% dos partos vaginais neste setor, sendo quase inexistente no setor privado (LEAL *et al.*, 2019).

São visíveis as estratégias governamentais através de programas e políticas voltadas à qualificação da saúde materna e neonatal, no entanto, mesmo com avanços consideráveis, ainda perduram práticas inadequadas e/ou desnecessárias de atenção ao parto e nascimento, evidenciado por altas taxas de cesarianas e pela impossibilidade em alcançar a meta estipulada pela Organização das Nações Unidas, para o ano de 2015, de reduzir os óbitos maternos para 35 por 100 mil nascidos vivos. Além disso, a segurança do paciente tem sido discutida diante das práticas hospitalares, e continua sendo um problema a garantia do direito à maternidade segura, o que levou a OMS desenvolver a Lista de Verificação para Partos Seguros, com recomendações baseadas em evidências científicas (OMS, 2018).

Investigando a adesão a estas práticas seguras na sala de parto de um hospital de ensino no Nordeste brasileiro, observou-se 40 partos, sendo 25 normais, onde a adesão antes da cesariana variam de 60 a 100%, e no parto vaginal a adesão foi de 56 à 100% e, em relação às práticas após o parto cesáreo, a taxa de adesão variou entre 6,6% a 100% e no após o parto vaginal, 28% a 100%, prevalecendo a adesão às práticas antes do parto cesariano, porém sendo a interação mãe-bebê mais estimulada no parto normal (CARVALHO *et al.*, 2020).

A medicalização do parto e uso de intervenções sem indicações claras tende a minar a capacidade da mulher em dar à luz e afeta negativamente sua experiência no parto. Neste sentido, o parto deve ocorrer em um ambiente clinicamente e psicologicamente seguro, com apoio prático e emocional de um acompanhante e uma equipe clínica competente, partindo da

premissa que as mulheres necessitam de realização pessoal e participação na tomada de decisão nas intervenções, sendo protagonista no seu parto (WHO, 2018).

De acordo com recomendações do OMS (2018) são necessários cuidados respeitosos à maternidade favorecendo a dignidade, privacidade e confidencialidade, garantia a ausência de danos e maus-tratos, permitir uma escolha informada e contínua durante o trabalho de parto e parto, comunicação efetiva, direito ao acompanhante de livre escolha, continuidade do cuidado, definição das fases do trabalho de parto, bem como a duração e progresso destas, acompanhamento do bem estar fetal através da ausculta fetal intermitente, exame digital vaginal a cada 4 horas, técnicas para alívio da dor, alimentação líquida, encorajar a movimentação e posições verticalizadas, encorajar o puxo espontâneo na segunda fase, uso de tecnologias para prevenção de traumas perineais, uso de uterotônicos profiláticos, clampeamento do cordão umbilical após o primeiro minuto, tração controlada do cordão, contato pele a pele, amamentação precoce, profilaxia da hemorragia com vitamina K, banho do recém-nascido postergado para 24h de vida, alojamento conjunto, identificação da atonia uterina pós parto, sinais vitais e hemorragia por pelo menos 24h.

Corroborando com estas recomendações o MS, no intuito de qualificar o modo de nascer no Brasil, publicou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, com 225 recomendações distribuídas em oito seções: 1) local de assistência ao parto, 2) cuidados gerais durante o trabalho de parto, 3) alívio da dor no trabalho de parto, 4) assistência no primeiro período do parto, 5) assistência no segundo período do parto, 6) assistência no terceiro período do parto, 7) cuidados maternos imediatamente após o parto e 8) assistência ao recém-nascido (BRASIL, 2017). Reconhecidamente estas diretrizes possuem potencial de melhorar e apoiar a melhoria e a organização dos serviços de atenção ao parto, porém há subutilização, sendo encontradas barreiras na implementação relacionadas aos usuários, trabalhadores, serviços de saúde e ao sistema de saúde, tais como falta de infraestrutura e recursos materiais, gestão de recursos humanos, modelo de atenção, relações de gênero, financiamento, referenciamento, interesses políticos, condições socioeconômicas, falta de conhecimento/orientação, crenças e saberes, comunicação, comportamento, relações de trabalho e capacitações, modelo de atenção centrado no médico, modelo de formação profissional com a reprodução de práticas sem evidências científicas com orientação biomédica em detrimento aos aspectos humanistas do cuidado (OLIVEIRA *et al*, 2020).

A efetiva implementação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal é necessária para a melhoria da assistência ao parto no Brasil e, há de relatar-se seis estratégias para tanto, a saber: desenvolvimento de um plano de implementação, com incentivo de

estratégias de intervenção multifacetadas; promoção de intervenções educativas; realização de auditoria e *feedback* visando adequação da prática profissional; uso de lembretes visando a mediação da interação entre profissionais e usuários; viabilização de intervenções mediadas por pacientes e; incluir líderes de opinião (BARRETO *et al*; 2020).

O Brasil apresenta um modelo de atenção ao trabalho de parto, parto e nascimento caracterizado pelo uso excessivo de intervenções obstétricas e neonatais, sendo o parto tido como evento médico ou tecnológico, com práticas discriminatórias e desrespeitosas, consideradas como violência obstétrica, com violação dos direitos, favorecendo a negligência, a imprudência e a imperícia, com duas realidades bem distintas entre o setor público e privado, onde 25,9% são atendidas no modelo suplementar e em sua maioria realizam cesariana pela sobrecarga do profissional e impossibilidade de acompanhar o trabalho de parto, predominância de mulheres mais jovens, que se declaram pardas ou negras, com baixo grau de escolaridade, baixo poder aquisitivo no setor público e, no setor privado, predominam mulheres com maior idade, brancas, com alto grau de escolaridade e alto poder aquisitivo (ROCHA; FERREIRA, 2020).

Analisando o Rede Cegonha e o Nascer Saudável observa-se entre os anos de 2011 e 2017 redução de práticas consideradas prejudiciais e aumento do uso de práticas benéficas, porém melhorias são necessárias no setor público e privado, sendo que para a redução de cesarianas no Brasil uma das soluções é a melhoria da assistência ao trabalho de parto e ao parto vaginal, visando à promoção da autonomia, protagonismo e bem-estar das mulheres, com o uso apropriado de tecnologias benéficas, como a presença de acompanhantes, a assistência por enfermeiras obstetras, deambulação, métodos não farmacológicos e farmacológicos no alívio da dor (LEAL, 2019).

3.4 ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

A prática assistencial da obstetrícia foi exercida séculos por parteiras, que detinham conhecimento empírico, intuitivo e herdados, sendo substituídas por volta do século XX, na vigência do desenvolvimento tecnológico da assistência médica, sendo inserido na rotina de assistência ao parto práticas medicalizadas e restrição da autonomia e protagonismo da mulher, que resultaram na redução da mortalidade materna e neonatal, por outro lado gerando condutas muitas vezes iatrogênicas que prejudicam a saúde materno infantil (POSSATI *et al*, 2017).

Em 1922, foi fundada no Rio de Janeiro a Escola de Enfermagem Anna Nery, contemplando em seu currículo a arte de enfermagem na obstetrícia e ginecologia e, em 1939 foi criado em São Paulo o Curso de Enfermagem Obstétrica junto à Clínica Obstétrica da Escola Paulista de Medicina (SENA *et al.*, 2012). A Especialização em Enfermagem Obstétrica passou a ser oferecida a partir da década de 1950 e obteve modificações curriculares ao longo do século XX. Em 1994, o Ministério da Educação (MEC) instituiu o Currículo Mínimo de Enfermagem, por meio da Portaria nº 1.721/94, e estabeleceu a formação de enfermeiras obstétricas por meio de cursos de pós-graduação *lato sensu*, outorgando o título de Especialista em Enfermagem Obstétrica (LIMA *et al.*, 2015).

É possível identificar a inserção do EO nas políticas públicas voltadas ao parto hospitalar no Brasil em meados dos anos 90, num cenário de altos índices de asfixia perinatal, crítica ao modelo biomédico, com práticas intervencionistas, relações verticalizadas e perda da autonomia da mulher no processo de parturição. Desde a publicação pela OMS da Classificação das práticas utilizadas na condução do parto vaginal e do nascimento, com base em evidências científicas, houve o estímulo à implantação destas recomendações e da inserção do EO, buscando qualificar a assistência e reduzir procedimentos intervencionistas (AMARAL *et al.*, 2019).

A OMS reconhece que a realização do parto normal pelo EO tem caráter menos intervencionista e sua técnica humanizada respeita a fisiologia do nascimento. O MS, com base nestas recomendações, incentiva a qualificação de enfermeiros obstetras, sua inserção e atuação na assistência ao parto normal, reconhecendo o papel destes profissionais para o alcance da humanização do parto e nascimento, por respeitar os aspectos da fisiologia feminina, sociais e culturais do parto, sem realizar intervenções desnecessárias, com uma assistência individualizada e com suporte emocional, prestando um cuidado baseado em tecnologias leves de saúde, com melhor custo-efetividade, soluções eficientes e seguras (CAMPOS *et al.*, 2016). O MS, reconhece o papel do EO na redução de intervenções e maior satisfação das mulheres nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto (BRASIL, 2017).

Na busca pela reorganização do modelo assistencial, o MS publica as Portarias GM/MS de nº. 2.815/98 e 169/98, que regulamenta a assistência obstétrica realizada por enfermeiros, incluindo o parto normal realizado pelo profissional na lista de procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e a emissão de AIH assinada pelo mesmo (CASSIANO *et al.*, 2020).

Neste sentido, o COFEN através da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto Nº 94.406/87, regulariza o exercício da enfermagem e sua

atuação no acompanhamento do trabalho de parto e execução do parto normal sem distócia e, ao EO cabe ainda a identificação de distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico e a realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessário (COFEN, 1986).

No início dos anos 2000, propostas de humanização do parto e nascimento ganharam espaço no cenário político brasileiro e incorporadas ao SUS em documentos e manuais com recomendações de uso apropriado de tecnologias leves, a citar o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, incentivando uma dimensão fisiológica do parto, apoio emocional, respeito, postura acolhedora e protagonismo da mulher, tendo sido identificado o enfermeiro como agentes estratégicos para implantação do PHPN e fortalecimento do SUS, por sua formação centrada na dimensão fisiológica do parto e nascimento, valorização dos aspectos emocionais, sociais e culturais que permeiam o processo de parto e nascimento e na promoção da autonomia da mulher (BRASIL, 2014).

Na perspectiva de um modelo de assistência humanizada, a atuação do EO centra-se na fisiologia do parto, protagonismo feminino, com amplo uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor, evidências científicas, saberes populares e/ou culturais, que propiciam satisfação, qualidade e participação da mulher e seus familiares durante o processo de parturição, com um cuidado menos intervencionista, promoção de boas práticas baseadas em evidências e sensibilização para o protagonismo da mulher no processo de parturição (ANDRADE *et al.*, 2017).

Com o Rede Cegonha em 2011, com vistas à redução da morbimortalidade materna e fetal e, os Centros de Parto Normal a atuação do enfermeiro, com seu conhecimento e destreza na prática, fortaleceram a valorização da assistência humanizada, potencializando as práticas benéficas e baseadas em evidências científicas de assistência ao parto, com uma conduta de acolhimento na sua formação ético-humanística, gerando um cuidado singular e ampliando a importância e visibilidade deste profissional no cuidado materno-infantil. Não obstante, ainda se evidencia a necessidade de reconhecimento das competências, autonomia e respeito ao credenciamento do enfermeiro no cuidado obstétrico por outros profissionais (FERREIRA JÚNIOR *et al.*, 2021).

A enfermagem vem ganhando espaço na obstetrícia, exercendo papel primordial na saúde pública na condução do pré-natal e amamentação, com cuidado qualificado e foco da promoção da saúde, além de exercer importante papel na assistência ao parto de baixo risco com abordagem humanizada, segura, calma e acolhedora, com uso de métodos não

farmacológicos de alívio da dor e incentivo à participação do acompanhante (OLIVEIRA *et al*, 2017).

A inserção do EO possibilitou a transição do modelo tradicional de assistência ao parto para um modelo de cuidado individualizado, holístico, humanizado, respeitando o protagonismo da mulher e o nascimento como evento natural, com a utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos no cuidado à parturiente, adoção de posições verticalizadas, promoção da autonomia, presença do acompanhante, redução do uso de ocitocina, que pode desencadear uma cascata de intervenções quando usada sem indicação e, redução de episiotomias em partos realizados por enfermeiros, além de práticas humanizadas ao recém-nascido com clampeamento oportuno do cordão umbilical, contato pele a pele e aleitamento materno (MEDEIROS *et al*, 2016).

Há de destacar-se que em países onde a atenção ao parto segue o modelo centrado na fisiologia, dignidade da mulher e valorização dos EO, apresentam redução na morbidade e mortalidade materna e neonatal, menores índices de intervenções desnecessárias e taxa de cesariana, evidenciados pela inserção do EO. Estes profissionais exercem suas ações com base na humanização, evidências científicas, com uso de práticas recomendadas, respeito à singularidade, individualidade e protagonismo feminino, empatia, intersubjetividade, cuidado livre de iatrogenias, atenção à formação de vínculo entre a mulher e recém-nascido, com possibilidade de interlocução de valores e crenças culturais da parturiente e, consequentemente promovendo uma mudança de paradigma com o resgate do protagonismo, empoderamento e autonomia da mulher, respeitando a fisiologia do parto, sem intervenções desnecessárias, com destaque para o suporte emocional à mulher e sua família e respeito aos direitos da mulher, bem como o fortalecimento da comunicação (CASSIANO *et al*, 2021).

Corroborando com a premissa em discussão, ALVES *et al* (2019) enfatiza a importância da atuação da Enfermagem Obstétrica no parto para garantir assistência humanizada e boas práticas, garantindo a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, utilização de partograma, presença de acompanhante, clampeamento oportuno do cordão umbilical, amamentação na primeira hora de vida e não realização de episiotomia.

A visão holística do EO associada ao Processo de Enfermagem, favorece uma assistência individualizada à parturiente, fundamentada no conhecimento científico, fazendo com que ela se sinta parte de um processo natural, acompanhando o ritmo do seu próprio corpo (SANTOS; RAMOS, 2012).

Em revisão integrativa Campos *et al* (2016) concluíram que a atuação da enfermagem na assistência à mulher no parto é considerada um fator importante para redução da

morbidade e mortalidade materna e perinatal, assim como na diminuição das práticas intervencionistas do tipo cesarianas, as quais muitas vezes são desnecessárias, podendo privilegiar a parturiente como ser ativo no processo de parto, conduzido por uma assistência humanizada, tornando-o mais fisiológico.

A participação de enfermeiras obstetras na assistência ao parto vaginal é limitada no Brasil, um estudo nacional de base populacional composto por 23.894 puérperas, em 266 ambientes entre 2011 e 2012 evidenciou que 48% foram partos vaginais, apenas 16,2% deles foram assistidos por EO, sendo que destes há diferenças regionais, onde na região Norte (24,1%) e no Sudeste (23,5%), com a menor proporção na Região Central (<1,0%), com menor participação do EO no setor privado, envolvendo boas práticas e intervenções com menos frequência, sendo que nas maternidades que incluíam EO na assistência ao parto, a incidência de cesárea foi menor, ilustrando os benefícios potenciais do trabalho colaborativo entre médicos e EO na assistência ao parto e nascimento (GAMA *et al.*, 2016).

As práticas de enfermagem na assistência ao parto normal devem ser incorporadas nas rotinas dos serviços de obstetrícia diante de suas repercussões trazidas ao binômio mãe-filho e sua prática menos intervencionista, menos invasivas, baseada nas relações interpessoais, respeitando a fisiologia e a segurança, levando a um aumento dos partos normais. Todavia, como entrave para a execução das boas práticas, há uma fragmentação de condutas que compromete a qualidade da assistência (CARVALHO; SILVA, 2020).

3.5 TECNOLOGIAS EM SAÚDE

Tecnologia se refere a algo que, desenvolvido, facilite a realização de um trabalho, viabilize o entendimento e aplicação de uma ação, envolvendo conhecimento técnico e científico. Tecnologia em saúde é uma forma de intervenção usada para promoção, prevenção, diagnóstico ou tratamento de doenças; ou para promover a reabilitação ou cuidados a curto, médio e em longo prazo, visando qualificar o tratamento e o cuidado por meio da prática em saúde (AMORIM *et al.*, 2010).

As tecnologias leves são importantes para a humanização do cuidado impactando a prática assistencial através de modelos assistenciais que fortalecem e qualificam o cuidado de Enfermagem, promovendo uma valorização do raciocínio clínico no plano de cuidado individualizado. Em estudo desenvolvido por Marinho *et al* (2016), com o objetivo de construir e avaliar instrumento para avaliação do uso de tecnologias leves pela equipe de

enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva, o instrumento desenvolvido e validado foi representativo no uso de tecnologias leves em pacientes em sedação, tendo sido recomendado replicação em outros ambientes assistenciais, para o fortalecimento humanização e um cuidado centrado no ser humano (SANTOS; FROTA; MARTINS, 2016).

Neste sentido, enfermeiras obstétricas constroem um modelo de desmedicalização no cuidado à saúde da mulher que perpassa os princípios de protagonismo da mulher, processo biológico do parto influenciado pelo contexto existencial da mulher, exigindo cuidados racionais que respeitem a privacidade e segurança, com esclarecimentos e autorização a qualquer procedimento; fomentados por tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica (TNICEF) emanados da prática, aplicados de forma intencional e com justificativa, na produção de resultados positivos (MEDINA, 2021).

A TNICEF possui atributos que a definem como tecnologia leve: relacionais, ao favorecer o acolhimento e formação de vínculo na construção do cuidado integral; potencializadoras, ao buscar capacidades em cada mulher para lidar com o processo de gestar e parir; abertas, ao integrar conhecimentos na construção do cuidado; vivas, por se basear em processos interativos, dinâmicos e singulares com a mulher; instituintes, ao se recriar de acordo com as mudanças e; de conforto, ao promover com a mulher uma experiência prazerosa de gestar e parir (MEDINA, 2020).

O uso das TNICEF sob a perspectiva das tecnologias do trabalho em saúde e na desmedicalização do parto envolve tecnologias leves, expressas nas atitudes relacionais e posturas corpóreo-afetivas; tecnologias leve-duras, correspondendo aos conhecimentos; e tecnologias duras, representadas nos objetos. Porém maior enfoque há na relação humana, integridade, protagonismo, segurança e qualidade, com desfechos maternos e neonatais amplamente favoráveis em comparação com as práticas do modelo medicalizado, impulsionando a mudança no modelo assistencial, retirando o foco de procedimentos intervencionistas e centrando em um cuidado vivo, sendo necessário habilidades relacionais, posturas corporais, ambiente acolhedor, estímulo à participação ativa, apoio emocional e incentivo ao empoderamento feminino, conhecimentos teóricos e técnicos, evidências científicas e a experiência prática para sua utilização (PRATA *et al*, 2019).

Os EO representam uma íntima relação com a redução de intervenções desnecessárias e inoportunas na assistência ao parto através do fortalecimento do uso de tecnologias leve de cuidado no transcurso do nascimento, resgatando o caráter natural e fisiológico com práticas obstétricas úteis, ações não prejudiciais e fortalecimento de práticas de humanização, garantindo o respeito, privacidade, autonomia e singularidade, resgatando assim o

protagonismo feminino, direitos, subjetividade, escuta qualificada, desmedicalização e o uso das Boas Práticas de Assistência ao Parto e Nascimento, com olhar ampliado às necessidades individuais e multiprofissionais (LEAL *et al*, 2021).

3.6 CONSTRUÇÃO E AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS

O modelo de construção de instrumentos proposto por Pasquali *et al*. (2010) é estruturado em três grandes polos: procedimentos teóricos, procedimentos empíricos (experimentais) e procedimentos analíticos (estatísticos).

A primeira etapa na construção de um instrumento de acordo com Pasquali *et al* (2010) englobam os procedimentos teóricos e, este envolve seis passos a saber: 1- sistema psicológico, fundamentando teoricamente o pesquisador na busca do objeto de interesse através do referencial bibliográfico; 2- propriedades, definição dos aspectos específicos que se deseja estudar e as propriedades que serão objetos da pesquisa a fim de estabelecer o real interesse e obter conceitos, definições precisas e delimitadas; 3- dimensionalidade, definição da estrutura interna e semântica, definindo o constructo como unifatorial ou multifatorial, 4- definição, busca de conceitos detalhados do constructo em bases literárias específicas, análise de conteúdo com a participação de peritos e do pesquisador, enumerando itens que melhor descrevem o constructo e; 5- construção dos itens do constructo de várias fontes e experiências vividas pelos pesquisadores.

Pasquali *et al* (2010) também descreve sobre os critérios de construção em doze itens: 1- critério comportamental, construto deve ser claro e preciso; 2- objetividade, o item deve cobrir o conteúdo permitindo uma resposta certa ou errada e permitir que o respondente expresse suas opiniões; 3- simplicidade, expressar ideia única; 4- clareza, item deve ser compreensível, com frases curtas, expressões simples e inequívocas; 5- relevância (pertinência, saturação, correspondência), item deve expressar o atributo que deseja medir; 6- precisão, ter posição contínua no atributo; 7- variedade, variar a linguagem como forma de evitar o cansaço; 8- modalidade, utilizar expressões de reação modal; 9- tipicidade, formar frases com expressões condizentes ao atributo; 10- credibilidade, formular itens que não sejam despropositados; 11- amplitude, o conjunto de itens deve ser de entendimento para a população-alvo e; 12- equilíbrio, devem variar entre fáceis, difíceis e médios em todo o contínuo do construto, sendo que o número ideal de itens inseridos em um construto é de 20

itens, porém enfatiza que tal determinação pode ser alterada conforme o nível de complexidade e necessidade de cada construto em particular.

Segue-se com a análise dos itens visando assegurar a validade, por meio de juízes: análise semântica e de conteúdo, a primeira objetiva a compreensão dos itens por toda a população pela qual o instrumento será utilizado e na segunda, os juízes fazem a verificação de cada item elencando os que estejam mais bem estruturados e avaliando a sua real ligação com o propósito do instrumento. Em seguida, inicia-se o pólo experimental, onde são definidas as etapas, formato e técnicas de aplicação do instrumento, como serão as respostas, coleta de informações, população e amostra que serão convidadas a participar do estudo. Por fim, finaliza-se o processo de construção com os procedimentos analíticos em quatro etapas: dimensionalidade, análise dos itens, precisão do instrumento e, estabelecimento de normas a fim de interpretar os resultados produzidos (PASQUALI *et al.*, 2010).

A primeira versão dos padrões norte-americanos para testes de avaliação foi publicada em 1954 pela American Psychological Association (APA), juntamente com a American Educational Research Association (AERA) e o National Council on Measurement in Education (NCME): Technical Recommendations for Psychological Tests and Diagnostic Techniques, classificando a validade em três tipos: Validade de Conteúdo, Validade de Critério (preditiva ou concorrente) e Validade de Construto (ZUMBO; CHAN, 2014).

A validade de conteúdo pode fornecer informações sobre a representatividade e clareza de cada item sobre um universo finito de comportamentos (domínios), após submetido ao julgamento de especialistas (MOURA; BEZERRA; OLIVEIRA; DAMASCENO, 2008).

A avaliação de instrumentos que padronizam o cuidado torna-se útil para a realização adequada de procedimentos específicos de Enfermagem, através da avaliação de conteúdo, sendo fundamental na construção de medidas e instrumentos confiáveis, subsidiando o conhecimento para uma prática mais segura. São construídos materiais educativos, instrumentos e tecnologias, com predominância da avaliação do conteúdo por escala *Likert* em quatro pontos, onde se busca concordância de pelo menos 90% dos especialistas, com número ímpar entre 6 e 20 sujeitos, para evitar empate, com estabelecimento de critérios na seleção dos juízes, seguida da análise de dados através do Alfa de Cronbach, Índice de Validade de Conteúdo (IC) e o Índice de Concordância (MEDEIROS *et al.*, 2015). Este último, baseado em sua adaptabilidade a esta pesquisa, foi selecionado para avaliação da aplicabilidade dos diagnósticos na prática clínica, pelos juízes especialistas.

A validade de um instrumento inicia na elaboração e mantém-se durante todo o processo de construção, aplicação, correção e interpretação de resultados através de um

processo que se propõe examinar a precisão de determinada predição ou inferência realizada com base em pontuação obtida por meio da aplicação de instrumento. A Técnica *Delphi* está fundamentada no uso sistematizado do conhecimento, experiência e criatividade de um grupo de especialistas, partindo do pressuposto de que o julgamento coletivo, quando organizado, é melhor que a opinião de um só indivíduo, ou de grupos desprovidos de conhecimentos específicos, gerando um consenso consolidado do julgamento intuitivo do grupo, sendo que os especialistas são selecionados por sua experiência e produção na área a que se pretende investigar e, a comunicação entre o pesquisador e o especialista pode se dar através de *e-mail*, contato telefônico e/ou entrevistas, sendo que o correio eletrônico ainda apresenta a vantagem de economia de gastos e tempo, porém deve ser conciso para não desestimular o especialista (REVORÊDO *et al.*, 2015).

A avaliação de instrumentos novos pode ser realizada usando a Técnica *Delphi*, a qual foi utilizada neste estudo, que consiste na realização de avaliação e julgamento por meio do consenso de opiniões entre especialistas de determinado domínio, com coleta de opiniões e julgamento de forma sistematizada, sendo utilizada para estabelecer consenso sobre determinado assunto, em áreas que precisam de construção, avaliação, revisão ou melhor exploração de conhecimentos e métodos de intervenção (SILVA; MONTILHA, 2021).

A Técnica *Delphi* apresenta como características fundamentais: representação estatística da distribuição dos resultados, flexibilidade, contribuições que os especialistas trazem para o grupo e a disponibilidade de dados, possibilidade de responder um questionário individual, com liberdade de tempo e sem a pressão de se sentir vigiado como em um grupo, possibilita maior reflexão, respostas completas, anonimato dos especialistas, desconsidera influências como “status acadêmico ou profissional” ou capacidade de comunicação e, não gera problemas na análise dos dados como: manipulação, omissão, pressão de grupo, concordância com as respostas mais incidentes (SCARPARO *et al.*, 2012). Esta técnica ainda se mostra vantajosa por permitir realização online e anônima entre os participantes, possibilitando a contribuição de profissionais com especialidades heterogêneas, estabelecendo consenso quanto ao conteúdo, estrutura, linguagem, organização em diversas áreas, a fim de avaliação (SILVA; MONTILHA, 2021).

Em estudo realizado por Ramalho Neto, Pontes e Nóbrega (2013) com o objetivo de construir e avaliar um instrumento para coleta de dados em UTI, concluiu-se que ao favorecer a operacionalização do processo de enfermagem, a SAE se mostra como o caminho mais promissor para o desenvolvimento do trabalho da Enfermagem, aliando o conhecimento tácito decorrente da prática com o conhecimento cientificamente construído para assim, identificar

no cliente necessidades não atendidas ou atendidas inadequadamente; planejar e implementar ações e intervenções efetivas; avaliar os resultados dos cuidados pelos quais são legalmente responsáveis e, finalmente, para possibilitar a adequada documentação desses cuidados por eles prestados, conferindo maior visibilidade às ações de enfermagem, valorização da profissão e, principalmente, excelência no cuidado prestado.

Neste sentido, Corrêa *et al* (2020) desenvolveu estudo metodológico voltado ao desenvolvimento e avaliação de uma validação de enfermagem para Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica através do estabelecimento de estrutura teórico-conceitual; construção dos itens e escala de resposta; seleção e organização dos itens; estruturação do instrumento; opinião de especialistas; e avaliação de conteúdo e aparência, seguida da avaliação de clareza, pertinência e abrangência através da técnica *Delphi*, com seleção dos especialistas através do Currículo Lattes e a análise através de escala de *Likert* de 5 pontos para cálculo de IC, considerado válido em 0,8.

O IC para cada item e para o instrumento é considerado aceitável, quando o valor mínimo é de 0,8 ou 90%. Nesta pesquisa o valor mínimo aceito foi de 90% ou 0,9; considerando que um resultado > a 90% de concordância, significa que os domínios estão adequados, quando menores que esse valor, devem ser discutidos e alterados (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO E ABORDAGEM DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de desenvolvimento tecnológico, descritivo, desenvolvido a partir da abordagem quantitativa, fundamentado no Modelo de Construção de Instrumentos, proposto por Pasquali (2010).

Os estudos de desenvolvimento tecnológico, destinam-se a desenvolver ou refinar métodos de obtenção, organização ou análise de dados, caracterizando-se pelo desenvolvimento de instrumentos com a finalidade de definir um construto, formular os itens do instrumento, desenvolver as instruções para usuários e respondentes, além de testar a confiabilidade e a validade do instrumento. Ocorre por meio da sistematização de etapas necessárias ao alcance de um construto, seguido de um processo de avaliação, o qual pode ocorrer através da técnica *Delphi*, a qual foi utilizada neste estudo (POLIT; BECK, 2019).

O modelo de construção de instrumentos proposto por Pasquali *et al.* (2010) é estruturado em três grandes polos: procedimentos teóricos, procedimentos empíricos (experimentais) e procedimentos analíticos (estatísticos). Os procedimentos teóricos abrangem a questão da teoria que deve fundamentar qualquer empreendimento científico, no caso a explicitação da teoria sobre o construto ou objeto para qual se quer desenvolver um instrumento. Em seguida, o polo teórico deve ser elaborado para cada instrumento, de acordo com a literatura atual sobre o construto. O procedimento empírico ou experimental é o momento em que ocorrem os procedimentos em que são definidas as etapas e as técnicas da aplicação do instrumento piloto e da coleta válida da informação para proceder a avaliação da qualidade psicométrica do instrumento. Já, o procedimento analítico estabelece os procedimentos de análise estatísticos a serem efetuados sobre os dados para levar a um instrumento válido, preciso e, se for o caso, normatizado (PASQUALI *et al.*, 2010).

De acordo com Medeiros *et al* (2015), a elaboração de instrumentos quer seja protocolos, escalas de cuidado ou materiais educativos em Enfermagem, bem como a avaliação de conteúdo destes com base no referencial metodológico de Pasquali, revelam o crescimento da enfermagem brasileira no ambiente científico, com necessidades de utilização de medidas confiáveis nas pesquisas. Como mencionado, identificou-se ausência de tecnologias e instrumentos voltados para a sistematização da assistência ao parto, o qual foi desenvolvido neste estudo.

Dessa forma, elaborou-se o delineamento da pesquisa, sendo esta o plano ou estratégias adotadas pelo pesquisador para obtenção e organização de dados referentes às questões propostas e testes das hipóteses formuladas, por meio da elaboração e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa, visando construção de instrumento confiável e preciso, como também capaz de avaliar seu sucesso no alcance do objetivo (POLIT; BECK, 2019).

A avaliação de conteúdo busca avaliar se o instrumento contém a representação do objeto em avaliação por meio do julgamento de especialistas, demonstrando que cada item do instrumento reproduz o universo sob investigação (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Monteiro e Hora (2014) referem os seguintes passos para esse processo: definir o desempenho do domínio de interesse, selecionar um painel de especialistas qualificados no domínio, providenciar um roteiro estruturado para avaliar a correspondência entre os itens e o domínio (pareamento), coletar e resumir os dados do processo de pareamento.

A Técnica *Delphi* é utilizada a fim de estabelecer consenso sobre determinado assunto, em áreas que precisam de construção, avaliação, revisão ou melhor exploração de conhecimentos e métodos de intervenção por meio de etapas de avaliação de um construto por um comitê de especialistas, denominados aqui de juízes especialistas, cuja análise das suas opiniões e sugestões busca a convergência das respostas e o consenso dos mesmos para obtenção da versão final validada, tendo potencial como possibilidade de articulação das abordagens qualitativas e quantitativas, somando essas características para tratar de um problema complexo de pesquisa na área da enfermagem e saúde (MASSAROLI *et al.*, 2017).

Corroborando com este conceito, Marques e Freitas (2018) descrevem que a Técnica *Delphi* utilizada em processos de avaliação de conteúdo consiste na construção de consenso de opiniões de um grupo de especialistas, realizado em rodadas sucessivas, com o objetivo de avaliar determinado problema ou proposta de intervenção. É preservado o anonimato dos participantes e das respostas individuais, possibilitando a interação das respostas por meio do *feedback*, a cada rodada, com sínteses do conteúdo técnico-científico, ou seja, prático e teórico, expresso nas opiniões emitidas pelos especialistas (MARQUES; FREITAS, 2018).

A coleta e a integração planejadas de dados quantitativos e qualitativos em um estudo é tendência nas pesquisas em enfermagem, tendo como vantagens a complementaridade, evitando limitações de uma única abordagem; praticidade, onde diante da complexidade dos fenômenos, torna-se prático usar quaisquer ferramentas metodológicas apropriadas para questões de pesquisa e; validade incrementada, por permitir que uma hipótese ou modelo seja

sustentado por vários tipos complementares de dados, dando segurança ao pesquisador sobre suas inferências (POLIT, BECK; 2019).

Para Minayo (2014) não há prioridade de um método sobre outro, podendo ser integradas num mesmo projeto de pesquisa, pois uma investigação quantitativa pode ensejar questões passíveis de serem respondidas por meio de estudos qualitativos e vice-versa, feitos em conjunto, promovem uma mais elaborada e completa construção da realidade, ensejando o desenvolvimento de teorias e de novas técnicas cooperativas. Portanto, foi utilizada a abordagem quantitativa na análise de índices e coeficientes de concordância dos juízes-especialistas, e da abordagem qualitativa para organizar e compreender as sugestões escritas pelos mesmos no processo de avaliação.

Realizou-se a busca e avaliação dos diagnósticos de enfermagem prevalentes na assistência à mulher no trabalho de parto e parto e uma proposta das principais intervenções em cada diagnóstico e resultados tendo como foco nortear e basear a SAE ao parto, através da NANDA, NIC e NOC.

4.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA – ETAPAS DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em três etapas: na primeira etapa foi realizado um levantamento bibliográfico dos DE prevalentes na assistência ao parto através de revisão integrativa de literatura. Em seguida, foi realizada a avaliação dos diagnósticos por juízes especialistas através da técnica *Delphi* e, na terceira etapa, a construção da Tecnologia de SAE à mulher no trabalho de parto e parto com base nos resultados e literatura pertinente, como demonstrado na Figura 7.

Figura 7 - Diagrama das etapas metodológicas de construção e avaliação do instrumento para SAE à mulher no trabalho de parto e parto.

A determinação destas etapas para o desenvolvimento de uma tecnologia para a SAE foi baseada em estudos semelhantes publicados, em que a revisão integrativa fez parte da primeira etapa da pesquisa, conforme descrição abaixo.

Sistematização da Assistência de Enfermagem à Gestante de Alto Risco: construção e avaliação de uma tecnologia para o Cuidado - estudo metodológico desenvolvido em quatro etapas: construção de uma Tecnologia de SAE às gestantes de alto risco com base em revisão integrativa, experiência clínica das pesquisadoras e literatura pertinente; avaliação de aparência e conteúdo por juízes especialistas com experiência em SAE e/ou obstetrícia; refinamento da Tecnologia e construção da 2ª versão do mesmo; e por fim, avaliação da aplicabilidade da tecnologia (GOMES, 2016).

Instrumento para consulta de enfermagem à puérpera na atenção básica - pesquisa metodológica desenvolvida em cinco etapas: revisão integrativa da literatura, grupo focal, estruturação do instrumento, avaliação do instrumento pelos especialistas pela técnica *Delphi*; e aplicação e desenvolvimento das afirmativas de diagnóstico e intervenções de Enfermagem (MAZZO; BRITO, 2015).

Elaboração de roteiro de SAE na atenção à gestante: proposta de utilização da CIPE® - estudo metodológico em duas fases: na primeira fase foi realizada uma revisão integrativa, que com documentos oficiais do MS basearam a elaboração de um roteiro e, este foi apreciado pelo grupo de trabalho sobre a SAE, gerando a versão do instrumento e, na segunda fase avaliação por especialistas em duas etapas e elaboração da versão final (BATISTA, 2017).

4.3 PRIMEIRA ETAPA – REVISÃO INTEGRATIVA - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PREVALENTES NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

A prática baseada em evidências requer todos os tipos de revisão de literatura: integrativa, sistemática, qualitativas e meta-análise, sendo que a revisão integrativa é a única que permite a combinação de diversas metodologias e uma compreensão holística, principalmente quando adotados métodos mistos de pesquisa, resumindo a literatura empírica e teórica sobre o assunto de interesse, com grande potencial para a prática baseada em evidências, incluindo profundidade e amplitude da pesquisa em enfermagem. As diversas possibilidades das revisões integrativas e sua multiplicidade de propósitos tem potencial de

resultar em um retrato abrangente de conceitos, teorias ou problemas de saúde complexos de importância para a enfermagem (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Deste modo, a revisão integrativa deve seguir rigor metodológico, a fim de subsidiar o avanço da enfermagem, através da síntese e análise do conhecimento produzido sobre o tema investigado, com importante potencial para construir a ciência da enfermagem, gerando informações sobre pesquisas, práticas e iniciativas políticas; apresentar o estado da ciência, contribuir para o desenvolvimento de teorias e ter aplicação direta para a prática (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Contribui para a tomada de decisão em relação a ações e intervenções possibilitando cuidados mais efetivos e eficientes através da geração de fonte de conhecimento atualizado, conciso e adequado para a prática clínica (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

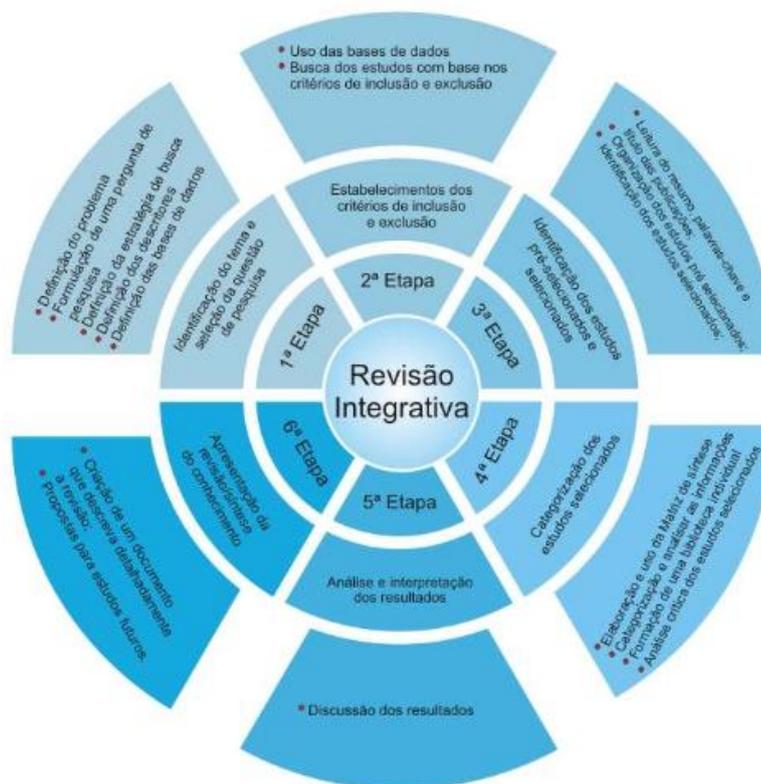
Para o desenvolvimento desta etapa, foi realizada uma revisão integrativa dividida em seis etapas, de acordo com Whitemore e Knafl (2005), Mendes, Silveira e Galvão (2008), Botelho, Cunha, Macedo (2011) e Hermont (2021) descritos na figura 8. Tem-se como propósito de aprimorar o rigor metodológico, principalmente no que se refere à análise e síntese dos dados; proteger contra vieses; melhorar a precisão das conclusões; buscar várias perspectivas sobre um fenômeno em estudos primários, sintetizando uma base de conhecimento sistemática para a prática de enfermagem, com o intuito de favorecer o uso dos achados na prática clínica baseada em evidências (WHITTEMORE, KNAFL; 2005).

O processo metodológico para a desenvolvimento de uma revisão integrativa é descrito em seis etapas, que foram seguidas nesta revisão integrativa: 1- escolha e a definição do tema, elaboração da questão de pesquisa, objetivos e identificação das palavras-chaves e/ou descritores; 2- estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão das publicações, busca nas fontes de dados, organização do banco de referências e seleção dos estudos que irão compor o corpus de análise; 3- extração dos dados para a organização e sumarização das informações pertinentes à montagem do banco de dados; 4- análise crítica dos estudos incluídos; 5- interpretação e a discussão dos resultados com proposta de recomendações e sugestões para novas pesquisas; 6- apresentação dos resultados da revisão (síntese do conhecimento) (CASARIN *et al*; 2020).

As etapas foram realizadas baseadas em Botelho, Cunha e Macedo (2011), conforme figura 8: primeira etapa destinada a identificação clara do problema que a revisão está abordando e seu propósito, onde foi desenvolvida a pergunta norteadora da revisão integrativa, através da estratégia PICO, definição dos descritores através do DECS e definição das bases de dados. Na segunda etapa, foram definidos os critérios de inclusão e exclusão das

publicações na pesquisa e definidas as estratégias de busca de literatura buscando o máximo de fontes primárias elegíveis, organização e seleção das publicações elegíveis. Na terceira etapa, foi realizada a categorização dos estudos através da aplicação de um instrumento visando reunir e sintetizar informações-chave, resumizando os resultados para melhor acesso aos dados pelo pesquisador. Na quarta etapa foi realizada a categorização e análise crítica dos estudos incorporados na análise dos dados. A quinta etapa consta uma análise de dados através da ordenação, codificação, categorização e resumo dos estudos primários em uma conclusão unificada e integrada com um sistema de classificação geral, compilando os dados em uma única planilha a fim de visualizar e comparar as fontes primárias, relato de conclusões e inferências, possibilitando a definição de lacunas e prioridades para próximos estudos. Por fim, na sexta etapa, realizou-se uma síntese, apresentação, exposição e comparação dos dados coletados, em tabelas, gráficos e quadros, a fim de permitir uma visualização e comparação entre todos os estudos selecionados, a identificação de padrões, diferenças e a sublocação desses tópicos como parte da discussão.

Figura 8 – Etapas revisão integrativa.



Fonte: BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011.

Partindo do pressuposto que existem dificuldades nos serviços para a implantação da SAE, que inexistem publicações destas tecnologias e que, a definição dos DE é considerada a etapa mais complexa da SAE, deparamo-nos com o problema inicial da pesquisa.

Os DE são julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde reais ou potenciais, e proporcionam as bases para as seleções de intervenções de enfermagem para se alcançarem resultados pelos quais o enfermeiro é responsável, sendo desafiador para o profissional por exigir pensamento crítico, conhecimentos técnico-científicos. O diagnóstico de enfermagem é a etapa da SAE que deve receber maior atenção dos profissionais da área, uma vez que sua formulação adequada direciona o planejamento, implementação e a evolução do cuidado (CARMO *et al*, 2011). Corroborando com esta afirmação, Ubaldo, Matos e Salum (2015) descrevem que o DE é a etapa mais complexa e primordial para o planejamento, direcionamento e implementação do cuidado.

4.3.1 Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa

4.3.1.1 Identificação do problema e formulação de uma pergunta de pesquisa

A identificação do problema para a revisão integrativa obedeceu às etapas da implementação da estratégia PICO (P: Population/população; I: Fenômeno de interesse e Co: Context/contexto), onde o elemento (P) consiste em gestantes, mulheres em situação de parto ou parturientes, (I)- diagnósticos de enfermagem no parto e (Co)- contexto- trabalho de parto e parto, a fim de selecionar os diagnósticos mais prevalentes na assistência ao parto para melhoria da qualidade da assistência. Assim temos a seguinte descrição da estratégia, que gerou a questão norteadora da revisão integrativa de literatura:

P – Participantes/Pessoas (Mulher em situação de trabalho de parto, parto normal, parturientes)

I – Tema/fenômeno de interesse (diagnósticos de enfermagem)

Co – Contexto (Assistência de enfermagem ao trabalho de parto e parto)

Quais os **diagnósticos de enfermagem** prevalentes na assistência à **mulher em situação de parto normal?**

4.3.1.2 Definição dos descritores

A fim de definir os descritores e as palavras-chave que foram utilizadas na aquisição de dados para a revisão integrativa, realizou-se uma busca no DECS, artigos semelhantes e exploração das árvores de tesouro referentes ao tema da pesquisa. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs), um vocabulário criado pela BIREME, desenvolvido a partir do MeSH (Medical Subjects Headings), da U.S. National Library of Medicine (NLM), Estados Unidos; com o objetivo de permitir o uso de terminologia consistente, proporcionar um meio único, independentemente do idioma, para a indexação de documentos, como também para busca e recuperação da literatura científica nas fontes de informação disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (Portal da Rede BVS, 2021).

A concretização da busca deu-se através de uma associação de descritores indexados controlados de assunto do Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine (NLM) e National Institutes of Health (NIH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), alguns termos alternativos e seleção do pesquisador baseado em estudos pertinentes e tentativas de busca nas bases de dados, visando aumentar o escopo da revisão.

Utilizou-se como estratégia de busca a realização de entrecruzamentos aos pares com o operador booleano “OR” e “AND” para associação dos descritores. Foram selecionados os seguintes descritores: Diagnóstico de Enfermagem, Processo de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Gestantes, Gravidez, Mulher, Saúde Materna, Trabalho de Parto, Parto, Parto Normal, Obstetrícia, Enfermagem, Enfermagem Obstétrica, termos alternativos e descritores em português, inglês e espanhol em três blocos temáticos, seguindo a estratégia de pergunta da pesquisa, conforme Quadro 2.

Quadro 2 - Descritores e termos alternativos da revisão integrativa.

Descritor em português (DeCS) Termos alternativos	Descritor em inglês/MESH Termos alternativos	Descritor em espanhol Termos alternativos
Gestantes Grávidas/Mulher Grávida/Mulheres Grávidas Parturiente / Parturientes	Pregnant Women TerPregnant Woman Woman, Pregnant/ Women, Pregnant	Mujeres embarazadas Embarazadas Mujer Embarazada
Mulheres - Mulher	Women	Mujeres
Gravidez Gestação	Pregnancy Gestation/ Pregnancies	Embarazo Gestación
Saúde Materna	Maternal Health Health, Maternal	Salud Materna
Processo de Enfermagem	Nursing Process Process, Nursing/ Nursing Processes Processes, Nursing	Proceso de Enfermería Procesos de Enfermería
Diagnóstico de enfermagem Diagnósticos de Enfermagem	Nursing Diagnosis Diagnoses, Nursing/ Diagnosis, Nursing Nursing Diagnoses	Diagnóstico de Enfermería Diagnósticos de Enfermería
Cuidados de Enfermagem Assistência de Enfermagem Cuidado de Enfermagem Gestão da Assistência de Enfermagem Sistematização da Assistência de Enfermagem	Nursing Care Care, Nursing Management, Nursing Care Nursing Care Management	Atención de Enfermería Cuidado de Enfermería Cuidados de Enfermería
Enfermagem Obstétrica	Obstetric Nursing Nursing, Obstetric/Nursings, Obstetric Obstetric Nursings/Nursing, Obstetrical Nursings, Obstetrical/Obstetrical Nursings Obstetrical Nursing	Enfermería Obstétrica
Enfermagem Trabalho de parto	Nursing Labor, Obstetric Obstetric Labor	Enfermería Trabajo de Parto
Parto Nascimento Parição/Parturição	Parturition Birth/Births Childbirth/Childbirths Parturition	Parto Alumbramiento/Nacimiento Nacimiento de Niño Pariación/Parturición
Parto Normal Parto Natural	Natural Childbirth Childbirth, Natural	Parto Normal Parto Natural

Fonte: desenvolvido pelo autor.

Após este processo, compôs a pesquisa o processo de combinação dos descritores com operadores booleanos como forma a alcançar melhores resultados de busca com diferentes tentativas e seleção de uma que responda a questão da busca através do modelo ECUS – Estratégia de Busca de Alta Sensibilidade (ARAÚJO; 2020).

4.3.1.3 Definição das bases de dados

A definição das bases de dados deu-se através da necessidade de investigar a produção em saúde sobre o tema de pesquisa de uma forma global, como também procurou-se ampliar o âmbito da pesquisa, minimizando possíveis vieses nessa etapa do processo de elaboração da

revisão integrativa com uma busca ampla e específica sobre o tema (URSI, 2005; AZEVEDO, 2011; VASCONCELOS *et al*; 2011).

Realizou-se a busca nos portais CAPES, como aluno da UFC e, na literatura cinzenta através da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e Open Thesis, com buscas avançadas. A Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) foi estabelecida em 1998, sendo uma Rede de Redes construída coletivamente e coordenada pela BIREME, é o espaço de integração de fontes de informação em saúde na América Latina e Caribe, aplicando a interface integrada de busca IAHx com recursos de filtros, exportação de resultados, busca avançada e interoperação com o DECS (BVS, 2021). O Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) é uma biblioteca virtual que reúne e disponibiliza, a instituições de ensino e pesquisa no Brasil, o melhor da produção científica mundial, com acervo de mais de 45 mil títulos com texto completo, 130 bases referenciais, 12 bases dedicadas exclusivamente a patentes, além de livros, enciclopédias e obras de referência, normas técnicas, estatísticas e conteúdo audiovisual, sendo assim um dos maiores acervos mundiais, com a maior abrangência do planeta (CAPES, 2019).

Como cada base de dados se destina a um público-alvo, possui uma cobertura de tipos de documentos e uma cobertura temática, selecionamos as bases abaixo de acordo com a descrição de Galvão e Ricarte (2020) e em outras pesquisas semelhantes, como forma a atender a questão e objetivos da pesquisa. Dessa forma foram selecionadas as seguintes bases de dados: BDNF (Base de dados de enfermagem), CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), SCOPUS (Scopus Info Site), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), Scielo (Scientific Electronic Library Online) e, como literatura cinzenta, a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e Open Access Theses and Dissertations (OATD).

Quadro 3 - Busca nas bases de dados.

Portal	BASES/Bibliotecas Digitais							
	BDNF	LILACS	MEDLINE	CINAHL	SCOPUS	SCIELO	BDTD	OATD
BVS	X	X				X	X	X
CAPES			X	X	X			

Fonte: desenvolvido pelo autor

A Base de dados em Enfermagem (BDENF), nacional e internacional, é uma base de dados temática que faz parte do Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, criada em 1986 com o objetivo de coletar, selecionar e armazenar a literatura em enfermagem, efetuando o controle bibliográfico da produção científica, possibilitando pesquisas on-line, reunindo literatura internacional atual e retrospectiva da área para colaborar no processo de construção da sistematização, disseminação do conhecimento técnico-científico da enfermagem e, portanto, subsidiar o processo de formação, práticas e pesquisa em enfermagem, cooperando como a base de dados LILACS (Portal da Rede BVS, 2021).

A base de dados Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) foi escolhida por ser um importante e abrangente índice da literatura científica e técnica da literatura científica da América Latina e do Caribe, constituindo atualmente o principal índice e repositório da produção científica e técnica em saúde nestes países, coordenada em âmbito regional pela BIREME/OPAS/OMS, complementa índices internacionais como MEDLINE e a Web of Science. Tem como principais objetivos controle bibliográfico e disseminação da literatura científico-técnica latino-americana e do Caribe na Área da Saúde ausente das bases de dados internacionais, nela são descritos e indexados teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos, artigos de revistas, dentre outros relacionados à área da saúde (Portal da Rede BVS, 2021).

A base de dados Medical Literature Analyses and Retrieval System Online (MEDLINE) foi selecionada por ser a principal base da literatura médica e de saúde produzida pela U.S. National Library of Medicine (NLM), com acesso gratuito através da PubMed®, compreendendo mais de 33 milhões de citações de literatura biomédica, periódicos de ciências biológicas e livros online, indexando mais de 5000 revistas publicadas nos Estados Unidos e em mais 80 países (Portal da Rede BVS, 2021).

A Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) é a base internacional da EBSCO que indexa periódicos científicos sobre enfermagem e áreas correlatas de saúde, fornecendo o texto completo de todos os periódicos indexados, recuperando artigos, livros, capítulos de livros e dissertações, sendo de fundamental importância para a busca nesta revisão integrativa por ser uma base internacional que recupera dados de enfermagem (EBSCOhost, 2021).

A Scopus foi incluída na busca por ser é um banco de dados internacional de resumos, livros, periódicos, citações e também incorporam pesquisas em bancos de dados de patentes da Elsevier's, com publicações em 40 idiomas, com publicações relacionadas à ciência de

saúde, físicas, sociais e da vida, com mais de 82 milhões de registros, atualizados diariamente, revisados por pares, revisados para qualidade suficientemente alta anualmente, de acordo com quatro tipos de medida de qualidade numérica para cada título; esses são h -Index , CiteScore, SJR (SCImago Journal Rank) e SNIP (Source Normalized Impact per Paper) (ELSEVIER, 2021).

No que se refere a base de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) foi selecionada para esta revisão integrativa por tratar-se de uma biblioteca digital de livre acesso e modelo cooperativo de publicação digital de periódicos científicos brasileiros, resultado de um projeto de pesquisa da Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo (FAPESP), em parceria com a Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sumarizando publicações de mais de catorze países (SCIELO, 2021).

4.3.1.4 Descrição da seleção

O rastreamento de duplicação e seleção das publicações que respondem a pergunta de pesquisa foi realizado por meio do software Rayyan – Intelligent Systematic Review, onde todos as publicações resultantes das buscas nas bases de dados foram exportadas e analisadas através do duplo cego e, pelo pesquisador e enfermeiro colaborador, através da leitura dos títulos e resumos e, as divergências analisadas pelo terceiro avaliador, enfermeiro com doutorado e professor universitário. As teses e dissertações encontradas foram analisadas fora do aplicativo RAYYAN, pelo formato incompatível.

4.3.1.5 Definição da estratégia de busca

A organização da estratégia de busca deu-se através do modelo ECUS, conforme quadro abaixo, em cinco etapas: 1- Extração (termos mais importantes contidos nos objetivos/problema da pesquisa); 2- Conversão (adequação dos termos extraídos utilizando um vocabulário controlado); 3- Combinação (combinação dos descritores com termos em linguagem natural, sinônimos, variantes de semântica, grafia etc); 4- Construção (Montagem da string de busca utilizando operadores booleanos); 5- Uso (escolha, testes e uso em uma base de dados) (ARAÚJO, 2020).

Quadro 4 - Estratégia ECUS na recuperação da informação baseada na PICO: Quais os **diagnósticos de enfermagem** prevalentes na assistência à **mulher em situação de parto normal**? (*Extração e Conversão*).

Objetivo/ Problema	Quais as evidências na literatura sobre os diagnósticos de enfermagem prevalentes da assistência de enfermagem à mulher em situação de parto normal?		
	P	I	Co
1 EXTRAÇÃO	Mulher no parto normal	Diagnósticos de enfermagem	Assistência ao parto
2 CONVERSÃO (Descritores)	Bloco 1	Bloco 2	Bloco 3
	Gestantes Pregnant Women Mujeres embarazadas	Processo de enfermagem Nursing Process Proceso de Enfermería	Parto Normal Natural Childbirth Parto Normal
	Gravidez Pregnancy Embarazo	Diagnóstico de Enfermagem Nursing Diagnosis Diagnóstico de Enfermería	Parto Parturition Parto
	Mulheres Women Mujeres	Cuidados de enfermagem Nursing Care Atención de Enfermería	Trabalho de parto Labor, Obstetric Trabajo de Parto
	Saúde Materna Maternal Health Salud Materna	Enfermagem Nursing Enfermería	
	Enfermagem obstétrica Obstetric Nursing Enfermería Obstétrica		

Fonte: Elaborado pelo autor

Através desta primeira etapa da estratégia ECUS, pode-se realizar a extração das palavras mais importantes correspondentes a cada parte da estratégia de elaboração da pergunta da revisão integrativa de acordo com Araújo (2020), esta etapa compõe a extração dos termos mais importantes que compõem os objetivos e problemas da pesquisa, sendo descritas como P- mulher no parto normal, I- Diagnósticos de enfermagem, Co – Assistência ao parto. Em sequência, realizou-se a conversão, que é descrita pelo autor como a extração/adequação dos termos extraídos, utilizando um vocabulário controlado, onde se relacionou cada etapa da estratégia PICO, com os descritores selecionados para a revisão integrativa, conforme quadro 4.

Quadro 5 - Estratégia ECUS na recuperação da informação baseada na PICO: Quais os **diagnósticos de enfermagem** prevalentes da assistência à **mulher em situação de parto normal?** (Combinação).

Objetivo/ Problema	Quais as evidências na literatura sobre os diagnósticos de enfermagem prevalentes da assistência de enfermagem à mulher em situação de parto normal?		
	P	I	Co
3 COMBINAÇÃO (Descritores e termos alternativos)	<p align="center">Bloco 1</p> <p align="center">Gestantes (Grávidas, Mulher Grávida, Mulheres Grávidas, Parturiente, Parturientes)</p> <p align="center">Gravidez (Gestação) Mulheres (Mulher) Saúde Materna</p> <p align="center">Pregnant Women (Pregnant Woman; Woman, Pregnant; Women, Pregnant)</p> <p align="center">Women Pregnancy (Gestation, Pregnancies)</p> <p align="center">Maternal Health (Health, Maternal)</p> <p align="center">Mujeres embarazadas (Embarazadas, Mujer Embarazada)</p> <p align="center">Mujeres Embarazo (Gestación)</p> <p align="center">Salud Materna</p>	<p align="center">Bloco 2</p> <p align="center">Diagnóstico de Enfermagem (Diagnósticos de Enfermagem)</p> <p align="center">Cuidados de Enfermagem (Assistência de Enfermagem, Cuidado de Enfermagem, Gestão da Assistência de Enfermagem, Sistematização da Assistência de Enfermagem)</p> <p align="center">Processo de Enfermagem Enfermagem Enfermagem Obstétrica</p> <p align="center">Nursing Diagnosis (Diagnoses, Nursing; Diagnosis, Nursing Nursing Diagnoses)</p> <p align="center">Nursing Care (Care, Nursing Management, Nursing Care, Nursing Care Management)</p> <p align="center">Nursing Process (Process, Nursing; Nursing Processes; Processes, Nursing)</p> <p align="center">Nursing, Obstetric Nursing (Nursing, Obstetric; Nursings, Obstetric; Obstetric Nursings; Nursing, Obstetrical; Nursings, Obstetrical; Obstetrical Nursings; Obstetrical Nursing.)</p> <p align="center">Proceso de Enfermería (Procesos de Enfermería)</p> <p align="center">Diagnóstico de Enfermería (Diagnósticos de Enfermería)</p> <p align="center">Atención de Enfermería (Cuidado de Enfermería; Cuidados de Enfermería)</p> <p align="center">Enfermería Obstétrica Enfermería</p>	<p align="center">Bloco 3</p> <p align="center">Trabalho de parto Parto (Nascimento, Partição, Parturição, Parto Normal)</p> <p align="center">Parto Normal (Parto Natural)</p> <p align="center">Labor, Obstetric (Obstetric Labor)</p> <p align="center">Parturition (Birth, Births, Childbirth, Childbirths, Parturition)</p> <p align="center">Natural Childbirth (Childbirth, Natural)</p> <p align="center">Trabajo de Parto Parto Alumbriamiento/Nacimiento Nacimiento de Niño Partición/Parturición Parto Natural</p>

Fonte: Elaborado pelo autor

Em seguida, desenvolveu-se a combinação dos descritores com os termos em linguagem natural, sinônimos, variantes semânticas e de grafia, conforme descrito por Araújo (2020), seguindo os blocos temáticos e informações obtidas nas etapas anteriores, como descrito no Quadro 5.

Quadro 6 - Estratégia ECUS na recuperação da informação baseada na PICO – Quais os diagnósticos de enfermagem prevalentes da assistência à mulher em situação de parto normal? (Construção).

Objetivo/ Problema	Quais as evidências na literatura sobre os diagnósticos de enfermagem prevalentes da assistência de enfermagem à mulher em situação de parto normal?		
	P	I	Co
4 CONSTRUÇÃO	<p align="center">Bloco 1</p> <p>Gestantes OR Grávidas OR “Mulher Grávida” OR “Mulheres Grávidas” OR Parturiente OR Parturientes OR Gravidez OR Gestação OR Mulheres OR Mulher OR “Saúde Materna”</p> <p>“Pregnant Women” OR “Pregnant Woman” OR “Woman, Pregnant” OR “Women, Pregnant” OR Women OR Pregnancy OR Gestation OR Pregnancies OR “Maternal Health” OR “Health, Maternal”</p> <p>“Mujeres embarazadas” OR Embarazadas OR “Mujer Embarazada” OR Mujeres OR Embarazo OR Gestación OR Salud Materna</p>	<p align="center">Bloco 2</p> <p>“Diagnóstico de Enfermagem” OR “Diagnósticos de Enfermagem” OR “Cuidados de Enfermagem” OR “Assistência de Enfermagem” OR “Cuidado de Enfermagem” OR “Gestão da Assistência de Enfermagem” OR “Sistematização da Assistência de Enfermagem” OR “Processo de Enfermagem” OR Enfermagem OR “Enfermagem Obstétrica”</p> <p>“Nursing Diagnosis” OR “Diagnoses, Nursing” OR “Diagnosis, Nursing” OR “Nursing Diagnoses” “Nursing Care” OR “Care, Nursing” OR “Management, Nursing Care” OR “Nursing Care Management” OR “Nursing Process” OR “Process, Nursing” OR “Nursing Processes” OR “Processes, Nursing” OR Nursing “Obstetric Nursing” OR “Nursing, Obstetric” OR “Nursings, Obstetric” OR “Obstetric Nursings” OR “Nursing, Obstetrical” OR “Nursings, Obstetrical” OR “Obstetrical Nursings” OR “Obstetrical Nursing”</p> <p>“Proceso de Enfermería” OR “Procesos de Enfermería” OR “Diagnóstico de Enfermería” OR “Diagnósticos de Enfermería” OR “Atención de Enfermería” OR “Cuidado de Enfermería” OR “Cuidados de Enfermería” OR “Enfermería Obstétrica” OR Enfermería</p>	<p align="center">Bloco 3</p> <p>“Trabalho de parto” OR Parto OR Nascimento OR Partição OR Parturição OR “Parto Normal” OR “Parto Natural”</p> <p>“Labor, Obstetric” OR “Obstetric Labor” OR Parturition OR Birth OR Births OR Childbirth OR Childbirths OR Parturition OR “Natural Childbirth” OR “Childbirth, Natural”</p> <p>“Trabajo de Parto” OR Parto OR Alumbramiento OR Nacimiento OR “Nacimiento de Niño” OR Partición OR Parturición OR “Parto Normal” OR “Parto Natural”</p>

Fonte: Elaborado pelo autor

A construção envolve a montagem da string de busca utilizando operadores de busca e caracteres curinga de acordo com Araújo (2020), o que foi desenvolvido em três blocos no quadro 6. Por fim, planejou-se o uso, com escolha, testes e uso em uma base de dados, como descrito no quadro 7.

Quadro 7 - Estratégia ECUS na recuperação da informação baseada na PICO – Quais os **diagnósticos de enfermagem** prevalentes da assistência à **mulher em situação de parto normal?** (USO).

5 USO	ESTRATÉGIA DE BUSCA
	<p>(Gestantes OR Grávidas OR “Mulher Grávida” OR “Mulheres Grávidas” OR Parturiente OR Parturientes OR Gravidez OR Gestação OR Mulheres OR Mulher OR “Saúde Materna”) AND (“Diagnóstico de Enfermagem” OR “Diagnósticos de Enfermagem” OR “Cuidados de Enfermagem” OR “Assistência de Enfermagem” OR “Cuidado de Enfermagem” OR “Gestão da Assistência de Enfermagem” OR “Sistematização da Assistência de Enfermagem” OR “Processo de Enfermagem” OR Enfermagem OR “Enfermagem Obstétrica”) AND (“Trabalho de parto” OR Parto OR Nascimento OR Partição OR Parturição OR “Parto Normal” OR “Parto Normal” OR “Parto Natural”)</p> <p>(“Pregnant Women” OR “Pregnant Woman” OR “Woman, Pregnant” OR “Women, Pregnant” OR Women OR Pregnancy OR Gestation OR Pregnancies OR “Maternal Health” OR “Health, Maternal” AND “Nursing Diagnosis” OR “Diagnoses, Nursing” OR “Diagnosis, Nursing” OR “Nursing Diagnoses” OR “Nursing Care” OR “Care, Nursing” OR “Management, Nursing Care” OR “Nursing Care Management” OR “Nursing Process” OR “Process, Nursing” OR “Nursing Processes” OR “Processes, Nursing” OR Nursing OR “Obstetric Nursing” OR “Nursing, Obstetric” OR “Nursings, Obstetric” OR “Obstetric Nursings” OR “Nursing, Obstetrical” OR “Nursings, Obstetrical” OR “Obstetrical Nursings” OR “Obstetrical Nursing” AND “Labor, Obstetric” OR “Obstetric Labor” OR Parturition OR Birth OR Births OR Childbirth OR Childbirths OR Parturition OR “Natural Childbirth” OR “Childbirth, Natural”)</p> <p>(“Mujeres embarazadas” OR Embarazadas OR “Mujer Embarazada” OR Mujeres OR Embarazo OR Gestación OR Salud Materna) AND (“Proceso de Enfermería” OR “Procesos de Enfermería” OR “Diagnóstico de Enfermería” OR “Diagnósticos de Enfermería” OR “Atención de Enfermería” OR “Cuidado de Enfermería” OR “Cuidados de Enfermería” OR “Enfermería Obstétrica” OR Enfermería) AND (“Trabajo de Parto” OR Parto OR Alumbramiento OR Nacimiento OR “Nacimiento de Niño” OR Partición OR Parturición OR “Parto Normal” OR “Parto Natural”)</p>

Fonte: Elaborado pelo autor

4.3.1.6 Estratégia de busca de estudos nas bases de dados

As estratégias de busca foram adaptadas a cada base de dados em virtude das características específicas de cada uma, assim como de seu acesso, tendo em vista a melhor aquisição de dados, tendo como eixo norteador a pergunta e os critérios de inclusão e exclusão, de modo a manter coerência na busca dos artigos e evitar vieses de pesquisa.

Quadro 8 - Processo de busca na BVS, MEDLINE e SCIELO.

BASES	ESTRATÉGIA DE BUSCA (DECS + OPERADOR BOLEANO)
BDENF, LILACS (BVS) MEDLINE SCIELO	((tw:(gestantes)) OR (tw:(pregnant women)) OR (tw:(Mujeres Embarazadas))) OR (tw:(mulher grávida")) OR (tw:(“mulheres grávidas”)) OR (tw:(gravidez)) OR (tw:(parturiente)) OR (tw:(parturientes)) AND ((tw:(Diagnóstico de Enfermagem)) OR (tw:(Nursing Diagnosis)) OR (tw:(Diagnóstico de enfermária)) OR (tw:(PROCESSO DE ENFERMAGEM)) OR (tw:(nursing process))) AND (tw:(Parturition)) OR (tw:(Parto)) OR (tw:(Trabalho de Parto)) OR (tw:(Labor, obstetric)) OR (tw:(Trabajo de parto)) OR (tw:(Salas de parto)) OR (tw:(Delivery Rooms)) OR (tw:(Salas de Parto)) OR (tw:(Parto Normal)) OR (tw:(Natural Childbirth)) OR (tw:(Parto Normal)))

Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 9 - Processo de busca na BDTD, OATD, SCOPUS, CINAHL, SCIELO.

BASES	ESTRATÉGIA DE BUSCA (DECS + OPERADOR BOLEANO)
BDTD	((gestantes OR grávidas OR “mulher grávida” OR “mulheres grávidas” OR gravidez OR parturiente OR parturientes) AND ("Diagnóstico de Enfermagem" OR "Diagnósticos de Enfermagem") AND (“parto normal” OR parto OR “trabalho de parto”))
OATD	(“Pregnant Women” OR “Pregnant Woman” OR “Woman, Pregnant” OR “Women, Pregnant” OR Women OR Pregnancy OR Gestation OR Pregnancies OR “Maternal Health” OR “Health, Maternal” AND “Nursing Diagnosis” OR “Diagnoses, Nursing” OR “Diagnosis, Nursing” OR “Nursing Diagnoses” OR “Nursing Care” OR “Care, Nursing” OR “Management, Nursing Care” OR “Nursing Care Management” OR “Nursing Process” OR “Process, Nursing” OR “Nursing Processes” OR “Processes, Nursing” OR Nursing OR “Obstetric Nursing” OR “Nursing, Obstetric” OR “Nursings, Obstetric” OR “Obstetric Nursings” OR “Nursing, Obstetrical” OR “Nursings, Obstetrical” OR “Obstetrical Nursings” OR “Obstetrical Nursing” AND “Labor, Obstetric” OR “Obstetric Labor” OR Parturition OR Birth OR Births OR Childbirth OR Childbirths OR Parturition OR “Natural Childbirth” OR “Childbirth, Natural”)
CINAHL SCOPUS (CAPES)	[(“Pregnant Women” OR “Pregnant Woman” OR “Woman, Pregnant” OR “Women, Pregnant” OR Women OR Pregnancy OR Gestation OR Pregnancies OR “Maternal Health” OR “Health, Maternal”] AND [“Nursing Diagnosis” OR “Diagnoses, Nursing” OR “Diagnosis, Nursing” OR “Nursing Diagnoses” OR “Nursing Care” OR “Care, Nursing” OR “Management, Nursing Care” OR “Nursing Care Management” OR “Nursing Process” OR “Process, Nursing” OR “Nursing Processes” OR “Processes, Nursing” OR Nursing OR “Obstetric Nursing” OR “Nursing, Obstetric” OR “Nursings, Obstetric” OR “Obstetric Nursings” OR “Nursing, Obstetrical” OR “Nursings, Obstetrical” OR “Obstetrical Nursings” OR “Obstetrical Nursing”] AND [“Labor, Obstetric” OR “Obstetric Labor” OR Parturition OR Birth OR Births OR Childbirth OR Childbirths OR Parturition OR “Natural Childbirth” OR “Childbirth, Natural”]
SCIELO	(Gestantes) OR (Grávidas) OR (Mulher Grávida) OR (Mulheres Grávidas) OR (Parturiente) OR (Parturientes) OR (Gravidez) OR (Gestação) OR (Mulheres) OR (Mulher) OR (Saúde Materna) AND (Diagnóstico de Enfermagem) OR (Diagnósticos de Enfermagem) OR (Cuidados de Enfermagem) OR (Assistência de Enfermagem) OR (Cuidado de Enfermagem) OR (Gestão da Assistência de Enfermagem) OR (Sistematização da Assistência de Enfermagem) OR (Processo de Enfermagem) OR (Enfermagem) OR (Enfermagem Obstétrica) AND (Trabalho de parto) OR (Parto) OR (Nascimento) OR (Parturição) OR (Parto Normal) OR (Parto Normal) OR (Parto Natural)

Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 10 - Processo de busca na MEDLINE.

MEDLINE	ESTRATÉGIA DE BUSCA (DECS + OPERADOR BOLEANO)
	<p>(((((“Pregnant Women”[Title] OR “Pregnant Woman”[Title] OR “Woman, Pregnant”[Title] OR “Women, Pregnant”[Title] OR Women[Title] OR Pregnancy[Title] OR Gestation[Title] OR Pregnancies[Title] OR “Maternal Health”[Title] OR “Health, Maternal”[Title] AND “Nursing Diagnosis”[Title] OR “Diagnoses, Nursing”[Title] OR “Diagnosis, Nursing”[Title] OR “Nursing Diagnoses”[Title] OR “Nursing Care”[Title] OR “Care, Nursing”[Title] OR “Management, Nursing Care”[Title] OR “Nursing Care Management”[Title] OR “Nursing Process”[Title] OR “Process, Nursing”[Title] OR “Nursing Processes”[Title] OR “Processes, Nursing”[Title] OR Nursing[Title] OR “Obstetric Nursing”[Title] OR “Nursing, Obstetric”[Title] OR “Nursings, Obstetric”[Title] OR “Obstetric Nursings”[Title] OR “Nursing, Obstetrical”[Title] OR “Nursings, Obstetrical”[Title] OR “Obstetrical Nursings”[Title] OR “Obstetrical Nursing”[Title] AND “Labor, Obstetric”[Title] OR “Obstetric Labor”[Title] OR Parturition[Title] OR Birth[Title] OR Births[Title] OR Childbirth[Title] OR Childbirths[Title] OR Parturition[Title] OR “Natural Childbirth”[Title] OR “Childbirth, Natural”[Title])))) OR (((“Pregnant Women”[Abstract] OR “Pregnant Woman”[Abstract] OR “Woman, Pregnant”[Abstract] OR “Women, Pregnant”[Abstract] OR Women[Abstract] OR Pregnancy[Abstract] OR Gestation[Abstract] OR Pregnancies[Abstract] OR “Maternal Health”[Abstract] OR “Health, Maternal”[Abstract] AND “Nursing Diagnosis”[Abstract] OR “Diagnoses, Nursing”[Abstract] OR “Diagnosis, Nursing”[Abstract] OR “Nursing Diagnoses”[Abstract] OR “Nursing Care”[Abstract] OR “Care, Nursing”[Abstract] OR “Management, Nursing Care”[Abstract] OR “Nursing Care Management”[Abstract] OR “Nursing Process”[Abstract] OR “Process, Nursing”[Abstract] OR “Nursing Processes”[Abstract] OR “Processes, Nursing”[Abstract] OR Nursing[Abstract] OR “Obstetric Nursing”[Abstract] OR “Nursing, Obstetric”[Abstract] OR “Nursings, Obstetric”[Abstract] OR “Obstetric Nursings”[Abstract] OR “Nursing, Obstetrical”[Abstract] OR “Nursings, Obstetrical”[Abstract] OR “Obstetrical Nursings”[Abstract] OR “Obstetrical Nursing”[Abstract] AND “Labor, Obstetric”[Abstract] OR “Obstetric Labor”[Abstract] OR Parturition[Abstract] OR Birth[Abstract] OR Births[Abstract] OR Childbirth[Abstract] OR Childbirths[Abstract] OR Parturition[Abstract] OR “Natural Childbirth”[Abstract] OR “Childbirth, Natural”[Abstract])) AND (((“Pregnant Women”[MeSH Terms] OR “Pregnant Woman”[MeSH Terms] OR “Woman, Pregnant”[MeSH Terms] OR “Women, Pregnant”[MeSH Terms] OR Women[MeSH Terms] OR Pregnancy[MeSH Terms] OR Gestation[MeSH Terms] OR Pregnancies[MeSH Terms] OR “Maternal Health”[MeSH Terms] OR “Health, Maternal”[MeSH Terms] AND “Nursing Diagnosis”[MeSH Terms] OR “Diagnoses, Nursing”[MeSH Terms] OR “Diagnosis, Nursing”[MeSH Terms] OR “Nursing Diagnoses”[MeSH Terms] OR “Nursing Care”[MeSH Terms] OR “Care, Nursing”[MeSH Terms] OR “Management, Nursing Care”[MeSH Terms] OR “Nursing Care Management”[MeSH Terms] OR “Nursing Process”[MeSH Terms] OR “Process, Nursing”[MeSH Terms] OR “Nursing Processes”[MeSH Terms] OR “Processes, Nursing”[MeSH Terms] OR Nursing[MeSH Terms] OR “Obstetric Nursing”[MeSH Terms] OR “Nursing, Obstetric”[MeSH Terms] OR “Nursings, Obstetric”[MeSH Terms] OR “Obstetric Nursings”[MeSH Terms] OR “Nursing, Obstetrical”[MeSH Terms] OR “Nursings, Obstetrical”[MeSH Terms] OR “Obstetrical Nursings”[MeSH Terms] OR “Obstetrical Nursing”[MeSH Terms] AND “Labor, Obstetric”[MeSH Terms] OR “Obstetric Labor”[MeSH Terms] OR Parturition[MeSH Terms] OR Birth[MeSH Terms] OR Births[MeSH Terms] OR Childbirth[MeSH Terms] OR Childbirths[MeSH Terms] OR Parturition[MeSH Terms] OR “Natural Childbirth”[MeSH Terms] OR “Childbirth, Natural”[MeSH Terms]))[MeSH Terms])</p>

Fonte: elaborado pelo autor

4.3.2 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram artigos originais, dissertações e teses de estudos primários, indexados em bases de dados, cuja temática responda à pergunta norteadora abordando o tema SAE à mulher no trabalho de parto e parto ou Diagnósticos de Enfermagem voltados à mulher no trabalho de parto e parto, sem restrição de idiomas, sem recorte temporal, disponíveis eletronicamente na íntegra ou resumo disponível nas bases de dados consultadas, visando abranger a maior quantidade de estudos disponíveis.

Foram excluídos artigos duplicados, que não tenham descrição da metodologia, editoriais, notas, artigos reflexivos e de opinião, cartas ao editor, boletins, resumos, manuais, livros, capítulos de livros e, os que não respondam à questão da pesquisa, ou que não de relacionem com o período do parto normal, tais como publicações voltadas à gestação e puerpério. Publicações duplicatas foram contabilizadas apenas uma vez.

4.3.3 Identificação dos estudos selecionados

A busca ocorreu entre setembro e dezembro de 2021, pela pesquisadora, nas bases de dados mencionadas. As publicações das bases de dados foram salvas em pasta e exportados para ao software Rayyan.

Seguiu-se com a análise aos pares dos títulos, com a opção de cegamento, como o recomendado por teóricos do método como Stetler *et al.* (1999). Obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão, sendo selecionados estudos primários, com a leitura exaustiva aos pares dos títulos e, exclusão de artigos que após a leitura do título não atendam a pergunta da pesquisa.

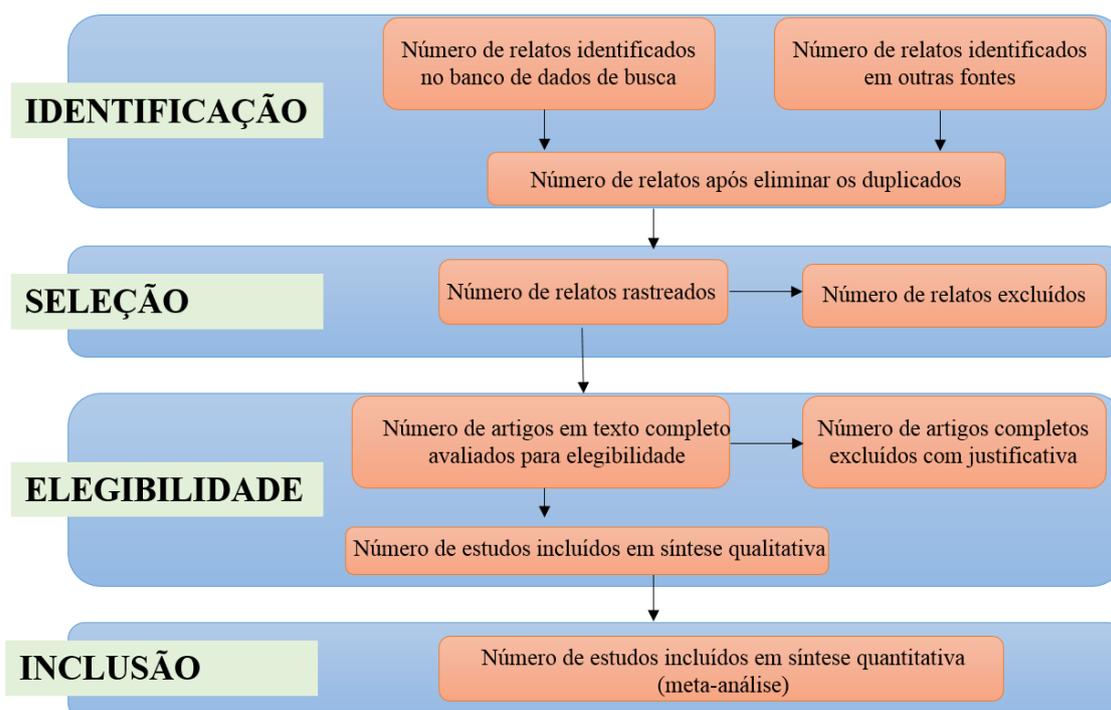
Em seguida, prosseguiu-se com a leitura entre dois autores, de forma independente, dos resumos dos artigos selecionados após leitura aos pares dos títulos, para assegurar que os textos contemplam a pergunta norteadora da revisão e atendam aos critérios de inclusão e exclusão. Nesta etapa, os artigos que após leitura aos pares dos resumos, não atenderam a pergunta da pesquisa foram excluídos.

Em caso de dúvida a respeito da seleção, optou-se por incluir, inicialmente, a publicação e, decidir sobre sua seleção somente após a leitura de seu conteúdo na íntegra. Após leitura na íntegra aos pares, os artigos foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e que atenderam a pergunta da pesquisa.

As publicações que foram divergentes entre os pares, passaram pela avaliação de um terceiro avaliador para decisão sobre inclusão ou exclusão. As teses e dissertações foram analisadas da mesma forma, com a leitura aos pares, cegamente, dos títulos, resumos e texto completo, fora do aplicativo RAYYAN, por incompatibilidade no formato, sendo os incluídos compartilhados entre os pesquisadores através de planilha com título e, em caso de divergência, o terceiro avaliador decidiu a inclusão ou exclusão.

Os estudos selecionados foram organizados através de um fluxograma de quatro etapas: identificação, seleção, elegibilidade e inclusão de acordo com a Figura 9, com o objetivo de apoiar os pesquisadores no relato de revisões sistemáticas e meta-análises podendo também ser utilizados para outros tipos de revisões sistemáticas (PRISMA, 2015).

Figura 9 – Fluxo da informação com as diferentes fases de uma revisão, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2024.



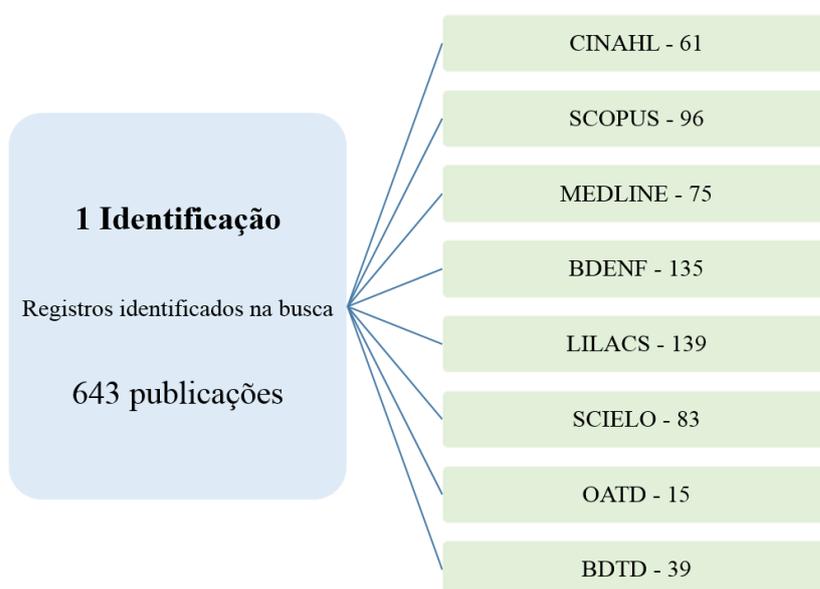
Fonte: PRISMA, 2015.

No processo de busca bibliográfica, identificou-se primariamente nas devidas bases e bibliotecas virtuais 643 publicações, conforme distribuição no fluxograma abaixo. O resultado das buscas nas bases de dados foi exportado para o aplicativo web Rayyan Systems Inc., possibilitando a organização de referências identificadas em diferentes bases de dados eletrônicas, identificação das publicações duplicadas e, em seguida deu-se o processo de seleção dos estudos, já que esta ferramenta permite a mineração dos artigos, por revisores

independentes com opção de cegamento entre eles (RAYYAN, 2021). Os dissensos entre os dois pesquisadores foi decidido pelo terceiro revisor. Foram incluídos para o estudo ao final destas etapas 16 publicações. As dissertações e teses identificadas foram organizadas pela pesquisadora em uma planilha no Excel e compartilhada com o segundo pesquisador para avaliação dos títulos, através da técnica duplo cego e, os dissensos, avaliado pelo terceiro avaliador.

Para extração, utilizou-se um formulário desenvolvido pelos autores a partir do formulário validado por Ursi (2005), conforme Apêndice A, onde foram extraídos: autor(es), local, título, ano de publicação, objetivo, delineamento, população/amostra, nomenclatura de enfermagem utilizada, periódico em que o estudo foi publicado, descritores, resultados, base de dados. Cumpre assinalar que não foi realizada a avaliação crítica de fontes de evidência individuais dos artigos recuperados, pois esse tipo de revisão não requer tal avaliação (PETERS *et al.*, 2020).

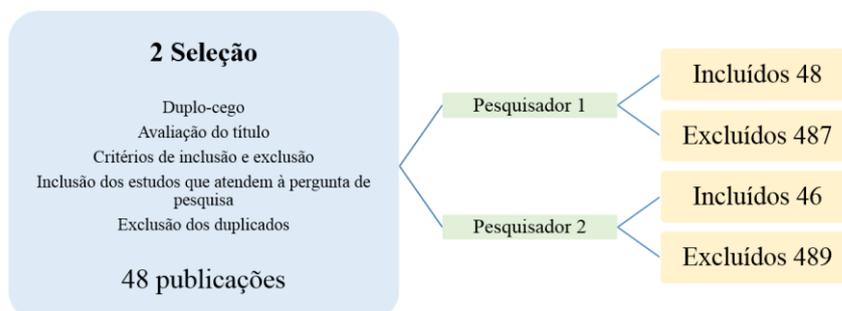
Figura 10 - Fluxograma do processo de identificação das publicações na revisão integrativa, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2024.



Fonte: desenvolvido pelo autor.

Após esta etapa de identificação, seguiu-se com a aplicação do primeiro filtro, com a leitura aos pares dos títulos das publicações e eliminação das publicações duplicadas, que não atendem os critérios de inclusão, aplicação dos critérios de exclusão das publicações identificadas nas bases de dados e bibliotecas digitais. Desta primeira etapa foram identificadas 643 publicações.

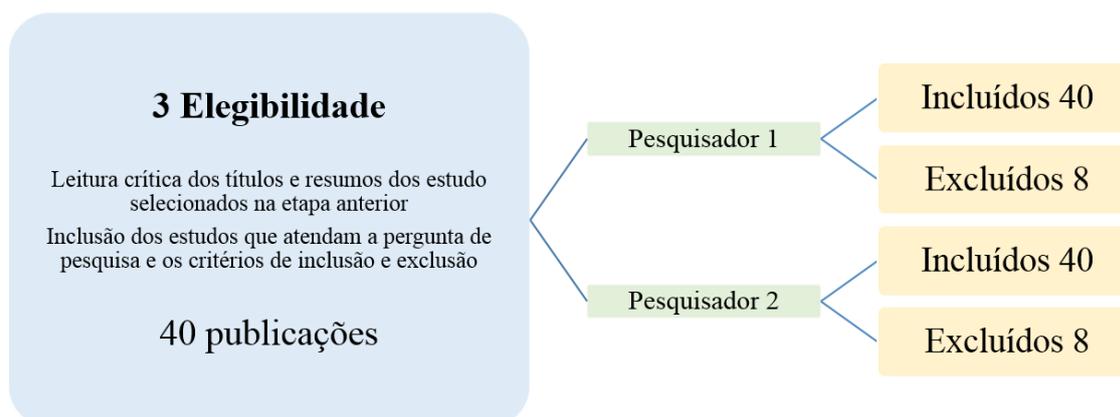
Figura 11 - Fluxograma do processo de seleção das publicações na revisão integrativa, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2024.



Fonte: elaborado pelo autor.

Após a primeira etapa, realizou-se a identificação de 643 publicações, seguindo-se com a segunda etapa: seleção, quando 487 foram excluídos, 379 por não responderem a pergunta da pesquisa e 108 artigos duplicados, finalizando com 48 artigos incluídos após esta etapa. Quanto às teses e dissertações, nesta primeira etapa, na OATD, o total de publicações totalizaram 15, um estudo foi incluído e 14 foram excluídos, por não atenderem a questão de pesquisa. Na BDTD, o resultado inicial foram 39 publicações, foram selecionados pelo título, 4 publicações.

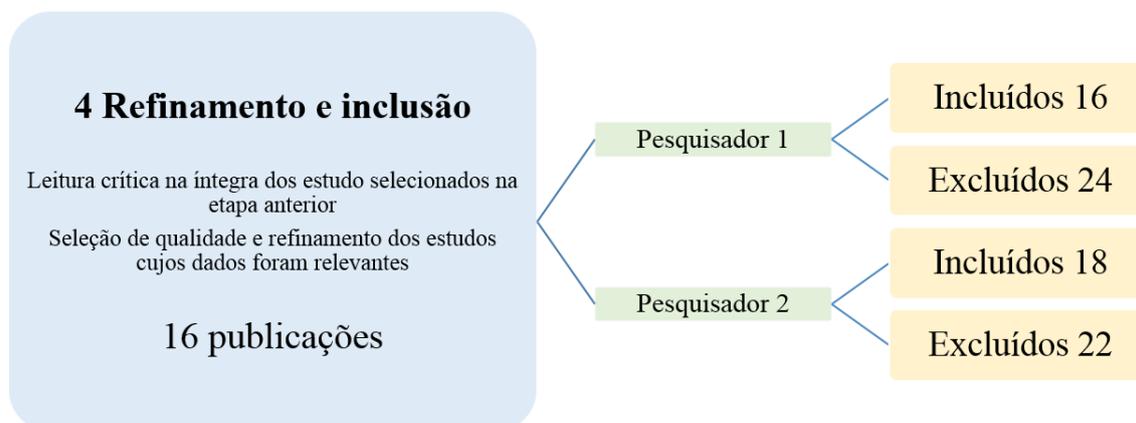
Figura 12 - Fluxograma do processo de elegibilidade das publicações na revisão integrativa.



Fonte: elaborado pelo autor.

Nesta terceira etapa, foram excluídos pelos dois pesquisadores, através da leitura crítica dos títulos e resumos das publicações selecionados na etapa anterior, oito estudos, onde foram classificados como elegíveis para esta revisão integrativa, 40 publicações.

Figura 13 - Fluxograma do processo de refinamento e inclusão das publicações na revisão integrativa.



Fonte: elaborado pelo autor.

Após esta etapa de refinamento e inclusão das publicações através de uma leitura crítica na íntegra, seleção de qualidade e refinamento dos estudos cujos dados foram relevantes, foram incluídos pelo pesquisador 1, 16 publicações e pelo pesquisador 2, 18 estudos. Para finalizar este dissenso, o pesquisador 3 resolveu o dissenso e, excluiu duas publicações, uma por estar voltada ao puerpério e, outra por estar destinada à sistematização da assistência à mulher na cesariana, os quais não atendem à pergunta desta revisão, tendo sido incluídos assim, 16 estudos ao final da revisão integrativa.

4.3.4 Categorização dos estudos selecionados

Nesta etapa realizou-se análise minuciosa dos estudos incluídos nesta revisão integrativa, de modo a produzir um agrupamento inicial dos estudos quanto ao delineamento de pesquisa, bem como a formação de categorias temáticas, o que auxiliou a realização das demais etapas do estudo.

Com o objetivo de extrair informações dos estudos selecionados e organizá-los sucintamente, a extração dos dados dos artigos foi efetuada com o uso do instrumento elaborado baseado no constructo de Ursi (2005) com avaliação aparente e de conteúdo por três juízes especialistas, conforme Apêndice A. O instrumento de URSI (2005) é composto por cinco itens, com questões abertas e fechadas, adaptadas para este estudo: 1- Dados de identificação do artigo (título do artigo, título do periódico, autores, país, idioma e ano de publicação); 2 - Instituição sede do estudo; 3 - Tipo de revista científica; 4 - Características

metodológicas do estudo (tipo de publicação; objetivo ou questão de investigação; amostra; critérios de inclusão e exclusão na amostra; tratamento dos dados; resultados evidenciados, com ênfase na avaliação dos diagnósticos encontrados; análise; implicações; e conclusões); 5 - Avaliação do rigor metodológico (clareza na descrição da trajetória metodológica empregada, identificação de limitações ou vieses). Para cada estudo, foi preenchido um instrumento individual, sendo numerado com o mesmo número de identificação do estudo.

Após essa avaliação inicial, os artigos selecionados foram enumerados, de modo que esta numeração acompanhou o estudo durante todo o processo de revisão, visando facilitar sua identificação, nomeados pela letra E, e o número em seguida, de acordo com a ordem da revisão integrativa no RAYYAN e planilha do Excel com as dissertações e teses.

Posteriormente, já com as publicações organizadas e dados extraídos, os diagnósticos de enfermagem encontrados foram organizados através do preenchimento de um quadro, conforme dados coletados pelo APÊNDICE A. Dessa forma, os diagnósticos encontrados foram organizados por necessidade humana básica, nomenclatura, versão, eixo, código, período ao qual se relaciona, estudo fonte.

Seguida a esta catalogação, os diagnósticos foram compilados em outro quadro por Necessidades Humanas Básicas, nomenclatura, código, foco, domínio, classe, última revisão, nível de evidência, definição, características definidoras, fatores relacionados e estudos fonte.

Visando a padronização do instrumento, o pesquisador realizou a unificação dos diagnósticos através do foco em uma única nomenclatura, através do mapeamento cruzado, tendo em vista que após o resultado da análise dos diagnósticos elencados, apenas duas nomenclaturas de enfermagem foram relatadas nos estudos, a saber, NANDA e CIPE®, sendo que, em 14 estudos a nomenclatura utilizada foi NANDA e em dois estudos, CIPE®.

4.3.5 Categorização dos resultados

Posteriormente a categorização dos estudos, realizada a partir da matriz síntese, categorização e análise das informações e análise crítica dos estudos selecionados, os mesmos foram apresentados em forma de gráficos, tabelas e quadros tendo em vista melhor exposição dos resultados encontrados na revisão integrativa desenvolvida, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão, buscando realizar uma síntese, exposição e comparação dos dados coletados. Os modos de visualização expressos em tabelas, gráficos e quadros, visam possibilitar a visualização e comparação entre todos os

estudos selecionados e a identificação de padrões, diferenças e a sublocação desses tópicos como parte da discussão geral de acordo com referencial teórico de Hermont *et al* (2021).

Dessa forma, a apresentação dos resultados da revisão foi realizada com uma compilação dos dados em planilha única compilada, utilizando técnicas de extração e codificação de dados de fontes primárias para simplificar, abstrair, focar e organizar os dados em uma estrutura gerenciável. Na análise dos dados encontrados foram observados e descritos os elementos observando padrões comuns e incomuns, temas, frequência, detalhes, observando relações entre variabilidade, criando uma cadeia lógica de evidências.

As publicações selecionadas basearam o pesquisador na busca pelos Diagnósticos de Enfermagem (DE) prevalentes na assistência ao parto. A síntese dos artigos que compuseram a amostra da presente revisão foi apresentada na Tabela 1, contemplando os seguintes aspectos: título da pesquisa, local e ano de publicação, autor(es), periódico de publicação do estudo, nomenclatura utilizada, descritores, objetivo, resultados, tipo de pesquisa, detalhamento metodológico, detalhamento amostral, diagnósticos, recomendações/conclusões.

Após esta organização dos estudos selecionados, a autora realizou a extração dos diagnósticos de enfermagem.

Quadro 11 - Resultados da revisão integrativa

NHB	Diagnóstico NANDA/CIPE	Foco Domínio Classe	Estudos	Características definidoras	Fatores relacionados/ Condições associadas
------------	-----------------------------------	------------------------------------	----------------	------------------------------------	---

1 · 1 O x i g e n a ç ã o	<p><u>Padrão respiratório ineficaz</u> 00032 – NANDA</p> <p>Dispneia (10029433 – CIPE) Hiperventilação (10047221- CIPE)</p>	<p>Padrão respiratório</p> <p>Dom. 4 Classe 4</p>	<p>E1 E4 E10 E13</p>	<p>- Dispneia - Hiperventilação em resposta à dor; - Taquipneia; - Respiração inconsciente.</p>	<p>- Ansiedade/apreensão; - Dor; - Fadiga - Contrações uterinas; - Pressão do útero sobre a veia cava em decúbito dorsal reduzindo o retorno venoso - Doenças cardiorrespiratórias pré-existentes; - Aumento da ventilação em resposta às contrações uterinas; - Excesso de volume de líquidos</p>
1 · 2 H i d r a t a ç ã o	<p><u>Risco de volume de líquidos desequilibrado</u> 00025 – NANDA</p> <p>Risco de desidratação 10041895 – CIPE</p>	<p>Volume de líquidos equilibrado</p> <p>Dom.2 Classe 5</p>	<p>E1 E8 E9 E10 E12</p>	<p>- Sede, lábios ressecados; - Membranas mucosas ressecadas; - Perda de volume de fluido ativo; - Fraqueza; - Aumento da temperatura corporal; - Aumento da frequência cardíaca; - Diminuição da pressão arterial; - Aumento da concentração urinária.</p>	<p>- Barreira de acesso à líquidos; - Privação na ingestão de líquidos; - Ingestão insuficiente de líquidos; - Náuseas, vômitos; - Líquidos extravasculares, redução retorno venoso; - Alterações fisiológicas que afetam a absorção de líquidos na gestação.</p>
1 · 3 E l i m i n a ç ã o e t r o c a	<p><u>Náusea</u> 00134 - NANDA 10000859 -CIPE</p>	<p>Náusea</p> <p>Dom.12 Classe 1</p>	<p>E1 E4 E8 E10</p>	<p>- Aversão a alimentos; - Ânsia de vômito.</p>	<p>- Ansiedade; - Medo; - Trabalho de parto; - Estímulos ambientais e visuais.</p>
1 · 4 S o n o e r e p o u s o	<p><u>Distúrbio no padrão do sono</u> 00198 – NANDA</p> <p>Sono prejudicado 10027226 – CIPE</p>	<p>Padrão do sono</p> <p>Dom. 4 Classe 1</p>	<p>E1 E3 E4 E10</p>	<p>- Despertar não intencional; - Dificuldade para manter o sono; - Insatisfação com o sono; - Não se sentir descansado.</p>	<p>- Desconforto decorrente do mal posicionamento em virtude da dor no trabalho de parto; - Ansiedade; - Falta de adaptação ao ambiente; - Ambiência (luminosidade, poluição sonora); - Privacidade insuficiente; - Dor no trabalho de parto.</p>

1 · 5 A t i v i d a d e f i s i c a , m e c â n i c a c o r p o r a l, m o t i l i d a d e e l o c o m o ç ã o	<p><u>Mobilidade Física Prejudicada</u></p> <p>00085 – NANDA</p> <p>Mobilidade prejudicada 10001219 – CIPE</p> <p>Capaz de mobilizar-se 10028461 - CIPE</p>	<p>Mobilidade</p> <p>Dom.4 Classe 2</p>	<p>E1</p> <p>E3</p> <p>E4</p> <p>E9</p> <p>E10</p> <p>E14</p>	<p>- Dificuldades de deambulação;</p> <p>- Deambula com ajuda;</p> <p>- Instabilidade postural;</p> <p>- Movimentos descoordenados;</p> <p>- Restrição de movimentos.</p>	<p>- Ansiedade;</p> <p>- Apoio ambiental insuficiente;</p> <p>- Desconforto e dor;</p> <p>- Sonda vesical de demora;</p> <p>- Infusão intravenosa contínua de ocitocina.</p>
	<p><u>Fadiga</u></p> <p>00093 – NANDA</p> <p>10000695 - CIPE</p>	<p>Fadiga</p> <p>Dom. 4 Classe 3</p>	<p>E1</p> <p>E4</p> <p>E6</p> <p>E9</p> <p>E10</p> <p>E13</p>	<p>- Expressa falta de energia e cansaço, fraqueza;</p> <p>- Cansaço;</p> <p>- Ansiedade;</p> <p>- Sonolência.</p>	<p>- Ansiedade;</p> <p>- Contração uterina;</p> <p>- Tensão muscular causada pela dor;</p> <p>- Aumento do esforço físico;</p> <p>- Estressores;</p> <p>- Anemia;</p> <p>- Dor do trabalho de parto;</p> <p>- Adoção de posicionamento inadequado devido a dor;</p> <p>- Respiração não efetiva;</p> <p>- Sono e repouso prejudicado;</p> <p>- Ambiente desfavorável;</p> <p>- Condição fisiológica (gestação);</p>

1 · 6 S e x u a l i d a d e / R e p r o d u ç ã o	<p><u>Risco de binômio mãe/feto perturbado</u></p> <p>Risco de binômio mãe-feto prejudicado 00209 – NANDA</p> <p>Contrações uterinas nos limites normais 10043969 – CIPE</p>	<p>Binômio materno-fetal</p> <p>Dom.8 Classe 3</p>	<p>E2</p> <p>E6</p> <p>E10</p> <p>E11</p> <p>E13</p> <p>E14</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Alterações na frequência cardíaca fetal; - Alterações nas contrações uterinas; - Transferência de oxigênio ao feto comprometida; - Hipóxia fetal; - Taquicardia fetal; - Clampeamento oportuno do cordão; - Realização de contato pele a pele; - Monitoramento bem estar materno fetal; - Realização de cardiotocografia; - Posicionamento materno em decúbito lateral esquerdo; - Contrações uterinas interrompendo parcial ou completamente o fluxo sanguíneo placentário; - Atividade uterina excessiva; - Redução da pressão sanguínea materna; - Compressão do cordão umbilical pela oligodramnia e aumento das contrações. 	<ul style="list-style-type: none"> - Regime de tratamento - Multiparidade; - Cesáreas anteriores; - Abortamentos sucessivos; - Diagnóstico obstétrico; - Estimulação excessiva das contrações uterinas pelo uso de ocitocina, levando a hiperatividade uterina e hipóxia fetal; - Uso de meperidina; - Rotura das membranas ovulares; - Fenômeno compressivo aortocava na posição supina, intensificado pelas contrações uterinas, provocando menor fluxo sanguíneo e comprometimento fetal; <p>Fatores de risco: abuso de álcool, uso de drogas ilícitas, cuidado pré-natal ausente/inadequado, ganho de peso gestacional insatisfatório, tabagismo, violência, apoio do parceiro e/ou social ausente/insuficiente.</p> <p>Populações em risco: extremos de idade, pré-eclâmpsia em gestação anterior, gravidez indesejada, gestante com baixo nível educacional, gestante desfavorecida economicamente.</p> <p>Condições associadas: complicações gestacionais, alterações do metabolismo da glicose, regime de tratamento, transferência de oxigênio ao feto comprometida, condições maternas.</p>
	<p><u>Processo perinatólogico ineficaz</u></p> <p>00221 - NANDA</p>	<p>Processo de gravidez</p> <p>Dom.8 Classe 3</p>	<p>E8</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sem apoio social (acompanhante); - Comportamento de vínculo insuficiente; - Pré-natal ausente ou inadequado; - Estilo de vida inadequado para o estágio do trabalho de parto; - Respeito insuficiente pelo bebê ainda não nascido; - Preparo inadequado/ausente de itens para o recém- nascido; - Redução da proatividade durante o trabalho de parto e o nascimento; - Resposta inadequada ao início do trabalho de parto. 	<ul style="list-style-type: none"> -Abuso de substâncias; - Ambiente inseguro; - Conhecimento insuficiente sobre o processo perinatólogico; - Cuidado pré-natal insuficiente; - Disposição cognitiva insuficiente para a paternidade/maternidade; - Exemplo paterno/materno insuficiente; - Sistema de apoio insuficiente; - Sofrimento psicológico materno; - Violência doméstica.

1 · 7 C u i d a d o C o r p o r a l	<p><u>Déficit no autocuidado para banho</u></p> <p>00108 – NANDA</p> <p>Capacidade de tomar banho prejudicada</p> <p>10000956 - CIPE</p>	<p>Autocuidado no banho</p> <p>Dom.4</p> <p>Classe 5</p>	<p>E1</p> <p>E4</p>	<p>- Capacidade prejudicada de acessar o banheiro;</p> <p>- Capacidade prejudicada de lavar e secar o corpo;</p> <p>- Falta de higiene corporal.</p>	<p>- Ansiedade;</p> <p>- Mobilidade física prejudicada;</p> <p>- Dor;</p> <p>- Fraqueza.</p>
1 · 8 I n t e g r i d a d e f i s i c a e c u t â n e o m u c o s a	<p><u>Integridade da pele prejudicada</u></p> <p>00046 - NANDA</p> <p>10001290 – CIPE</p>	<p>Integridade da pele</p> <p>Dom. 11</p> <p>Classe 2</p>	<p>E4</p> <p>E6</p> <p>E8</p> <p>E10</p> <p>E12</p> <p>E13</p>	<p>- Superfície da pele danificada;</p> <p>- Laceração do períneo e/ou vagina;</p> <p>- Episiotomia;</p> <p>- Episiorrafia;</p> <p>- Cateter venoso periférico.</p>	<p>- Edema;</p> <p>- Cateter venoso;</p> <p>- Dispositivos médicos;</p> <p>- Laceração no canal do parto;</p> <p>- Episiotomia;</p> <p>- Episiorrafia.</p>
	<p><u>Risco de integridade da pele prejudicada</u></p> <p>00047 – NANDA</p> <p>10015237 – CIPE</p>	<p>Integridade da pele</p> <p>Dom. 11</p> <p>Classe 2</p>	<p>E1</p> <p>E6</p> <p>E9</p> <p>E13</p>	<p>- Turgor alterado;</p> <p>- Dor aguda;</p> <p>- Sangramento;</p> <p>- Secreções;</p> <p>- Dispositivos médicos;</p> <p>- Auxílio no desprendimento do polo cefálico.</p>	<p>- Desvios do IMC;</p> <p>- Edema;</p> <p>- Pele úmida e secreções;</p> <p>- Trabalho de parto;</p> <p>- Desprendimento do polo cefálico;</p> <p>- Uso de medicações (ocitocina);</p> <p>- Ruptura de membranas oculares;</p> <p>- Lesão ou cirurgia prévia;</p> <p>- Anemia;</p> <p>- Infecções.</p>
	<p><u>Risco de integridade tissular prejudicada</u></p> <p>00248 - NANDA</p>	<p>Integridade tissular</p> <p>Dom. 11</p> <p>Classe 2</p>	<p>E6</p> <p>E9</p> <p>E13</p>	<p>- Lesão tecidual;</p> <p>- Lesão do tecido vaginal e perineal;</p> <p>- Episiotomia;</p> <p>- Sutura;</p> <p>- Revisão do canal de parto.</p>	<p>- Fricção de superfície;</p> <p>- Perfusão tecidual diminuída;</p> <p>- Dispositivos médicos;</p> <p>- Procedimentos cirúrgicos,</p> <p>- Fator mecânico;</p> <p>- Umidade;</p> <p>- Parto instrumentado;</p> <p>- Passagem do feto pelo canal do parto.</p>
	<p><u>Integridade tissular prejudicada</u></p> <p>00044 - NANDA</p>	<p>Integridade tissular</p> <p>Dom. 11</p> <p>Classe 2</p>	<p>E13</p>	<p>- Integridade da pele prejudicada;</p> <p>- Sangramento;</p> <p>- Dor aguda;</p> <p>- Lesão tecidual da vagina e períneo;</p> <p>- Episiotomia;</p> <p>- Sutura;</p> <p>- Revisão do canal de parto.</p>	<p>- Revisão do canal de parto;</p> <p>- Auxílio no desprendimento do polo cefálico;</p> <p>- Parto instrumentado;</p> <p>- Passagem do feto pelo canal do parto.</p>

1 · 9 R E g u l a ç ã o T é r m i c a	<u>Risco de termorregulação ineficaz</u> 00274 – NANDA	Termorregulação Dom. 11 Classe 6	E8 E12 E13	- Hipotermia/hipertermia; - Desconforto respiratório; - Taquicardia/bradicardia; - Pele fria/quente; - Letargia/irritabilidade; - Piloereção; - Vasoconstrição periférica.	- Aumento da demanda de oxigênio; - Atividade rigorosa; - Desidratação; - Vestimentas inadequadas; - Infecção.
1 · 1 0 R e g u l a ç ã o V a s c u l a r	<u>Risco de sangramento</u> 00206 – NANDA Risco de hemorragia 10017268 – CIPE	Sangramento Dom.11 Classe 2	E1 E8 E9 E12 E13 E15	- Ausência de formação do globo de segurança de Pinard; - Taquisistolia uterina; - Dequitação placentária incompleta; - Parto vaginal operatório; - Trabalho de parto com distócias; - Lesões útero placentárias; - Lesões de trajeto; - Traumas perineais.	- Complicações na gravidez/parto; - Atonia uterina; - Retenção da placenta/restos placentários; - Anemia; - Coagulação intravascular disseminada; - Gestações múltiplas; - Polidrâmnio; - Parto vaginal operatório; - Trabalho de parto com distócias; - Lesões útero placentárias; - Lesões de trajeto; - Traumas; - Taquissistolia uterina.
	<u>Risco de choque</u> 00205 - NANDA	Choque Dom. 11 Classe 2	E12	- Sangramento; - Diminuição da pressão arterial; - Taquicardia; - Bradicardia; - Desconforto respiratório; - Letargia/agitação; - Hipotermia; - Preenchimento capilar diminuído.	- Sangramento; - Trauma no parto; - Procedimentos cirúrgicos.
	<u>Risco de trauma vascular</u> 00213 - NANDA	Trauma Dom. 11 Classe 2	E12	- Cateter venoso central; - Cateter venoso periférico.	- Local de inserção do cateter; - Tempo de inserção do cateter; - Infusão de substâncias irritantes; - Taxa de infusão rápida.
	<u>Risco de perfusão tissular periférica ineficaz</u> 00228 - NANDA	Perfusão tissular Dom. 4 Classe 4	E12	- Sangramento; - Diminuição da pressão arterial; - Taquicardia; - Bradicardia; - Desconforto respiratório; - Letargia/agitação; - Hipotermia/hipertermia; - Preenchimento capilar diminuído.	- Líquidos no espaço extravascular; - Redução do retorno venoso; - Aumento da carga; - Aumento do débito cardíaco e pressão arterial durante o parto relacionado ao trabalho de parto, ansiedade, esforço, dor, contrações uterinas, postura, hemorragias, complicações do parto.

1 · 1 1 R e g u l a ç ã o i m u n o l ó g i c a	<p><u>Risco de infecção</u></p> <p>00004 - NANDA</p> <p>10015133 - CIPE</p>	<p>Infecção</p> <p>Dom. 11</p> <p>Classe 1</p>	<p>E1</p> <p>E2</p> <p>E3</p> <p>E4</p> <p>E8</p> <p>E9</p> <p>E10</p> <p>E12</p> <p>E13</p>	<p>- Uso de dispositivos (cateter venoso, vesical);</p> <p>- Exames laboratoriais;</p> <p>- Higiene inadequada;</p> <p>- Líquido amniótico meconial, com odor;</p> <p>- Leucorreia;</p> <p>- Tempo prolongado de ruptura das membranas amnióticas;</p> <p>- Disúria, polaciúria;</p> <p>- Laceração vaginal, episiotomia.</p>	<p>- Integridade da pele prejudicada;</p> <p>- Ruptura anteparto das membranas amnióticas;</p> <p>- Ruptura prolongada de membrana amniótica;</p> <p>- Procedimentos invasivos (amniotomia, sutura);</p> <p>- Acesso venoso periférico;</p> <p>- Lesões prévias;</p> <p>- Doenças crônicas;</p> <p>- Hábitos: etilismo, tabagismo;</p> <p>- Condições de saúde preexistentes e atuais;</p> <p>- Esquema de vacina incompleto;</p> <p>- Elevado número de toques vaginas;</p> <p>- Tempo de trabalho de parto;</p> <p>- Vulvovaginites;</p> <p>- Infecção urinária;</p> <p>- Resultados laboratoriais;</p> <p>- Mecônio;</p> <p>- Processos infecciosos;</p> <p>- Higiene perineal deficiente;</p> <p>- Conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos.</p>
	<p><u>Risco de reação alérgica</u></p> <p>00217</p>	<p>Reação alérgica</p> <p>Dom.11</p> <p>Classe 5</p>	<p>E13</p>	<p>- Prurido;</p> <p>- Edema;</p> <p>- Rubor;</p> <p>- Desconforto respiratório.</p>	<p>- Exposição ambiental;</p> <p>- Exposição a medicamentos.</p>

1 . 1 2 p e r c e p ç ã o d o l o r o s a	<p><u>Dor aguda</u></p> <p>00132 – NANDA</p> <p>10000454 – CIPE</p> <p>Dor</p> <p>10023130 - CIPE</p>	<p>Dor</p> <p>Dom. 12</p> <p>Classe 1</p>	<p>E1</p> <p>E2</p> <p>E3</p> <p>E4</p> <p>E8</p> <p>E10</p> <p>E12</p> <p>E13</p> <p>E14</p> <p>E15</p> <p>E16</p>	<p>- Alterações no apetite e no padrão do sono;</p> <p>- Relata a intensidade usando escala de dor;</p> <p>- Comportamentos expressivos: choro, inquietação, medo, grito, agitação;</p> <p>- Comportamento protetor;</p> <p>- Desesperança;</p> <p>- Diaforese;</p> <p>- Expressões corporais e faciais de dor;</p> <p>- Dor em baixo ventre/lombar;</p> <p>- Foco em si próprio;</p> <p>- Posicionamento para aliviar a dor;</p> <p>- Incapacidade de relaxar;</p> <p>- Preocupação;</p> <p>- Sentimentos negativos;</p> <p>- Alteração no tônus da musculatura;</p> <p>- Respostas autônomas;</p> <p>- Alterações na pressão sanguínea/frequência cardíaca;</p> <p>- Respiração inconsciente;</p> <p>- Medida na dinâmica uterina;</p> <p>- Laceração, episiotomia, anestesia, episiorrafia.</p>	<p>- Contrações uterinas;</p> <p>- Intensidade das contrações uterinas;</p> <p>- Dilatação do colo uterino;</p> <p>- Contração e distensão das fibras uterinas;</p> <p>- Distensão do canal de parto;</p> <p>- Tração dos anexos e peritônio;</p> <p>- Pressão sobre uretra, bexiga, plexo lombo-sacro e outras estruturas pélvicas;</p> <p>- Lacerações nos tecidos vaginal e perineal;</p> <p>- Episiotomia;</p> <p>- Falta de acolhimento;</p> <p>- Falta de protagonismo;</p> <p>- Ausência do uso de métodos de alívio da dor;</p> <p>- Rotura das membranas;</p> <p>- Aspectos físicos e emocionais;</p> <p>- Fatores culturais, psicossociais e espirituais.</p>
---	--	---	---	--	---

	<p><u>Dor no trabalho parto</u> 00256 – NANDA</p> <p>Dor de período expulsivo presente Excluído CIPE</p> <p>Expulsão uterina eficaz 10020534 - CIPE</p>	<p>Dor no trabalho de parto</p> <p>Dom. 12 Classe 1</p>	<p>E6</p> <p>E7</p> <p>E9</p> <p>E12</p> <p>E13</p> <p>E14</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evidência observada de dor/ contração uterina; - Alteração do tônus muscular; - Relato verbal ou codificado; - Diaforese; - Comportamento expressivo; - Expressão facial de dor; - Gestos de defesa; - Comportamento de distração; - Posição antálgica; - Comportamento de distração; - Foco em si próprio; - Sensação de pressão no períneo; - Relata o ciclo sono-vigília alterado; - Dilatação da pupila; - Pressão arterial alterada, taquipneia, taquicardia; - Alteração na função neuroendócrina; - Apetite aumentado/reduzido; - Náuseas e vômitos; - Debilidade; - Palidez. 	<ul style="list-style-type: none"> - Posição supina; - Medo do parto; - Ansiedade; - Inadequado conhecimento sobre o parto; - Preparação inadequada para lidar com a dor do parto; - Percepção da dor do parto como negativo, ameaçador, antinatural; - Sala de parto barulhenta e/ou superlotada; - Duração prolongada do trabalho de parto; - Dilatação do colo uterino; - Contração e distensão das fibras uterinas; - Frequência, duração e intensidade das contrações uterinas; - Distensão do canal de parto e períneo; - Tração dos anexos e peritônio; - Pressão sobre uretra, bexiga, plexo lombo-sacro e outras estruturas pélvicas; - Falta de acolhimento; - Falta de protagonismo; - Falta do uso de métodos de alívio da dor; - Ruptura das membranas.
1 · 1 3 C o n f o r t o	<p><u>Conforto Prejudicado</u> 00214 – NANDA</p> <p>Desconforto 10023066 - CIPE</p>	<p>Conforto</p> <p>Dom.12 Classe 2</p>	<p>E3</p> <p>E9</p> <p>E10</p> <p>E13</p> <p>E14</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Alteração no padrão de sono - Choro/lamento/gemidos/suspiros; - Desconforto/descontentamento/inquietamento/sofrimento/irritabilidade; - Dor; - Incapacidade de relaxar; - Medo/ ansiedade; - Sensação de calor/frio; - Sede; - Higiene inadequada (pessoal ou do leito); - Percepção incômoda relacionada ao ambiente; - Relatos de incômodo com hidratação venosa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Controle inadequado sobre meio ambiente; - Recursos de saúde inadequados; - Controle situacional inadequado; - Privacidade insuficiente; - Dispositivos e procedimentos assistenciais; - Estímulo ambiental desagradável; - Restrição de movimentos/posicionamento; - Ambiente hospitalar hostil; - Ausência de métodos não farmacológicos de alívio da dor; - Dificuldade/impossibilidade de realizar higiene corporal/intima; - Sobreposição do saber científico dos profissionais sobre a autonomia e protagonismo femininos; - Contrações uterinas; - Contração e estiramento dos ligamentos pélvicos e dorsais que levam a dor.

		<u>Disposição para conforto melhorado</u> 00183 – NANDA	Conforto Dom. 12 Classe 1	E9	- Expressa desejo de aumentar a sensação de contentamento, aumentar o conforto, relaxamento e resolução das queixas.	- Dor no trabalho de parto; - Ambiência; - Modelo assistencial; - Ambiência; - Falta de protagonismo.
	1.14 Segurança Física	<u>Risco de queda em adultos</u> 00303 – NANDA Risco de queda 10015122 - CIPE	Queda Dom. 11 Classe 2	E1 E8 E9	- Movimentos descoordenados; - Agitação psicomotora; - Inapetência; - Náuseas/ vômitos; - Distúrbio no padrão do sono; - Hipotensão.	- Anemia; - Hipotensão ortostática; - Agitação/ansiedade; - Dor; - Hipoglicemia; - Ambiência.
		<u>Risco de contaminação</u> 00180 – NANDA	Contaminação Dom. 11 Classe 4	E6 E9 E13	- Contaminação fecal no momento do parto; - Assepsia inadequada no momento do parto; - Ausência/contaminação de material estéril.	- Laceração; - Episiotomia; - Falta/falha na assepsia no momento do parto; - Ausência/contaminação de material estéril.
2 · N e c e s s i d a d e s P s i c o	2 · 1 S e g u r a n ç a e m o c i o n a l	<u>Ansiedade</u> 00146 – NANDA 10000477 – CIPE Ansiedade - CIPE Agitação 10025705 - CIPE	Ansiedade Dom. 9 Classe 2	E1 E2 E3 E4 E8 E9 E10 E13 E14 E15 E16	- Choro; - Expressão de angústia, ansiedade, desamparo, tensão, medo, insegurança, fadiga, nervosismo, preocupação, desconforto; - Respostas autonômicas; - Boca seca, náusea; - Insônia; - Agitação psicomotora; - Extremidades frias; - Expressa sensação de desmaio/fraqueza muscular; - Tremores; - Alteração no padrão respiratório; - Aumento da pressão arterial; - Aumento da frequência cardíaca; - Aumento da sudorese; - Comportamentos defensivos.	- Dor; - Mudança nos papéis sociais; - Trabalho de parto; - Medo do que pode acontecer ao seu filho; - Crenças culturais; - Significados sobre o papel da mulher; - Autoconceito; - Experiência anterior desagradável; - Falta de conhecimento sobre o trabalho de parto e parto; - Crise situacional; - Modelo obstétrico medicalizado e intervencionista; - Cuidado desumanizado, fragmentado; - Ausência de acompanhante; - Ausência de métodos não farmacológicos de alívio da dor; - Direitos não respeitados.

s s o c i a i s	<p><u>Medo</u> 00148 – NANDA 10000703 – CIPE</p>	<p>Medo Dom. 9 Classe 2</p>	<p>E1 E6 E9 E10 E14 E16</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimento de ameaça/perigo/angústia - Dispneia - Aumento da pressão arterial; - Aumento da frequência cardíaca e respiratória; - Náusea/ vômito ; - Aumento da sudorese; - Comportamentos impulsivos/ defensivos/ negativo e infeliz; - Refere apreensão/medo/ preocupação relacionados à dor, ao parto, ficar sozinho ou morrer; - Foco direcionado para a fonte do medo; - Autoconfiança diminuída; - Expressa alarme, medo intenso, tensão, ansiedade, angústia, - Expressa nervosismo, agitação psicomotora, grito; voz trêmula; - Boca seca; - Fadiga; - Auto Segurança diminuída; - Recusa de ser examinada; - Pedido de ajuda; - Tensão muscular. 	<ul style="list-style-type: none"> - Parturição - Primiparidade - Separação do sistema de apoio; - Perda de controle e ao resultado imprevisível secundário a falta de conhecimento; - Dor; - Gestação, acompanhada de estado de alerta; - Ausência de familiaridade com o local; - Crenças culturais sobre o parto (evento significativo ou estressante); - Conceito sobre o papel da mulher e sua autoconcepção; - Resposta à ameaça e a situação desconhecida;
	<p><u>Controle emocional lábil</u> 00251 – NANDA</p>	<p>Controle emocional Dom. 5 Classe 4</p>	<p>E9 E13</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Choro; - Ansiedade/desespero; - Risadas excessivas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento inadequado sobre controle de sintomas; - Fadiga; - Perturbação emocional.
	<p><u>Sentimento de impotência</u> 00125 - NANDA</p>	<p>Poder Dom. 9 Classe 2</p>	<p>E5</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dependência na tomada de decisão; - Descrença no próprio corpo; - Sensação de perda do controle; - Passividade às intervenções; - Sentimento de insegurança (falta de confiança, sentir-se em risco ou desprotegido); - Sentimento de frustração; - Sentimento de fracasso, perda ou mau êxito na conclusão de um objetivo; - Angústia; - Desesperança; - Medo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Violência obstétrica; - Cultura da medicalização; - Conhecimento insuficiente sobre o desempenho do papel; - Comunicação deficiente; - Ansiedade; - Experiências pregressas negativas; - Pré-natal inadequado; - Ambiente institucional disfuncional; - Dor; - Medo. <u>Populações em risco</u> - Primiparidade; - Vulnerabilidade social; - Indução do parto; - Distócia; - Depressão; - Gestação de alto risco.

2 · 2 A m o r, a c e i t a ç ã o , a u t o r e a l i z a ç ã o	<u>Parentalidade prejudicada</u> 00056 – NANDA	Parentalidade Dom. 7 Classe 1	E12	- Comportamento hostil/impulsivo; - Comunicação negativa; - Rejeição da criança	- Papel parental alterado; - Sintomas depressivos; - Processos familiares disfuncionais; - Conflito conjugal.
	<u>Risco de paternidade ou maternidade prejudicada</u> 00057 – NANDA <i>Risco de parentalidade prejudicada</i> 10015198 – CIPE	Parentalidade Dom. 7 Classe 1	E1 E10	- Angústia; - Sofrimento; - Insatisfação; - Desânimo; - Desapontamento; - Tristeza.	- Falta de planejamento associados à gravidez não desejada; - Imaturidade psíquica, emocional e social para assumir novas responsabilidades; - Falta de apoio familiar; - Pais solteiros; - Conflito conjugal; - Pais emocionalmente perturbados; - Vítimas de violência; - Adolescentes, - Alcoólatras, viciados em drogas; - Deficientes agudos; - Crianças deficientes, de sexo ou características indesejadas.
	<u>Risco de vínculo prejudicado</u> Cód. 00058 Risco de ligação afetiva pais-criança prejudicado Cód. 10027203 – CIPE	Vínculo Dom.7 Classe 2	E1 E4	- Angústia; - Sofrimento; - Insatisfação; - Desânimo; - Desapontamento; - Tristeza.	- Falta de planejamento associados à gravidez não desejada; - Imaturidade psíquica, emocional e social para assumir novas responsabilidades; - Falta de apoio familiar; - Desconhecimento da maternidade/paternidade; - Separação entre pais e filhos; - Ansiedade; - Uso indevido de substâncias.
2 · 3 L i b e r d a d e e p a r t i c i p a ç ã o	<u>Enfrentamento ineficaz</u> 00069 – NANDA Dificuldade de enfrentamento Cód. 10001120 – CIPE Controle da dor inadequado 10039910 - CIPE	Enfrentamento Dom. 9 Classe 2	E1 E9 E10 E13 E14	- Resposta afetiva alterada; - Padrão de comunicação alterado; - Capacidade prejudicada em lidar com a situação; - Ansiedade, estresse, medo, fadiga; - Dor; - Alteração no padrão do sono; - Incapacidade de atender às expectativas do papel; - Relutância na aceitação da terapêutica; - Hesitante em tentar novas situações; - Refere não ter energia/força; - Incapaz de lidar com os acontecimentos; - Constrangimento durante o exame ginecológico; - Comportamento destrutivo em relação a si mesmo/outros.	- Confiança inadequada na capacidade de lidar com uma situação; - Separação do acompanhante; - Concepção sociocultural sobre o parto; - Tempo de trabalho de parto; - Aspectos psicossociais; - Assistência prestada; - Experiência do processo de parturição; - Crise situacional; - Falta de conhecimento sobre trabalho de parto e parto; - Falta de acesso aos métodos não farmacológicos de alívio da dor; - Oportunidade inadequada para preparar-se para estressores.

	<u>Disposição para enfrentamento melhorado</u> 00158 - NANDA	Enfrentamento Dom. 9 Classe 2	E9	- Expressa desejo de melhorar o controle dos estressores; - Expressa desejo de aumentar o uso de estratégias orientadas a problemas/ recursos espirituais.	- Processo de parturição.
	<u>Manutenção ineficaz da saúde</u> 00292 - NANDA	Controle da saúde Dom.1 Classe 2	E10	- Não realização das consultas de pré-natal; - Não segue orientações do período gestacional; - Não participação em grupos de orientação; - Não busca informações sobre a saúde; - Não participa do cuidado durante o trabalho de parto; - Comportamentos de tabagismo, drogas, álcool, obesidade.	- Sintomas depressivos; - Dificuldade na tomada de decisão; - Estratégias de enfrentamento ineficazes; - Enfrentamento familiar ineficaz; - Baixa autoeficácia; - Angústia espiritual.
2 · 4 C o m u n i c a ç ã o	<u>Comunicação verbal prejudicada</u> 00051 – NANDA 10025104 - CIPE	Comunicação verbal Dom. 5 Classe 5	E1 E4 E10	Verbalização inadequada.	- Labilidade emocional; - Dor no trabalho de parto; - Repercussões psicofísicas e sociais do trabalho de parto e parto.
2 · 5 E d u c a ç ã o p a r a a s s a ú d e / a p r e n d i z a g e m	<u>Conhecimento deficiente</u> 00126 – NANDA	Conhecimento Dom.5 Classe 4	E3 E8 E9 E10 E13	- Verbalização do problema de falta de acesso à informações sobre TP/Parto no pré-natal; - Comportamento inapropriado/ insuficiente; - Seguimento de instruções inadequado; - Falta de conhecimento sobre exames, tecnologias e procedimentos no parto e seus possíveis resultados; - Participação/ confiança inadequada nos cuidados; - Baixa autoeficácia; - Compreensão comprometida.	- Informações sobre TP/Parto insuficiente/inadequadas no pré-natal afetando o protagonismo e a capacidade de decisão; - Desinformação; - Acesso inadequado aos recursos; - Consciência inadequada.
	<u>Disposição para o conhecimento melhorado</u>	Conhecimento	E9	- Expressa desejo de aprender/ melhorar a aprendizagem.	

2 · 6 A u t o e s t i m a , a u t o c o n f i a n ç a , a u t o r r e s p e i t o , a t e n ç ã o e a u t o i m a g e m	<p><u>Baixa autoestima situacional</u></p> <p>Cód. 10000844 – CIPE</p>	<p>Autoestima</p> <p>Dom. 6</p> <p>Classe 2</p>	<p>E1</p> <p>E10</p>	<p>– Verbalizações auto negativas;</p> <p>– Subestima a capacidade de lidar com a situação.</p>	<p>- Fadiga;</p> <p>- Impotência;</p> <p>- Modificações corporais;</p> <p>- Labilidade emocional;</p> <p>- Falta de reconhecimento do companheiro;</p> <p>- Distúrbio da imagem.</p>
--	---	---	----------------------	---	--

3 N e c e s s i d a d e s P s i c o e s p i r i t u a i s	3 · 1 R e l i g i o s i d a d e / E s p i r i t u a l i d a d e	<u>Sofrimento</u> <u>espiritual</u> 00066 – NANDA Angústia espiritual Cód. 10001652 - CIPE	Sofrimento espiritual Dom. 10 Classe 3	E1	- Choro; - Expressa sentir-se abandonado por poder maior; - Expressa coragem insuficiente, perda de confiança, perda de controle, perda de esperança, perda de serenidade, sofrimento; - Fadiga; - Medo; - Questiona a própria dignidade.	- Ansiedade; - Baixa autoestima; - Dor; - Regime de tratamento; - Crise espiritual; - Existência ou inexistência de um apoio social e religioso.
---	--	--	---	----	--	--

4.3.6 Análise e interpretação dos resultados

A análise resultou na ocorrência de 48 diagnósticos de enfermagem relacionados voltados à SAE à mulher no trabalho de parto e parto, distribuídos de acordo com as NHB. Nesta descrição percebe-se a predominância dos diagnósticos voltados às necessidades humanas básicas psicobiológicas, contabilizando 33 diagnósticos (68,75%), seguida dos diagnósticos relacionados às necessidades psicossociais, com catorze diagnósticos (29,16%) e, por último, os diagnósticos voltados às necessidades psicoespirituais, apenas uma citação 2,08% do total. Entendendo que o organismo da mulher sofre alterações orgânicas desencadeadas pelo ciclo gravídico puerperal e, além disso perpassa pela parturição e puerpério, pode-se compreender o valor destes diagnósticos para a assistência de enfermagem nesta etapa.

4.4 SEGUNDA ETAPA – AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS UTILIZANDO A TÉCNICA *DELPHI*

A avaliação é realizada por especialistas a fim de verificar a presença dos atributos de fundamentais: evidências do conteúdo, relevância, representatividade e qualidade técnica, sendo primordial na construção de instrumentos confiáveis na Enfermagem, subsidiando o conhecimento, garantindo uma prática mais segura (MEDEIROS *et al*, 2015).

Na avaliação por especialistas, os mesmos avaliam cada um dos itens, sistematicamente, sendo necessários cinco ou mais especialistas, sendo que um aumento neste número aumenta a robustez das classificações, onde suas avaliações serão quantificadas usando escalonamento formalizado e procedimentos estatísticos para chegar a um consenso em problemas complexos (BOATENG *et al*, 2018). Baseados nestas afirmativas, adotou-se o índice de confiabilidade (IC) para avaliação de conteúdo como método para obtenção de consenso entre os especialistas na avaliação dos diagnósticos de enfermagem na tecnologia desenvolvida.

A avaliação dos diagnósticos de enfermagem do instrumento por juízes especialistas foi realizada utilizando a técnica *Delphi*, com consulta aos especialistas sobre a proposta do instrumento, para atingir o consenso. Para cada diagnóstico de enfermagem apresentado no formulário foi inserida uma escala Likert contendo as seguintes alternativas: 1) Sem importância; (2) Pouca importância; (3) Importante; (4) Muito importante; (5) Extremamente importante. Além disso, foi inserido um espaço para registrar itens necessários, porém ausentes; itens desnecessários; comentários e/ou sugestões, a fim de fornecer informações para aprimoramento da versão final e garantir a compreensão de cada item.

Como técnica de avaliação nesta pesquisa, utilizou-se a técnica *Delphi* do tipo *On line*, pois ocorreu via internet e previamente estabelecida à ocorrência de no máximo três rodadas e uma reunião de consenso caso haja necessidade, se ainda houver dissensos. A coleta de dados foi elaborada um formulário eletrônico composto por duas partes, desenvolvido pela pesquisadora, por meio do aplicativo *Google Forms*®, sendo a primeira voltada para a caracterização dos especialistas e a segunda, a avaliação de conteúdo dos diagnósticos de enfermagem encontrados na revisão integrativa de literatura, referente à assistência à mulher no parto com escala de Likert. O formulário foi enviado aos experts via e-mail, de acordo com a Carta convite enviada aos juízes especialistas (APÊNDICE B). Neste momento, foi solicitado a aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – APÊNDICE

D, enviado *link* com o Quadro resumo da revisão integrativa (APÊNDICE C) e *link* com o Formulário eletrônico (APÊNDICE E) .

A técnica *Delphi* fornece oportunidade de estudar variáveis que consideradas sensíveis ou difíceis de medir, sendo a mais apropriada para validação de instrumentos sendo eficaz com grandes ou pequenos grupos, onde o consenso alcançado é preciso com 70% ou mais, com possibilidade de acomodar modificações rápidas com base no *feedback* dos participantes, sendo estes especialistas sobre questões sensíveis e problemas complexos, possibilitando a troca de ideias com base em *feedback* iterativo, criação de uma matriz para comunicação interativa, colaboração respeitosa levando ao consenso do grupo (STAYKOVA, 2019).

4.4.1 Seleção dos especialistas

Em estudo descritivo desenvolvido por Melo *et al* (2011) visando buscar critérios utilizados para seleção de especialistas nas pesquisas sobre avaliação de diagnósticos, intervenções ou resultados de enfermagem, concluiu-se que o pesquisador deve direcionar seus critérios aos objetivos do estudo, considerar as limitações da temática, respeitar os requisitos necessários a um especialista, usar critérios claros, justificando as razões para utilização de cada um. Essa etapa é considerada crucial, pois se relaciona diretamente com a qualidade dos resultados gerados.

A seleção dos especialistas para a participação nesta pesquisa deu-se por amostra intencional, não probabilística, sendo a seleção realizada por meio de busca na Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), utilizando as palavras chave: enfermagem obstétrica, parto, nascimento, sistematização de assistência de enfermagem, avaliação e, com o objetivo de obter-se um corpus de avaliadores especialistas em enfermagem obstétrica, com comprovada experiência clínica.

A busca de currículos no banco de dados do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), com base nos seguintes critérios:

- Busca simples por assunto;
- Descrição do assunto: sistematização da assistência de enfermagem ao parto e nascimento;
- Formação acadêmica: mestres, doutores e pós-doutores;

- Nacionalidade: brasileira;
- Atuação profissional: Ciências de Saúde, Enfermagem, Enfermagem em Saúde da Mulher;
- Currículos atualizados nos últimos 12 meses;
- Com informações sobre formação acadêmica/titulação, atuação profissional, áreas de atuação e artigos publicados.

De acordo com Polit e Beck (2019) a amostragem intencional envolve usar o conhecimento dos pesquisadores sobre a população para escolher os membros da amostra, onde os pesquisadores podem decidir intencionalmente sobre a seleção de pessoas consideradas conhecedoras das questões estudadas, o pesquisador escolhe os participantes com base no seu conhecimento prévio sobre a população.

Os especialistas foram selecionados através de busca na Plataforma Lattes (CNPq), através da busca simples, obedecendo critérios de inclusão: quanto ao assunto utilizou-se as palavras-chave: sistematização de assistência de enfermagem, parto, nascimento, avaliação; nacionalidade brasileira; nível de formação: mestres, doutores e pós-doutores; atuação profissional, sendo selecionados as opções: grande área (Ciências da Saúde), área (Enfermagem), subárea (Saúde da Mulher); Atividade Profissional. Quanto às preferências foram selecionados currículos atualizados nos últimos 12 meses, com informações pessoais de formação acadêmica/titulação, atuação profissional, todas (ensino, pesquisa e prática assistencial); tempo de atualização dos dados, no último ano.

Foram incluídos os profissionais resultantes da busca na plataforma, após leitura e análise do resumo do currículo pelo pesquisador, atentando-se para a inclusão de enfermeiros obstetras, mestres, doutores ou pós-doutores atuantes no ensino, pesquisa ou assistência ao parto e nascimento. Como critério de inclusão também pode-se descrever os especialistas selecionados na etapa anterior, nos quais os *e-mails* foram localizados em publicações dos autores descritas no currículo, já que o endereço de *e-mail* não é fornecido na plataforma Lattes. Por fim, foram incluídos os especialistas que aceitaram participar da pesquisa através do preenchimento do TCLE *On line* (APÊNDICE D) e, que responderam ao questionário no prazo estabelecido de 25 dias para coleta. Para assegurar a representatividade dos dados, os participantes foram selecionados entre todos os estados brasileiros.

Foram excluídos os especialistas que não tiveram os e-mails localizados, não responderam a pesquisa dentro do prazo estabelecido e, os que não aceitarem participar da pesquisa através do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Figura 14 – Filtros relativos à área de atuação dos especialistas no CNPq.

Filtros relativos à área de atuação ✕

Este filtro permite restringir a busca a currículos que possuam uma área ou grande área específica informada no módulo de áreas do conhecimento.

Grande área:
Ciências da Saúde ▼

Área:
Enfermagem ▼

Subárea:
Enfermagem em Saúde da Mulher ▼

Especialidade:
Todas ▼

Aplicar Limpar

Fonte: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), 2022.

Figura 15 - Busca simples currículos especialistas na Plataforma Lattes (CNPq).

Buscar por:
 Seleção o modo de busca Nome Assunto(Título ou palavra chave da produção)

sistematização de assistência de enfermagem ao parto e nascimento

Nas bases
 Doutores Demais pesquisadores (Mestres, Graduados, Estudantes, Técnicos, etc.)

Nacionalidade:
 Brasileira Estrangeira

País de nacionalidade:
 Todos ▼

Tipo de filtro
 Filtros Preferências

Tempo de Atualização dos Dados
 Somente Currículos atualizados nos últimos
 12 meses

Número de resultados:
 Mostrar
 100 resultados por página ▼

Desmarcar todos

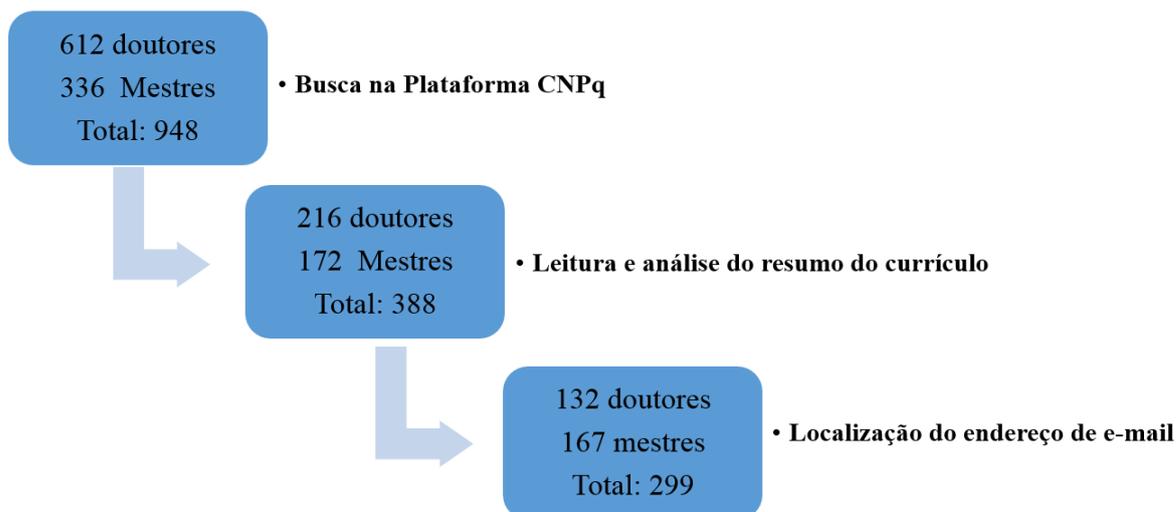
Informações Pessoais
 Endereço
 Formação Acadêmica/Titulação
 Atuação profissional
 Áreas de atuação
 Idiomas

Informações sobre produções técnicas
 Softwares
 Produtos
 Processos
 Trabalhos técnicos
 Outras produções técnicas

Informações sobre produções bibliográficas
 Artigos publicados
 Livros e capítulos
 Trabalhos em eventos
 Texto em jornal ou revista
 Outras produções bibliográficas

Fonte: CNPq, 2022.

Figura 16 – Busca e seleção dos especialistas com os critérios de inclusão.



Fonte: elaborado pelo autor.

A primeira etapa obteve 948 currículos de especialistas sendo 612 doutores, seguida dos mestres 336. Após a leitura e análise do resumo do currículo, foram incluídos 388 especialistas, sendo 216 doutores e 172 mestres. Seguiu-se com a busca dos endereços de *e-mail*, onde foram localizados nas publicações de artigos dos especialistas nas bases de dados, obtendo-se nesta terceira etapa, 132 endereços de doutores e 167 *e-mails* de especialistas mestres, sendo catalogados e organizados em planilha do Excel.

A busca pelo endereço de *e-mail* dos especialistas deu-se individualmente, através do nome de cada especialista, em bibliotecas científicas virtuais tais como: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Ciência Online de busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), *Google Acadêmico*, dentre outras bibliotecas, cujas revistas científicas tiveram publicações dos especialistas selecionados, exibidas no CNPq, tendo em vista que o CNPq não disponibiliza esta informação de seus pesquisadores. Desta etapa, foram obtidos 299 *e-mails* de especialistas, sendo excluídos os especialistas da busca que não foram localizados os endereços de *e-mail*. Foram enviados e-mail para os 299 endereços obtidos nesta etapa,

resultando em 52 respostas no prazo estabelecido e que aceitaram participar da pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D).

4.4.2 Definição da amostra

A definição da amostra foi fundamentada na fórmula que estima o I-Content Validity Index (IC):

$n_0 = (Z_{1-\alpha/2} \cdot s / \bar{c})^2$, em que: $Z_{1-\alpha/2}$ é o nível de confiança adotado; s é o desvio padrão; \bar{c} é o erro amostral. Para este estudo, o nível de confiança adotado foi de 95% ($Z_{1-\alpha/2} = 1,96$); desvio padrão: 0,17 e erro amostral: 0,05.

Assim, $n_0 = (1,96 \cdot 0,17 / 0,05)^2$; $n_0 = 45$ avaliadores. O tamanho da amostra foi corrigido em 5%, pois as distribuições do IC podem ser assimétricas e pode ocorrer perda no Teste não paramétrico.

Dessa forma, a amostra final foi calculada pela fórmula: $n = n_0 / 0,95$.

Assim, $n = 45 / 0,95$; $n = 48$ avaliadores.

Apesar da amostra calculada em 48 avaliadores, finalizou-se com 53 especialistas ao final do período estabelecido para a coleta.

4.4.3 Coleta de dados

A avaliação de conteúdo dos diagnósticos de enfermagem do instrumento por especialistas foi realizada utilizando a técnica *Delphi*, com consulta aos especialistas sobre a proposta do instrumento, para atingir o consenso. Para cada item apresentado no Formulário Eletrônico (APÊNDICE E) foi formulado com um diagnóstico de enfermagem obtido na revisão integrativa e uma escala *Likert* contendo as seguintes alternativas: 1) Sem importância; (2) Pouca importância; (3) Importante; (4) Muito importante; (5) Extremamente importante. Além disso, foi inserido um espaço para registrar itens necessários, porém ausentes; itens desnecessários; comentários e/ou sugestões, a fim de fornecer informações para aprimoramento da versão final e garantir a compreensão de cada item (REWORÊDO *et al*, 2015).

A técnica *Delphi* fornece oportunidade de estudar variáveis que consideradas sensíveis ou difíceis de medir, sendo a mais apropriada para avaliação de instrumentos sendo eficaz com grandes ou pequenos grupos, onde o consenso alcançado é preciso com 90% ou mais, com possibilidade de acomodar modificações rápidas com base no *feedback* dos participantes, sendo estes especialistas sobre questões sensíveis e problemas complexos, possibilitando a troca de ideias com base em *feedback* interativo (STAYKOVA, 2019).

Para a coleta de dados foi elaborado um formulário eletrônico composto por duas partes, desenvolvido pela pesquisadora, por meio do aplicativo *Google Forms*®, sendo a primeira voltada para a caracterização dos especialistas e a segunda, a avaliação de conteúdo dos diagnósticos de enfermagem encontrados na revisão integrativa de literatura, referente à assistência à mulher no parto com escala de *Likert*. O formulário foi enviado aos especialistas via *e-mail* com uma CARTA CONVITE (APÊNDICE B), em endereço eletrônico criado exclusivamente para este fim, esclarecendo os objetivos e metodologia do estudo e qual papel da participação dos especialistas nesta etapa da pesquisa. Neste momento, foi solicitado a aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), enviado *link* com o quadro resumo da revisão integrativa (APÊNDICE C) e *link* com o formulário eletrônico.

Os especialistas que demonstraram interesse em participar da pesquisa, realizaram a confirmação pela plataforma *Google Forms*® validando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), anexo ao *e-mail* convite enviado e, logo em seguida respondendo ao estudo, com a análise da importância dos diagnósticos de enfermagem voltados à SAE à mulher no trabalho de parto e parto, em anexo ao *e-mail* através de *link* de formulário do *Google Forms*.

O primeiro questionário constou perguntas acerca do perfil do especialista, para posteriormente classificá-lo de acordo com o nível de especialistas. No segundo, constavam os elementos dos diagnósticos de enfermagem voltados a SAE à mulher no trabalho de parto e parto.

Como técnica de avaliação nesta pesquisa, utilizou-se a técnica *Delphi* do tipo *On line*, pois ocorreu via internet, com envio de e-mail aos especialistas contendo como corpo do texto a CARTA CONVITE (APÊNDICE B), com três *links* de acesso sequenciais contendo:

1. *Link* de acesso ao QUADRO RESUMO DA REVISÃO INTEGRATIVA (APÊNDICE C);
2. *Link* de acesso ao TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Apêndice D);

3. *Link* de acesso ao INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO (Apêndice E).

A coleta de dados ocorreu entre abril e maio de 2022. Lacerda e Costenaro (2015), propôs um período de 14 dias para o recebimento das respostas, porém necessitou-se estender o prazo para 25 dias a fim de se obter amostra de 53 especialistas. Após este período, o questionário foi fechado e, iniciadas as análises estatísticas. Os dados desta rodada foram analisados e não houve necessidade de nova rodada por consenso obtido na primeira rodada.

Dos 299 *e-mails* enviados, obteve-se 53 respostas no período estipulado de 25 dias. Os especialistas avaliaram os diagnósticos de enfermagem através do *Google Forms*, possibilitando a participação do especialista com flexibilidade de horário, tempo, localização, compilando os resultados das respostas em tempo real, em planilhas no formato Excel.

4.4.4 Avaliação dos diagnósticos

A avaliação de conteúdo objetiva elucidar o quão representativos são os itens do instrumento dentro do universo dos domínios e, é essencial para o processo de desenvolvimento de novos instrumentos, porque representa o início de mecanismos para associar conceitos abstratos com indicadores observáveis e mensuráveis. Deste modo, a avaliação do conteúdo é relevante para medidas compostas, como escalas de múltiplos itens, onde a avaliação de conteúdo baseia-se em classificações de cada item feitas por especialistas (POLIT e BECK, 2019).

Portanto, a fim de se obter o consenso dos especialistas, será utilizado o índice de confiabilidade (IC) que mede a concordância dos especialistas quanto à representatividade dos itens em relação ao conteúdo em estudo, sendo calculado dividindo-se o número de especialistas que avaliam o item como adequado pelo total de especialistas (avaliação por item), resultando na proporção de especialistas que consideraram o item válido. Essa etapa visou a obtenção de consenso de opiniões quanto à pertinência dos itens diagnósticos de enfermagem.

Os especialistas classificaram entre 1 e 5 cada item, sendo: 1- Sem importância, 2- Pouca importância, 3- Importante, 4- Muito importante e, 5 – Extremamente importante. Para análise, foi realizada a divisão do número de pontuações, de 1 ao 5, em cada item, pelo total de especialistas. Itens com IC iguais a 1,0 (100,0%) foram mantidos no instrumento

definitivo. Itens com IC menores que 1,0 (100,0%) e maiores ou iguais a 0,78 (78%) foram sujeitos a discussão, e itens com IC menores que 0,78 (78,0%) foram excluídos (POLIT, BECK; 2019).

4.4.5 Organização e análise dos dados quantitativos

As respostas ao questionário foram inseridas automaticamente via plataforma *Google Forms*® para uma planilha Excel e, posteriormente, exportados para o programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS*®) *for Windows* versão 24.0.

O questionário utilizado foi dividido em duas partes: a primeira contendo os dados de identificação do especialista (tempo de formação, titulação, área de atuação na área, região onde atua, atuação na assistência ao parto, tempo de atuação na assistência ao parto) e a segunda parte com os itens a serem avaliados com cada diagnóstico de enfermagem, onde os participantes foram convidados a indicar o seu grau de concordância ou discordância dos diagnósticos de enfermagem por uma escala *Likert* de cinco pontos para apreciação dos especialistas 1) Sem importância; (2) Pouca importância; (3) Importante; (4) Muito importante; (5) Extremamente importante., ao final do questionário, eles foram solicitados a expor a sua justificativas, sugestões de modificação e/ou exclusão/exclusão.

As respostas fornecidas pelos especialistas foram compiladas estatisticamente, gerando um *feedback*, onde, também, as sugestões foram acatadas para edição do instrumento. Os critérios adotados para determinar o nível de consenso se basearam no índice de concordância.

O instrumento foi então formulado com base nas informações da literatura pertinente e dados dos estudos para a construção do histórico, planejamento, implementação e resultados de enfermagem e, os diagnósticos de enfermagem avaliados.

4.5 TERCEIRA ETAPA: ESTRUTURAÇÃO DO LAYOUT E DO CONTEÚDO DO INSTRUMENTO

O avaliação de enfermagem foi organizado pela pesquisadora baseado em dados obtidos dos estudos selecionados na revisão integrativa que continham avaliação de enfermagem, protocolos de assistência à gestação e parto, instrumentos avaliados publicados voltados à SAE à gestação, parto e puerpério e na Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017), Intrapartum care for a positive childbirth experience (WHO, 2018), Caderneta da gestante do MS (BRASIL, 2022) e Manual de atenção à gestação de alto Risco do Ministério da Saúde (2022), de acordo com a avaliação das Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 1979).

Dos estudos de desenvolvimento do avaliação de enfermagem, a pesquisadora desenvolveu esta etapa com base principalmente nestes instrumentos: Instrumento para consulta de enfermagem à puérpera na atenção básica (MAZZO; BRITO, 2015), Elaboração de roteiro para SAE na Atenção à Gestante: proposta de utilização da CIPESC, (BATISTA, 2017); Implantação de Instrumento Para SAE na sala pré-parto, parto e puerpério da Maternidade Municipal de Porto Velho/RO (SCHONTZ, 2015), Instrumento voltado ao pós-parto: Instrument for documentation of nursing process during postpartum (NÓBREGA, 2015) e; O processo de enfermagem para o cuidado Humanizado à parturiente de risco habitual em Centro Obstétrico (FRAGA, 2016). O processo de construção do instrumento foi baseado em instrumentos desenvolvidos em pesquisas semelhantes como na dissertação com o título Sistematização da assistência de enfermagem à gestante de alto risco: construção e avaliação de uma tecnologia para o cuidado na construção de Gomes (2016), onde com o resultado da revisão sistemática sobre DE prevalentes na assistência ao parto, foram inseridas na construção do instrumento as intervenções de Enfermagem pertinentes e, para cada intervenção as ações de enfermagem bem como suas características definidoras e fatores relacionados, com a utilização do NANDA, NIC e NOC (JOHNSON *et al*; 2021).

A descrição dos diagnósticos foi realizada através de um mapeamento cruzado entre os DE obtidos na revisão integrativa, com mapeamento cruzado entre os diagnósticos NANDA e CIPE®, organizados pela Teoria das Necessidades Básicas Humanas, como descrito no QUADRO RESUMO DA REVISÃO INTEGRATIVA e, foram incluídos no instrumento os diagnósticos de enfermagem com IC igual ou maior a 90%.

A estruturação do *layout* foi ancorada em modelos preexistentes de instrumentos avaliados voltados para a SAE de forma geral, nas etapas do processo de enfermagem: avaliação, diagnósticos, planejamento, implementação e avaliação de Enfermagem, no Código de Ética de Enfermagem, na legislação profissional e nas Resoluções que regulamentam a prática profissional.

O instrumento foi construído com quatro colunas: diagnóstico com suas características definidoras e fatores relacionados; intervenções de enfermagem, ações de enfermagem e avaliação (SILVA; NÓBREGA; SOUTO, 2015), (LUCIANO; ROSA; ALVAREZ; KUZE, 2019).

Vale destacar que os DE da tecnologia tem como referência a taxonomia NANDA-I (2021-2023) e, após o estabelecimento dos DE avaliados pelos especialistas, foram traçadas para cada um as intervenções de Enfermagem pertinentes e, para cada intervenção as ações de enfermagem utilizando a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2020) e, os resultados baseados em NOC (2020). Utilizou-se também a construção das intervenções de enfermagem para os diagnósticos foi o livro de ligações NANDA-NOC-NIC (JOHNSON *et al*, 2021).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A pesquisa está em conformidade com as normas da Resolução no 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú e recebeu parecer favorável à realização da pesquisa sob o registro número: 4.138.236 e em SOBRAL, 06 de Julho de 2020 (Anexo A).

A carta convite (APÊNDICE B) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) levou aos participantes foram informações a respeito da natureza, dos objetivos e métodos da pesquisa, procedimentos metodológicos, proposta de aplicação dos questionários semiestruturados, garantia de manutenção do sigilo e privacidade dos enfermeiros participantes durante todas as fases da pesquisa; sendo-lhes facultada a desistência a qualquer momento que desejassem. Os dados e informações foram coletados, após permissão e autorização dos enfermeiros participantes com preenchimento do TCLE *online* (Apêndice D).

O participante deveria clicar na opção “concordo em participar da pesquisa” para confirmar a sua anuência em relação aos termos do estudo e ser direcionado para a tela seguinte com o questionário. A concordância dos especialistas em participar livremente do estudo foi registrada no menu inicial do instrumento eletrônico no aplicativo *Google Forms*®, (APÊNDICE E).

Os aspectos éticos e o rigor metodológico encontraram-se interligados no decorrer da pesquisa. A ética foi preservada através do seguimento dos princípios em pesquisas com seres humanos, enquanto a precisão metodológica apresentou-se através da descrição detalhada do raciocínio lógico em cada passo e etapa do processo da pesquisa metodológica. Assim, foram respeitados todos os princípios éticos que regem as pesquisas envolvendo seres humanos.

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo foram apresentados em três etapas. Na primeira, descreveu-se os resultados relativos a revisão integrativa de literatura a fim da obtenção dos diagnósticos de enfermagem voltados para a SAE à mulher no trabalho de parto e parto em publicações nas bases de dados; na segunda etapa, foram apresentados os dados referentes à avaliação de conteúdo dos diagnósticos de enfermagem por especialistas obtidos na etapa anterior; na terceira, a construção da tecnologia para a sistematização da assistência de enfermagem à mulher no trabalho de parto, contendo avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução de enfermagem de acordo com a Resolução do COFEN 736/24 (COFEN, 2024).

Dessa forma, a composição deste capítulo faz-se de três manuscritos elaborados no decorrer do processo de desenvolvimento da pesquisa, diretamente ligados ao conteúdo da dissertação. Foram organizados no formato de artigos científicos (APÊNDICES G, H, I) , visando futuras publicações para a disseminação do conhecimento e atendendo as normas do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da UFC.

O primeiro manuscrito a “Sistematização da Assistência de Enfermagem à mulher no trabalho de parto e parto: revisão integrativa da literatura”, pautado em informações obtidas por meio da Revisão Integrativa da Literatura realizada na primeira parte deste estudo. Este manuscrito teve o objetivo de identificar as produções científicas sobre a SAE voltada à mulher no parto. O segundo manuscrito, intitulado “Diagnósticos de Enfermagem voltados para a mulher no parto: avaliação por especialistas” descreve os diagnósticos mais relevantes segundo a avaliação de especialistas, voltados ao cuidado à mulher durante o trabalho de parto e parto. O terceiro manuscrito, conta do seguinte título: “Construção do Instrumento para SAE à mulher no trabalho de parto e parto”, onde são descritas as etapas para a construção do instrumento, caracterizando uma pesquisa metodológica.

Detalhou-se esses passos por acreditar que tal descrição poderá orientar outros estudantes e pesquisadores a desenvolverem esse tipo de estudo, trazer embasamento teórico à prática profissional e promover visibilidade às práticas de enfermagem nos serviços de assistência ao parto e nascimento.

5.1 - PRIMEIRA ETAPA – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PREVALENTES NA ASSISTÊNCIA AO PARTO DE ACORDO COM AS NHB

Realizou-se uma Revisão Integrativa (RI) buscando-se obter publicações científicas referentes aos diagnósticos de enfermagem voltados à mulher em trabalho de parto e parto, possibilitando a análise das evidências disponíveis na literatura, o conhecimento científico produzido e sintetizar evidências a respeito dos diagnósticos de enfermagem voltados à assistência à mulher no parto, seguindo etapas delineadas.

Seguiu-se a estratégia PICO para desenvolvimento da seguinte pergunta norteadora da RI: Quais os **diagnósticos de enfermagem** prevalentes da assistência à **mulher em situação de parto normal**? Utilizou-se os seguintes descritores na busca: Diagnóstico de Enfermagem, Processo de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Gestantes, Gravidez, Mulher, Saúde Materna, Trabalho de Parto, Parto, Parto Normal, Obstetrícia, Enfermagem, Enfermagem Obstétrica, termos alternativos e descritores em português, inglês e espanhol, em três blocos temáticos. As bases de dados consultadas foram: BDNF, CINAHL, SCOPUS, LILACS, MEDLINE, Scielo e, como literatura cinzenta BDTD e OATD.

A busca foi concluída após identificação das publicações por base de dados através das estratégias de busca, onde foram identificadas 643 publicações. Seguiu-se com a exportação das publicações das bases de dados para uma pasta no computador e, para o aplicativo RAYYAN, com o compartilhamento de informações entre dois avaliadores e um terceiro para tirar dúvidas.

Em sequência, realizou-se a seleção das publicações através da leitura dos títulos, aos pares, com a técnica duplo-cego, a fim de eliminar publicações que não respondiam à pergunta da pesquisa. Após esta etapa, os pesquisadores procederam com a leitura dos resumos aos pares, através do uso da plataforma digital RAYYAN. Os estudos das bibliotecas

digitais, passaram pelo mesmo processo de importação de títulos e resumos para uma planilha do Excel, sendo compartilhadas entre os dois pesquisadores.

Os estudos selecionados após estas etapas, que envolveram a leitura do título e resumo por dois pesquisadores, passaram pela leitura na íntegra. Os resultados destas etapas foram compartilhados entre os pesquisadores e os dissensos resolvidos pelo terceiro avaliador, visando a seleção de estudos que possam atender à pergunta de pesquisa, aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, através da leitura completa e exclusão das publicações duplicadas nas bases de dados e bibliotecas digitais.

A fim de realizar a extração de dados do processo de busca e seleção, utilizou-se o instrumento de extração de dados adaptado de Ursi (2005) (APÊNDICE A) para detalhar as informações pertinentes à busca: identificação, seleção/apreciação e artigos incluídos, conforme representado a seguir.

Quadro 12 – Seleção dos estudos nas bases de dados/bibliotecas eletrônicas.

Identificação	BASES DE DADOS/BIBLIOTECAS ELETRÔNICAS							
	Registros identificados na busca							
	CINAHL	SCOPUS	MEDLINE	BDENF	LILACS	SCIELO	OATD	BDTD
	61	96	75	135	139	83	15	39
Total de estudos encontrados (N = 643)								
Seleção/ Apreciação	Duplo-cego Avaliação do título Critérios de inclusão e exclusão Inclusão dos estudos que atendem à pergunta da pesquisa Exclusão das publicações duplicadas							
	Pesquisador 1: 48 incluídos e 487 excluídos Pesquisador 2: 46 incluídos e 489 excluídos							
	Total de estudos após seleção e apreciação (N = 48)							
	Elegibilidade	Leitura crítica dos títulos e resumos dos estudos selecionados na etapa anterior Inclusão dos estudos que atendam à pergunta de pesquisa e os critérios de inclusão e exclusão						
Pesquisador 1: 40 incluídos e 8 excluídos Pesquisador 2: 40 incluídos e 8 excluídos								
Total de estudos após elegibilidade (N = 40)								
Refinamento e inclusão		Leitura crítica na íntegra dos estudos selecionados na etapa anterior Seleção de qualidade e refinamento dos estudos cujos dados foram relevantes						
	Pesquisador 1: 16 incluídos e 24 excluídos Pesquisador 2: 18 incluídos e 22 excluídos Pesquisador 3: inclusão de 16 estudos							
	Total de estudos após refinamento (N = 16)							

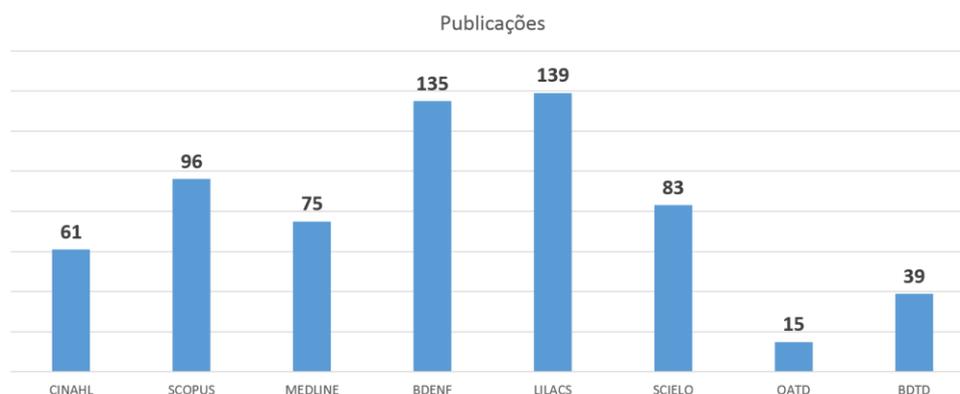
Fonte: elaborado pelo autor.

Obteve-se 643 publicações na busca realizada nas bases de dados e bibliotecas eletrônicas, sendo: 139 na LILACS, 135 na BDENF, 96 na SCOPUS, 83 na Scielo, 75 na MedLine, 61 na CINAHL, 39 na BDTD e, 15 na OATD. Seguiu-se com a segunda etapa, seleção, onde 487 foram excluídos, 379 por não responderem a pergunta da pesquisa e 108 artigos duplicados, finalizando com 48 artigos incluídos após esta etapa. Quanto às teses e dissertações, nesta primeira etapa, na OATD, onde o total de publicações totalizaram 15, um estudo foi incluído e 14 foram excluídos, por não atenderem a questão de pesquisa. Na BDTD, onde o resultado inicial foram 39 publicações, foram selecionados pelo título, 4

publicações. Na terceira etapa, foram excluídos pelos dois pesquisadores, através da leitura crítica dos títulos e resumos das publicações selecionados na etapa anterior, oito estudos, onde foram classificados como elegíveis para esta revisão integrativa, 40 publicações. Por fim, a etapa de refinamento e inclusão das publicações através de uma leitura crítica na íntegra, seleção de qualidade e refinamento dos estudos cujos dados foram relevantes, foram incluídos pelo pesquisador 1 dezesseis publicações e pelo pesquisador 2, 18 estudos. Para finalizar este dissenso, o pesquisador 3 resolveu o dissenso e, excluiu duas publicações, uma por estar voltada ao puerpério e, outra por estar destinada à sistematização da assistência à mulher na cesariana, os quais não atendem à pergunta desta revisão, tendo sido incluídos assim, 16 estudos ao final da revisão integrativa.

Destaca-se na obtenção destes resultados as publicações nas bases de dados LILACS, BDNF e SCOPUS, onde as três bases contribuíram com 370 publicações, 57,5% da amostra total. Este resultado corrobora com a revisão integrativa na enfermagem publicada por Ferreira *et al* (2022), onde recuperou-se 728 estudos elegíveis, com destaque para as bases de dados LILACS e MEDLINE.

Figura 17 - Estudos selecionados por base de dados/biblioteca digital.



Fonte: elaborado pelo autor.

Para a extração das informações dos estudos incluídos na revisão, utilizou-se de instrumento elaborado pelos autores baseado em Ursi (2005) (APÊNDICE A) que possibilitaram a consolidação das informações desta revisão integrativa conforme descrito e analisado abaixo na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos estudos primários selecionados quanto ano, periódico, país e método. Fortaleza, CE, Brasil, 2024.

Estudo	Ano	Periódico/Qualis	País	Tipo de estudo
--------	-----	------------------	------	----------------

E1	2012	Revista Eletrônica de Enfermagem / B1	Brasil	Exploratório, descritivo
E2	2014	Revista Enfermagem em Foco – B1	Brasil	Quantitativo, análise de prontuário
E3	2014	Revista de Enfermagem UFPE <i>On line</i> – B2	Brasil	Qualitativo
E4	2016	Revista Gaúcha de Enfermagem – B1	Brasil	Estudo descritivo, documental e retrospectivo realizado com análise de prontuários, através de checklist
E5	2021	Revista da Escola de Enfermagem da USP – A2	Brasil	Avaliação de conteúdo diagnóstico
E6	2012	Revista Brasileira de Enfermagem – A2	Brasil	Exploratório, descritivo com abordagem quantitativa
E7	2013	Revista Latino Americana de Enfermagem – A1	Brasil	Avaliação clínica de diagnóstico, observacional, prospectivo
E8	2019	International Journal of Nursing Knowledge – A4	Coreia do Sul	Quantitativa, retrospectiva, descritiva, análise de prontuários eletrônicos
E9	2016	BDTD	Brasil	Qualitativa, exploratória e descritiva
E10	2005	Acta Paulista de Enfermagem – A2	Brasil	Descritivo
E11	2021	Revista da Escola de Enfermagem da USP – A2	Brasil	Estudo de avaliação
E12	2021	Internacional Journal of Nursing Knowledge – A4	Brasil	Observacional, transversal, estudo de prontuário
E13	2017	BDTD	Brasil	Descritivo, análise de prontuário, utilizando mapeamento cruzado
E14	2021	Global Academic Nursing Journal	Brasil	Metodológico, avaliação diagnósticos.
E15	2020	The Open Nursing Journal – B1	Indonésia	Descritivo, documental, usando o mapeamento cruzado
E16	2002	Metas de Enfermería – B2	Espanha	Observacional, descritivo e prospectivo

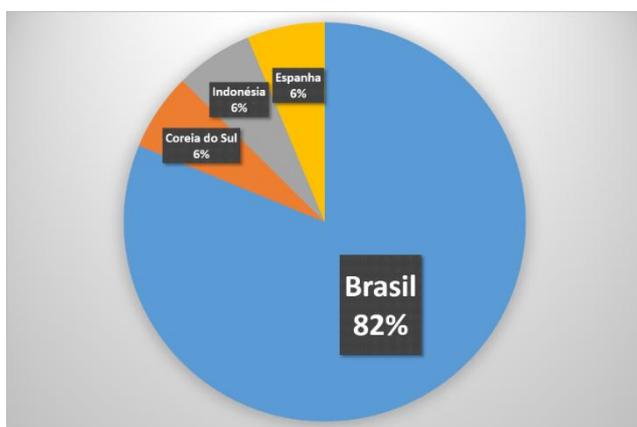
Fonte: desenvolvido pelo autor.

Conforme Tabela 1 com o resultado da revisão integrativa de literatura, obteve-se 16 publicações, sendo duas dissertações e 14 artigos, com destaque para a Revista da Escola de Enfermagem da USP com duas publicações e, internacionalmente, para o International Journal of Nursing Knowledge, também com duas publicações. Houve predominância de estudos desenvolvidos no Brasil, onde dos dezesseis resultados encontrados, treze são

brasileiros (81,25%), com predominância da região Nordeste com 7 publicações (53,8%), destacando-se

Recife com 3; seguido da região Sudeste com 3 estudos (23%), Sul com dois estudos (15%) e um (7,7%) da região Centro-Oeste, nenhuma da região Norte. Os três internacionais são da Espanha, Indonésia e Coreia do Sul. Corroborando com este resultado, Corvello *et al* (2022) em revisão integrativa sobre humanização do parto e enfermagem, resultou em 568 estudos e 21 incluídos, sendo que houve predominância de estudos e revistas brasileiras.

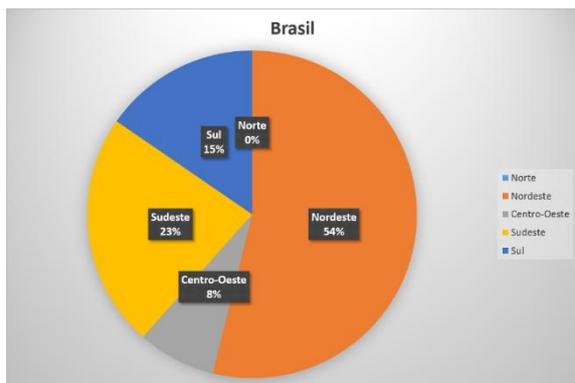
Figura 18 - Distribuição quantitativa dos estudos por país de publicação.



Fonte: desenvolvido pelo autor.

Em revisão integrativa realizada por Santos *et al* (2020) acerca da formação em enfermagem obstétrica no preparo para o trabalho de parto e parto para residentes, foram identificadas 996 publicações e selecionadas 4 para análise, houve 100% de predominância de estudos brasileiros, com destaque para a base de dados LILACS, corroborando com os achados nesta revisão, onde estudos brasileiros foram predominantes.

Figura 19 - Distribuição quantitativa dos estudos brasileiros por região do Brasil.

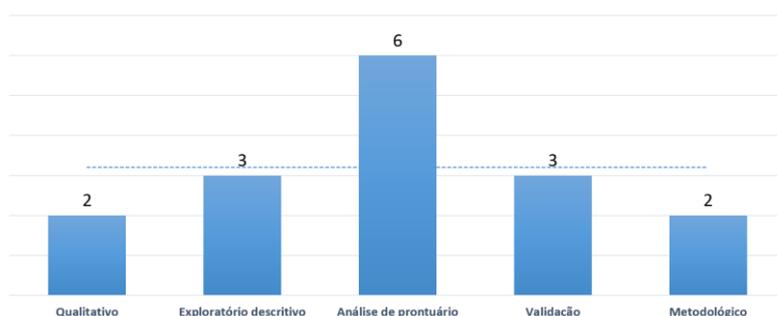


Fonte: desenvolvido pelo autor.

Ao mapear a produção científica sobre a enfermagem obstétrica brasileira, Schreck e Silva (2022) descreveram através de uma revisão de escopo, onde foram selecionados 120 estudos, destaque para as bases LILACS, CINAHL e MEDLINE; predominância de estudos desenvolvidos na região sudeste, sul e nordeste; publicados prioritariamente em periódicos nacionais; em português, inglês e espanhol; quanto ao método destacou-se análise de conteúdo, estatístico, análise de discurso e análise documental; o que foi ao encontro deste estudo quando foram predominantes estudos de análise de prontuários, conforme Figura 20.

Destacaram-se estudos quantitativos, descritivos, de análise de prontuários e pesquisas de avaliação. É possível observar a ocorrência de dois estudos qualitativos e, 14 quantitativos, sendo seis estudos retrospectivos através da análise de prontuários (37,5%) e, a importância dos estudos de avaliação com três publicações (18,75%), conforme figura abaixo.

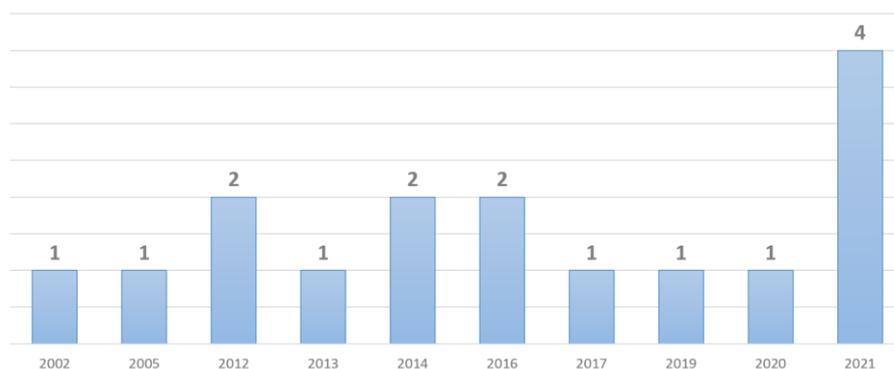
Figura 20 - Distribuição quantitativa dos estudos pelo método.



Fonte: desenvolvido pelo autor.

Em relação ao Qualis dos periódicos, observou-se que um tem Qualis A1, quatro publicações foram em periódicos com Qualis A2, duas com Qualis A4, quatro em B1, duas em periódicos com Qualis B2.

Figura 21 - Distribuição quantitativa dos estudos quanto o ano de publicação dos estudos.



Fonte: desenvolvida pelo autor.

Apesar de a busca não ter sido delimitado o período das publicações dos estudos, todos foram publicados entre os anos 2002 e 2021, um intervalo de dezenove anos, com predominância das publicações nos últimos nove anos, onde se concentram 14 publicações (87,5%), sendo que quatro delas, no último ano, o que nos mostra um aumento pelo interesse na pesquisa relacionada ao tema abordado nos últimos anos, conforme Figura 21. Corroborando com este estudo, Bellay *et al* (2022), em revisão integrativa com objetivo de identificar fatores que influenciam na implementação das Boas Práticas de Assistência ao Parto e Nascimento pela equipe de enfermagem, obtendo-se predominância dos estudos publicados entre 2016 e 2019, na base de dados BDENF, com produções entre 2010 e 2019, 90% com cenários em maternidades e centros obstétricos, com predominância da região Nordeste (40%).

Tabela 2 - Distribuição dos estudos primários selecionados quanto título, autor(es) e base de dados/biblioteca digital. Fortaleza, CE, Brasil, 2024.

Estudo	Título	Autor(es)	Base de dados
--------	--------	-----------	---------------

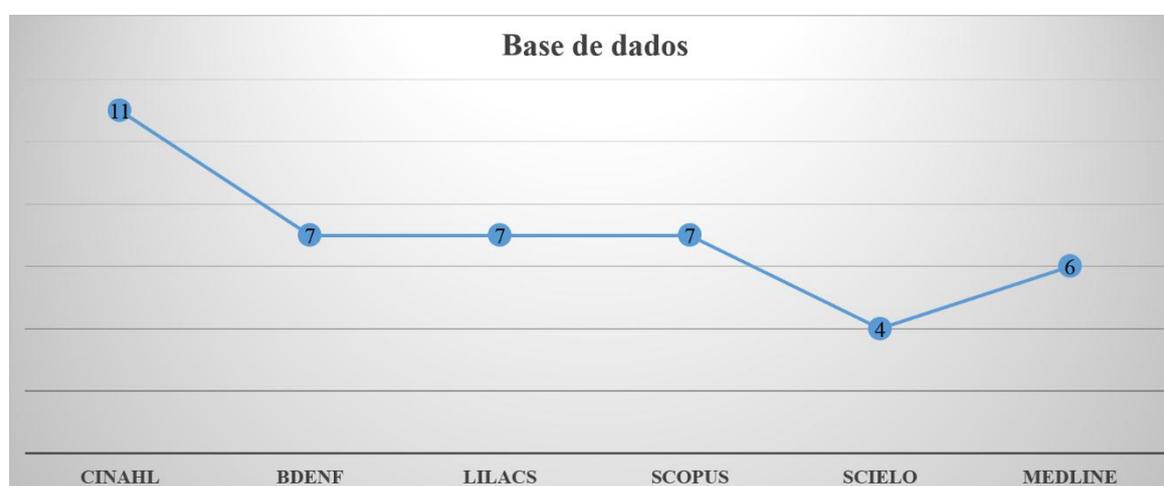
E1	Diagnósticos/resultados de enfermagem para parturientes e puérperas utilizando a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem	Aline Franco da Silva, Maria Miriam Lima da Nóbrega Wânia Cristina Morais de Macedo.	CINAHL BDENF LILACS
E2	Diagnósticos de enfermagem prevalentes no bloco materno-infantil de um hospital público de Brasília	Rinaldo de Souza Neves, Pedro Henrique Meireles de Araújo, Tereza Cristina Lemes Lacerda.	CINAHL
E3	Diagnósticos de enfermagem na saúde da mulher: parturientes na primeira fase do trabalho de parto	Ariel de Sousa Melo, Ariane Gomes dos Santos; Inez Sampaio Nery, Suzanne Emanuelle Gomes dos Santos, Anna Katharinne Carreiro Santiago.	CINAHL
E4	Avaliando diagnósticos e intervenções de enfermagem no trabalho de parto e na gestação de risco	Ana Lúcia de Medeiros, Sérgio Ribeiro dos Santos, Rômulo Wanderley de Lima Cabral, Juliana Paiva Góes Silva, Neyce de Matos Nascimento.	CINAHL SCOPUS LILACS BDENF SCIELO MEDLINE
E5	Avaliação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal	Fernanda Rocha Apolônio, Cleide Maria Pontes, Jaqueline Galdino, Albuquerque Perrelli, Santana de Maria Alves de Sousa, Rynanne Carolynne Marques Gomes Mendes, Suzana de Oliveira Mangureira, Francisca Márcia Pereira Linhares.	CINAHL SCIELO BDENF LILACS SCOPUS MEDLINE
E6	Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico	Raquel Bezerra dos Santos, Karla da Silva Ramos.	LILACS BDENF MEDLINE

E7	Avaliação clínica do diagnóstico de enfermagem dor no parto	Simone Roque Mazoni, Emilia Campos de Carvalho, Cláudia Benedita dos Santos.	CINAHL LILACS BDENF MEDLINE SCIELO SCOPUS BDTD
E8	Identification of Nursing Diagnosis–Outcome–Intervention <i>Linkages</i> for Inpatients in the Obstetrics Department Nursing Unit in South Korea	Min Ji Yang, Hye Young Kim, Eun Ko, Hyun Kyung Kim.	CINAHL SCOPUS
E9	O processo de enfermagem para o cuidado Humanizado à parturiente de risco habitual em Centro Obstétrico	Tarciany Farias Fraga	BDTD
E10	Elaboração de um instrumento de coleta de dados para identificação dos diagnósticos de enfermagem em parturiente	Satie Lúcia Nishimaru Sumita, Ana Cristina de Freitas Vilhena Abrão, Heimar de Fátima Marin.	CINAHL LILACS BDENF SCIELO
E11	Avaliação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes, Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão, Ana Catarina Torres de Lacerda, Marcos Venícios de Oliveira Lopes, Francisca Márcia Pereira Linhares, Suzana de Oliveira Mangueira.	CINAHL SCOPUS MEDLINE LILACS BDENF
E12	Prepartum, childbirth, and immediate puerperium: Nursing diagnoses of mothers of extremely preterm infants	Cátia M. Dell’Agnolo, Silvana Delatore, Elias C.A. de Carvalho, Sandra Marisa Pelloso, Alexandrina A.M.Cardelli.	SCOPUS MEDLINE
E13	Diagnósticos de enfermagem no trabalho de parto e parto: mapeamento cruzado	Nathália Carolina Tomazelli Crespo	BDTD

E14	Avaliação de diagnósticos de enfermagem da CIPE® para as boas práticas no trabalho de parto	Cleyse Caroline Alves de Alencar, Anny Karine Mendonça do Nascimento, Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues, Rosemar Barbosa Mendes, Maria do Socorro Claudino Barreiro.	CINAHL
E15	Description and Validation of Nursing Diagnosis Using Electronic Documentation: Study Cases in Mother and Child Hospital Indonesia	Rr.Tutik Sri Hariyati; Hanny Handiyani; Laode Abdul Rahman; Tuti Afriani	SCOPUS
E16	Dolor, temor y ansiedad durante el parto, como diagnósticos de Enfermería	Sánchez Perruca MI; Fernández y Fernández M; Benito de la iglesia N; Castaños Ruíz MJ; García López L; López Hernández P; Martín de María S; Sánchez Martín J; Sánchez Martín IM; Tamayo García E; Tello Castellanos MJ; Vaqué Herguete RM; Zapater Serrano C	CINAHL

Observa-se a predominância de autores brasileiros nos estudos selecionados. Em relação às bases de dados e bibliotecas digitais pode-se perceber a repetição dos estudos nas bases em nove publicações do total de 14 artigos, o que corresponde a 64,28% de repetição. Em relação à língua da publicação, 12 publicações são em português (75%), quatro em inglês, sendo um deles brasileiro publicado em inglês.

Figura 22 – Bases de dados na revisão integrativa em enfermagem.



Fonte: elaborado pelo autor.

Dentre as bases de dados consultadas no desenvolvimento da revisão integrativa houve predominância da base de dados CINAHL, com 11 publicações selecionadas, o que corresponde a 68,75% das publicações em artigos, destacando-se também as bases de dados BDNF, LILACS E SCOPUS com 7 artigos selecionados. Vale ressaltar aqui a quantidade de estudos duplicados nas bases de dados, onde um mesmo estudo foi localizado em até sete bases diferentes e a importância da CINAHL, que resultou na seleção de quatro publicações exclusivas e, a SCOPUS com um artigo exclusivo, havendo repetições nas demais bases.

A fim de explorar os resultados das buscas nos artigos, descreveu-se a Tabela 3, com a nomenclatura de enfermagem utilizada em cada publicação para embasamento teórico dos diagnósticos de enfermagem, o estudo foi indexado e extraído nesta revisão integrativa.

Tabela 3 - Distribuição das publicações quanto ao número do estudo, nomenclatura, objetivo, descritores. Fortaleza, CE, Brasil, 2024.

Estudo	Nomenclatura	Objetivo	Idioma	Resultados
E1	CIPE	Desenvolver afirmativas de DE para parturientes e puérperas, utilizando o modelo dos setes eixos da CIPE.	Português	68 afirmativas diagnósticas CIPE de acordo com as NHB.
E2	NANDA	Definir a prevalência dos DE no Centro Obstétrico (CO), UTIp, UTIn, Alcon e Pediatria do HMIB	Português	5 DE prevalentes no Bloco Materno-Infantil.
E3	NANDA	Analisar os principais diagnósticos de enfermagem verificados em parturientes na 1ª fase do TP	Português	8 diagnósticos de enfermagem.
E4	NANDA	Avaliar o uso de diagnósticos e intervenções de enfermagem propostos para mulheres em TP e gestantes de alto risco	Português	16 DE relacionados ao TP e parto e 20 intervenções de enfermagem.

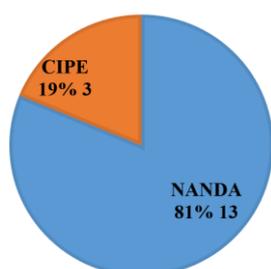
E5	NANDA	Avaliar o conteúdo do DE sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal	Português	Nova definição para o DE sentimento de impotência e 25 elementos avaliados
E6	CIPE	Propor um protocolo para a SAE para parturientes no Centro Obstétrico de um hospital público	Português	Avaliação de enfermagem, 7 diagnósticos, 27 intervenções.
E7	NANDA	Avaliação clínica do diagnóstico de enfermagem dor de parto.	Português	Dor de parto como um DE, 15 características definidoras.
E8	NANDA	Identificar as ligações NANDA--NOC--NIC para pacientes internados através do prontuário eletrônico	Inglês	7 diagnósticos, 9 resultados e 26 intervenções mais frequentes.
E9	NANDA	Propor um novo modelo de Processo de Enfermagem à parturiente de risco habitual atendida no Centro Obstétrico do HU/UFSC.	Português	Avaliação de enfermagem 21 diagnósticos de enfermagem.
E10	NANDA	Construção de um instrumento de coleta de dados da parturiente.	Português	Instrumento com 29 diagnósticos de enfermagem.
E11	NANDA	Avaliar o diagnóstico de enfermagem risco de binômio mãe feto perturbado	Português	8 fatores de risco, 1 população em risco e 6 condições associadas, sugestão de alteração do título e conceito.
E12	NANDA	Identificar diagnósticos de enfermagem durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato de mães de RN em UTIN.	Inglês	42 diagnósticos de enfermagem.
E13	NANDA	Mapear, nos prontuários das puérperas, os principais termos que descrevem os diagnósticos de enfermagem relacionados ao trabalho de parto e parto.	Português Português	23 diagnósticos de enfermagem.

E14	CIPE	Avaliar diagnósticos de enfermagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) voltados para as boas práticas durante o trabalho de parto.	Português	12 DE, sendo 6 diagnósticos relevantes.
E15	NANDA	Descrever os diagnósticos de enfermagem em casos materno-infantis avaliados por meio de um sistema de informações gerenciais de enfermagem.	Inglês	12 Diagnósticos, sendo 5 mais frequentes.
E16	NANDA	Identificar a frequência com que os diagnósticos 'Dor', 'Medo' e 'Ansiedade' se apresentam durante o ciclo de dilatação.	Inglês	'Dor' apresentou-se em 95%, 'Ansiedade' em 43% e 'Medo' em 39,1% e fatores relacionados.

Fonte: desenvolvido pelo autor.

Quanto à nomenclatura de enfermagem utilizada, a predominância foi da NANDA, com 13 publicações (81,25%) e, três publicações utilizaram CIPE (18,75%). Corroborando com este resultado, Tavares *et al* 2019, em revisão integrativa buscando conhecer as publicações existentes na literatura nacional sobre a utilização da sistematização da assistência de enfermagem no atendimento ao pré-natal no contexto do sistema único de saúde, identifica 213 estudos das bases de dados LILACS e BDEFN, sendo selecionados 6, nos quais 5 (83%) foram desenvolvidos com a nomenclatura NANDA. Deste modo, optou-se em desenvolver o instrumento com diagnósticos NANDA, realizando o mapeamento cruzado com os diagnósticos CIPE dos estudos, através das características definidoras e fatores relacionados, para a obtenção de uma única nomenclatura para as próximas etapas do estudo.

Figura 23 – Nomenclatura de enfermagem utilizada nos estudos.



Fonte: desenvolvido pelo autor.

Dos estudos selecionados, foi realizada também através do instrumento validado de Ursi (2005) o idioma de publicação, a amostra, tratamento das informações para análise dos dados e os resultados alcançados conforme Tabela 4, a fim de melhor descrever os dados obtidos nesta revisão.

Tabela 4 - Distribuição das publicações quanto ao número do estudo, idioma, amostra, tratamento e resultados. Fortaleza, CE, Brasil, 2024.

Estudo	Idioma	Amostra	Tratamento	Resultados
E1	Português	Banco de termos da Clínica Obstétrica.	Microsoft Office Excel 2007 for Windows.	68 afirmativas diagnósticas CIPE de acordo com as NHB.
E2	Português	25 prontuários de pacientes internadas no Centro Obstétrico	InterSystems TrakCare®	5 DE prevalentes no Bloco Materno-Infantil.
E3	Português	20 parturientes internadas	Instrumento de coleta de dados	8 diagnósticos de enfermagem.
E4	Português	1000 prontuários de uma maternidade.	Planilhas Excel da Microsoft Office	16 DE relacionados ao TP e parto e 20 intervenções de enfermagem.
E5	Português	29 especialistas	Microsoft Excel 2010 e analisados no programa SPSS, versão 21.0 e pelo software R, versão 3.2.0	Nova definição para o DE sentimento de impotência e 25 elementos avaliados
E6	Português	40 parturientes	Banco de dados	Avaliação de enfermagem, 7 diagnósticos, 27 intervenções.
E7	Português	55 parturientes	Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17.0	Dor de parto como um DE, 15 características definidoras.
E8	Inglês	220 prontuários	SPSS/WIN 23.0 e Excel	7 diagnósticos, 9 resultados e 26 intervenções mais frequentes.

E9	Português	13 enfermeiros 81 parturientes 2093 artigos	Análise de conteúdo de Bardin	Avaliação de enfermagem 21 diagnósticos de enfermagem.
E10	Português	3 enfermeiros	Planilhas	Instrumento com 29 diagnósticos de enfermagem.
E11	Português	48 enfermeiros	Microsoft Office Excel 2010, SPSS versão 21.0 e software R versão 3.2.0.	8 fatores de risco, 1 população em risco e 6 condições associadas, sugestão de alteração do título e conceito.
E12	Inglês	272 prontuários de puérperas	R software	42 diagnósticos de enfermagem.
E13	Português	20 prontuários	Excel	23 diagnósticos de enfermagem.
E14	Português	30 especialistas	Microsoft Office Excel, através do Índice de Validade de Conteúdo (IC)	12 DE, sendo 6 diagnósticos relevantes.
E15	Inglês	5.294 prontuários		12 Diagnósticos, sendo 5 mais frequentes.
E16	Inglês	258 gestantes em trabalho de parto.		'Dor' apresentou-se em 95%, 'Ansiedade' em 43% e 'Medo' em 39,1% e fatores relacionados.

Fonte: desenvolvido pelo autor.

Atenta-se para a predominância de publicações em português, com 12 estudos, o que corresponde a 75% da amostra e, apenas 4 publicações em inglês. Corroborando com este resultado, em revisão integrativa realizada por Morales (2023) a fim de Identificar nas literaturas atuais as práticas de violência obstétrica e a importância da atuação da enfermagem, obteve 8 publicações para análise final, sendo 7 brasileiras (87%) e uma publicação internacional, reafirmando a importância da produção científica brasileira frente a enfermagem obstétrica mundial.

Com o preenchimento dos formulários, obteve-se uma vasta descrição dos diagnósticos de enfermagem, o que será descrito adiante, com gráficos e tabelas, a fim de melhor descrever os resultados desta revisão integrativa de literatura e, embasar a próxima

etapa do estudo metodológico de desenvolvimento desta tecnologia voltada à sistematização da assistência de enfermagem à mulher no parto.

Corroborando com Neves, Araújo e Lacerda (2014), descrevendo que na Enfermagem brasileira, os vocabulários mais conhecidos e utilizados na prática profissional são os diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnoses Association-Internacional (NANDA-I), as intervenções da North Intervention Classification (NIC), os resultados de enfermagem da North Outcomes Classification (NOC) e a Classificação CIPE, optou-se pela estratégia de mapeamento cruzado dos diagnósticos, utilizando a definição, características definidoras e fatores relacionados para padronizar o uso do NANDA nos diagnósticos encontrados, tendo em vista o maior número de estudos nesta nomenclatura. Medeiros, Santos e Cabral *et al* (2016) citam que taxonomia de diagnósticos de enfermagem mais reconhecida e difundida no mundo e no Brasil é a Taxonomia II da NANDA utiliza o raciocínio e julgamento clínico do enfermeiro para diagnosticar as respostas humanas a problemas de saúde e processos de vida reais ou potenciais.

O Estudo 1 (E1) teve como objetivo desenvolver afirmativas de diagnósticos de enfermagem para parturientes e puérperas, utilizando o modelo dos setes eixos da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem. Foram elaboradas 68 afirmativas de diagnóstico de enfermagem, as quais foram agrupadas de acordo com as necessidades humanas básicas de Horta. Sendo assim, foram incluídos 21 diagnósticos e, excluídos 47 referentes ao puerpério.

O Estudo 2 (E2) apresenta quantitativamente os cinco diagnósticos de enfermagem prevalentes em cinco setores do Bloco Materno-Infantil de acordo com a nomenclatura NANDA através de uma análise de prontuários. Os cinco diagnósticos apresentados como prevalentes no Centro Obstétrico, após a análise de 20 prontuários, foram incluídos por estarem relacionados às parturientes, apesar de não estar clara sua relação com o período do parto. Neste estudo não há descrição de características definidoras, fatores relacionados.

Os diagnósticos de enfermagem apresentados no Estudo 3 (E3), que objetivou descrever os principais diagnósticos de enfermagem à parturientes no primeiro período do trabalho de parto através da entrevista, exame físico e observação de 20 parturientes de acordo com a Taxonomia II da NANDA 2009-2011. Dessa forma, todos os oito diagnósticos apresentados foram incluídos, como também a sua descrição de características definidoras e fatores relacionados. Vale ressaltar que o diagnóstico sono e repouso prejudicados teve sua nomenclatura atualizada na versão 2018-2020 para Distúrbio no padrão do sono.

No Estudo 4 (E4), através da metodologia descritiva, documental e retrospectiva realizado com 1000 prontuários, com o objetivo de avaliar o uso de diagnósticos e intervenções de enfermagem propostos para mulheres em trabalho de parto e gestantes de alto risco foram descritos dezesseis diagnósticos de enfermagem relacionados especificamente para os períodos de trabalho de parto e parto, como também 16 diagnósticos relacionados à UTI materna. Dos diagnósticos de enfermagem na sala de pré-parto e parto, 14 foram incluídos para a análise.

Vale ressaltar que este estudo descreve os diagnósticos através da versão NANDA 2009-2011, apesar de sua publicação ter se dado em 2016, e, ainda descreve o diagnóstico com o fator relacionado, porém não traz o código do diagnóstico. O diagnóstico de enfermagem risco para padrão respiratório alterado relacionado à ansiedade não foi localizado na versão 2021-2023 do NANDA, porém por sua magnitude, foi contabilizado como Padrão respiratório ineficaz. Os diagnósticos de constipação relacionada à gravidez e risco de constipação relacionada a hemorroidas foram excluídos por não ficar clara sua relação com o parto. Apesar da descrição que os diagnósticos seriam organizados conforme as necessidades humanas básicas, o que se encontra no artigo é uma organização dos diagnósticos baseada nos domínios do NANDA.

O estudo 5 objetivou avaliar o diagnóstico de enfermagem sentimento de impotência em mulheres durante o trabalho de parto e, incluído nesta amostra. Nesta perspectiva vale destacar que incluiu-se o conceito diagnóstico validado neste estudo, tais como as 10 características definidoras, 10 fatores relacionados e que, adotou-se as 6 populações em risco validadas neste estudo.

No Estudo 6 (E6) objetivou propor um protocolo para a Sistematização da Assistência de Enfermagem para parturientes no Centro Obstétrico de um hospital público em Recife-PE utilizando uma metodologia exploratória-descritiva, abordagem quantitativa, foi aplicado um instrumento semiestruturado à 40 parturientes em busca de um modelo de histórico e, a partir deste, a obtenção de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem através da (CIPE®), versão 1, publicado em 2012. Foram descritos 7 diagnósticos de enfermagem, que foram analisados através da versão atual da CIPE (2019-2020) buscando atualização das nomenclaturas. O diagnóstico contração uterina normal foi alterado para contrações uterinas nos limites normais. Para fins de contabilização na pesquisa, este diagnóstico foi submetido ao mapeamento cruzado e, de acordo com as intervenções de enfermagem descritas, foi contabilizado dentro do diagnóstico de enfermagem NANDA: Risco de díade mãe/feto perturbada (00209). O diagnóstico de dor de trabalho de parto não foi localizado, mas diante

de sua importância na assistência ao parto, foram citados através da mesma técnica, no diagnóstico NANDA: Dor no Trabalho de Parto. O diagnóstico de medo do trabalho de parto foi mantido como medo de acordo com a versão CIPE 2019-2020. O diagnóstico foi mantido, sendo que os últimos dois citados, possuem a mesma nomenclatura NANDA. O diagnóstico de expulsão uterina fetal sem distócias ou intercorrências foi excluído por não existir na versão atual da CIPE. Diante de sua magnitude na assistência ao parto, os diagnósticos laceração do períneo ou vagina; corte na região médio-lateral do períneo e, seus resultados esperados relacionados à prevenção da contaminação, optou-se por contabilizá-lo nos diagnósticos: Risco de contaminação, risco de integridade da pele prejudicada, integridade da pele prejudicada e risco de integridade tissular prejudicada, através do mapeamento cruzado, nos diagnósticos NANDA. Dessa forma, foram incluídos 8 diagnósticos de enfermagem.

O Estudo 7 (E7) trata-se de uma avaliação de diagnóstico clínico através da observação prospectiva de 55 parturientes na fase ativa do trabalho de parto, com dilatação acima de 4 cm. Foram descritas onze características definidoras do diagnóstico dor de parto, são eles: relato verbal ou codificado, evidência observada de contração uterina, alteração do tônus muscular, evidência observada de dor, comportamento expressivo, expressão facial de dor, gestos protetores, posição antálgica, comportamento de distração, foco em si próprio, sensação de pressão no períneo. Foram observadas 15 características definidoras, incluídas na amostra.

No estudo 8 (E8) análise retrospectiva de 220 prontuários eletrônicos no setor de obstetrícia num hospital da Coreia do Sul, possibilitou a identificação de 21 diagnósticos de enfermagem, 15 resultados e 51 intervenções relacionados à gestação de alto risco, parto e puerpério, baseados na versão NANDA 2015-2017. O autor descreve os dez diagnósticos prevalentes, bem como as principais intervenções e resultados baseados em NIC e NOC, porém não fica claro sobre qual período cada diagnóstico está relacionado. Desta forma, pela análise das ligações NANDA-NIC-NOC, nomenclatura utilizada neste estudo, com base nos resultados e intervenções em cada diagnóstico, selecionou-se os diagnósticos para inclusão neste estudo: dor aguda (controle da dor), náusea (gestão da náusea), risco de infecção (Gravidade de infecção e sintomas associados), risco de quedas (comportamento de prevenção de quedas), integridade da pele prejudicada (integridade de tecidos, pele e órgãos), hipertermia (termorregulação), processo perinatológico ineficaz (estado do feto intraparto), conhecimento deficiente (ensinar sobre tratamento/procedimento), ansiedade (redução da ansiedade), risco de desequilíbrio no volume de líquidos (balanço de líquidos), eliminação urinária prejudicada (cuidados na retenção urinária). Além desses, incluiu-se o diagnóstico

risco de sangramento. No diagnóstico hipertermia, por não haver descrição das características definidoras, apenas o resultado, optou-se em manter o diagnóstico risco de termorregulação ineficaz. Portanto, foram incluídos 11 diagnósticos.

O Estudo 9 (E9) trata-se de uma dissertação desenvolvida através da metodologia qualitativa, exploratória e descritiva, com o objetivo de propor um modelo de Processo de Enfermagem para parturientes de baixo risco, desenvolvido com enfermeiros e 81 prontuários de parturientes admitidas em Centro Obstétrico de um hospital universitário em Santa Catarina. Deste estudo, foram identificados 21 diagnósticos de enfermagem. Todos foram incluídos no estudo, bem como suas características definidoras e fatores relacionados.

O estudo 10 (E10), trata-se de um artigo desenvolvido a partir de uma tese onde, através de pesquisa descritiva e acompanhamento de 180 parturientes, foram identificados 29 diagnósticos de enfermagem baseados na versão NANDA 2001-2002, publicado em 2005, organizando-os pelos domínios. Através da análise das características definidoras, fatores relacionados e da discussão do autor, inclui-se 21 diagnósticos de enfermagem para análise. Foram excluídos os diagnósticos não identificados na versão 2021-2023: comportamento de busca de saúde, proteção ineficaz (materno/fetal), Risco/Perfusão útero placentária ineficaz, eliminação vaginal comprometida, eliminação intestinal ineficaz, perfusão periférica ineficaz e não aderência (não consentimento). Deste modo, permaneceram para fins do estudo 21 diagnósticos e 8 foram excluídos. Vale destacar a dificuldade na identificação dos diagnósticos, tendo em vista a versão NANDA utilizada neste estudo e a ausência dos códigos diagnósticos.

O diagnóstico risco de binômio mãe-feto perturbado foi descrito no Estudo 11(E11), um estudo metodológico, que teve como objetivo avaliar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco, foram incluídas a definição, sugestão de título, fatores de risco, população em risco e condições associadas avaliados nesta pesquisa.

Através de uma pesquisa observacional, transversal de revisão de 272 prontuários, o Estudo 12 (E12) possibilitou a identificação de 42 diagnósticos de enfermagem durante o trabalho de parto, parto e puerpério em mulheres que tiveram seus filhos internados em UTIN. Na análise das discussões do autor, observou-se que há predominância de 11 diagnósticos. O autor salienta a importância do diagnóstico de enfermagem risco de desequilíbrio eletrolítico, mesmo este não estando entre os dez. Após análise dos diagnósticos encontrados, selecionou-se para inclusão neste estudo 17 diagnósticos, sendo que 9 estão na lista dos principais diagnósticos citados pelo autor. Vale ressaltar que há no estudo ausência de uma análise

discursiva e estatística mais aprofundada nos diagnósticos, características definidoras, fatores relacionados para que o leitor possa extrair o máximo de informações que o estudo objetivou fornecer.

O estudo 13 (E13) buscou descrever os Diagnósticos de enfermagem através do mapeamento cruzado entre os termos utilizados na prática assistencial e a nomenclatura de enfermagem NANDA através da análise de 20 prontuários de puérperas atendidas no trabalho de parto e parto por enfermeiras obstetras, tendo identificado como resultado 23 diagnósticos de enfermagem, sendo todos incluídos para esta revisão, após a leitura da discussão do autor.

O desenvolvimento do estudo 14 (E14) deu-se através de um estudo metodológico, onde buscou-se identificar termos relevantes para as boas práticas de assistência ao parto, cruzamento cruzado, desenvolvimento dos diagnósticos de enfermagem da CIPE e avaliação dos doze diagnósticos de enfermagem elencados, sendo que destes, seis foram considerados como aplicáveis para a prática assistencial dos enfermeiros durante o trabalho de parto, quatro DE como potencialmente aplicáveis e dois DE como não aplicáveis. Dos seis diagnósticos considerados aplicáveis, foi realizado o mapeamento cruzado através do eixo foco e incluídos os diagnósticos: “Capaz de mobilizar-se” (10028461) como “Mobilidade Física Prejudicada” (00085); “Desconforto” (10023066) como “Conforto Prejudicado” (00214); “Dor” (10023130) como “Dor aguda” (00132); “Agitação” (10025705) como “Ansiedade” (00146); “Contrações uterinas nos limites normais” (10043969) como “Risco de binômio mãe/feto perturbado” (00209); “Medo” condiz com um diagnóstico NANDA (00148). Dos diagnósticos potencialmente aplicáveis, “Ansiedade” já condiz com um diagnóstico NANDA (00146) e já foi incluído com o termo agitação; “Expulsão uterina eficaz” (10020534) e “Dor de período expulsivo presente” (excluído da versão 2019-2020) foi incluído como “Dor no trabalho de parto” (00256) através do eixo e definição; “Controle da dor inadequado” (10039910) foi incluído como “Enfrentamento Ineficaz” (00069), finalizando esta publicação com a inclusão de oito diagnósticos de enfermagem para esta RI.

No estudo 15 (E15), através de uma avaliação diagnóstica por meio de um sistema de informações gerenciais e análise de 5.294 prontuários de mães e crianças, através de um mapeamento cruzado com diagnósticos médicos, à saber: parto normal, parto cesáreo, recém-nascido saudável, febre de dengue em crianças, obtendo cinco diagnósticos de enfermagem mais frequentes, sendo que três foram incluídos nesta revisão após leitura da discussão do autor quando descreve os três diagnósticos mais frequentes relacionados ao parto normal, no trabalho de parto e parto: dor, ansiedade e risco de sangramento.

Por fim, o estudo 16 (E16) através de uma metodologia observacional, descritiva e prospectiva, com uma amostra de 258 gestantes em período de dilatação internadas em cinco hospitais, selecionadas por amostragem não probabilística acidental, usando uma ficha de avaliação previamente validada, buscando identificar a frequência dos diagnósticos dor, medo e ansiedade, os quais foram incluídos nesta revisão, bem como seus fatores relacionados e características definidoras.

A utilização da linguagem padronizada para construção desses diagnósticos e resultados favorece a documentação de enfermagem, que por sua vez, contribui para evidenciar os conceitos importantes para prática profissional. Contabilizou-se 30 (62,5%) diagnósticos de enfermagem CIPE que, após mapeamento cruzado, foram unificados na nomenclatura predominante do estudo, já que esta nomenclatura respondeu por 48 diagnósticos de enfermagem.

Quadro 13 - Diagnósticos de enfermagem por Necessidades Humanas Básicas NANDA e CIPE – Mapeamento cruzado.

NHB	Diagnóstico NANDA/CIPE	Foco Domínio Classe	Estudos
1.1 Oxigenação	<u>Padrão respiratório ineficaz</u> 00032 -NANDA Dispneia - 10029433 - CIPE Hiperventilação - 10047221- CIPE	Padrão respiratório Dom. 4 Classe 4	E1 E4 E10 E13
1.2 Hidratação	<u>Risco de volume de líquidos desequilibrado</u> 00025 - NANDA Risco de desidratação - 10041895 - CIPE	Volume de líquidos equilibrado Dom.2 Classe 5	E1 E8 E9 E10 E12
1.4 Eliminação e troca	<u>Náusea</u> 00134 - NANDA 10000859 – CIPE	Náusea Dom.12 Classe 1	E1 E4 E8 E10
1.5 Sono e repouso	<u>Distúrbio no padrão do sono</u> 00198 – NANDA Sono prejudicado - 10027226 - CIPE	Padrão do sono Dom. 4 Classe 1	E1 E3 E4 E10
1.6 Atividade física, mecânica corporal, motilidade e locomoção	<u>Mobilidade Física Prejudicada</u> 00085 – NANDA Mobilidade prejudicada - 10001219 - CIPE Capaz de mobilizar-se - 10028461 - CIPE	Mobilidade Dom.4 Classe 2	E1 E3 E4 E9 E10 E14
	<u>Fadiga</u> 00093 - NANDA 10000695 – CIPE	Fadiga Dom. 4 Classe 3	E1 E4 E6 E9 E10 E13
1.7 Sexualidade/ Reprodução	<u>Risco de binômio mãe/feto perturbado</u> 00209 - Risco de binômio mãe-feto prejudicado - NANDA Contrações uterinas nos limites normais - 10043969 - CIPE	Binômio materno-fetal Dom.8 Classe 3	E2 E6 E10 E11 E13 E14
	<u>Processo perinatólogo ineficaz</u> 00221 – NANDA	Processo de gravidez Dom.8 Classe 3	E8

1.8 Cuidado Corporal	<u>Déficit no autocuidado para banho</u> 00108 – NANDA Capacidade de tomar banho prejudicada - 10000956 - CIPE	Autocuidado no banho Dom.4 Classe 5	E1 E4
1.9 Integridade física e cutâneo mucosa	<u>Integridade da pele prejudicada</u> 00046 - NANDA 10001290 - CIPE	Integridade da pele Dom. 11 Classe 2	E4 E6 E8 E10 E12 E13
	<u>Risco de integridade da pele prejudicada</u> 00047 - NANDA 10015237 - CIPE	Integridade da pele Dom. 11 Classe 2	E1 E6 E9 E13
	<u>Risco de integridade tissular prejudicada</u> 00248 - NANDA	Integridade tissular Dom. 11 Classe 2	E6 E9 E13
	<u>Integridade tissular prejudicada</u> 00044 - NANDA	Integridade tissular Dom. 11 Classe 2	E13
1.10 Regulação Térmica	<u>Risco de termorregulação ineficaz</u> 00274 – NANDA	Termorregulação Dom. 11 Classe 6	E8 E12 E13
1.11 Regulação Vascular	<u>Risco de sangramento</u> 00206 - NANDA Risco de hemorragia - 10017268 - CIPE	Sangramento Dom.11 Classe 2	E1 E8 E9 E12 E13 E15
	<u>Risco de choque</u> 00205 – NANDA	Choque Dom. 11 Classe 2	E12
	<u>Risco de trauma vascular</u> 00213 – NANDA	Trauma Dom. 11 Classe 2	E12
	<u>Risco de perfusão tissular periférica ineficaz</u> 00228 – NANDA	Perfusão tissular Dom. 4/Classe 4	E12
1.12 Regulação imunológica	<u>Risco de infecção</u> 00004 - NANDA 10015133 - CIPE	Infecção Dom. 11 Classe 1	E1 E2 E3 E4 E8 E9 E10 E12 E13
	<u>Risco de reação alérgica</u> 00217 – NANDA	Reação alérgica Dom.11/Classe 5	E13

	1.13 Percepção dolorosa	<u><i>Dor aguda</i></u> 00132 - NANDA 10000454 - CIPE Dor 10023130 – CIPE	Dor Dom. 12 Classe 1	E1 E2 E3 E4 E8 E10 E12 E13 E14 E15 E16
		<u><i>Dor no trabalho parto</i></u> 00256 - NANDA Dor de período expulsivo presente (Excluído CIPE) Expulsão uterina eficaz - 10020534 - CIPE	Dor no trabalho de parto Dom. 12 Classe 1	E6 E7 E9 E12 E13 E14
	1.14 Conforto	<u><i>Conforto Prejudicado</i></u> 00214 - NANDA Desconforto - 10023066 - CIPE	Conforto Dom.12 Classe 2	E3 E9 E10 E13 E14
		<u><i>Disposição para conforto melhorado</i></u> 00183 – NANDA	Conforto Dom. 12 Classe 1	E9
	1.15 Segurança Física	<u><i>Risco de queda em adultos</i></u> 00303 - NANDA Risco de queda - 10015122 - CIPE	Queda Dom. 11 Classe 2	E1 E8 E9
		<u><i>Risco de contaminação</i></u> 00180 – NANDA	Contaminação Dom. 11 Classe 4	E6 E9 E13
2 . N e c e s s i d a d e s P s i c o s s o c i a	2.1 Segurança emocional	<u><i>Ansiedade</i></u> 00146 - NANDA 10000477 - CIPE Agitação - 10025705 - CIPE	Ansiedade Dom. 9 Classe 2	E1 E2 E3 E4 E8 E9 E10 E13 E14 E15 E16
		<u><i>Medo</i></u> 00148 - NANDA 10000703 – CIPE	Medo Dom. 9 Classe 2	E1 E6 E9 E10 E14 E16
		<u><i>Controle emocional lábil</i></u> 00251 – NANDA	Controle emocional Dom. 5 Classe 4	E9 E13
		<u><i>Sentimento de impotência</i></u> 00125 – NANDA	Poder Dom. 9 Classe 2	E5
	2.2 Amor, aceitação,	<u><i>Parentalidade prejudicada</i></u> 00056 – NANDA	Parentalidade Dom. 7 Classe 1	E12

i s	auto realização	<u><i>Risco de paternidade ou maternidade prejudicada</i></u> 00057 - NANDA <i>Risco de parentalidade prejudicada</i> - 10015198 - CIPE	Parentalidade Dom. 7 Classe 1	E1 E10
		<u><i>Risco de vínculo prejudicado</i></u> - 00058 Risco de ligação afetiva pais-criança prejudicado - 10027203 – CIPE	Vínculo Dom.7 Classe 2	E1 E4
	2.3 Liberdade e participação	<u><i>Enfrentamento ineficaz</i></u> 00069 - NANDA Dificuldade de enfrentamento -10001120 - CIPE Controle da dor inadequado - 10039910 - CIPE	Enfrentamento Dom. 9 Classe 2	E1 E9 E10 E13 E14
		<u><i>Disposição para enfrentamento melhorado</i></u> 00158 – NANDA	Enfrentamento Dom. 9 Classe 2	E9
		<u><i>Manutenção ineficaz da saúde</i></u> 00292 – NANDA	Controle da saúde Dom.1 Classe 2	E10
	2.4 Comunicação	<u><i>Comunicação verbal prejudicada</i></u> 00051 - NANDA 10025104 - CIPE	Comunicação verbal Dom. 5 Classe 5	E1 E4 E10
	2.5 Educação para a saúde/ aprendizagem	<u><i>Conhecimento deficiente</i></u> 00126 – NANDA	Conhecimento Dom.5 Classe 4	E3 E8 E9 E10 E13
		<u><i>Disposição para o conhecimento melhorado</i></u>	Conhecimento	E9
	2.6 Autoestima, autoconfiança , autorrespeito, atenção e autoimagem	<u><i>Baixa autoestima situacional</i></u> - 10000844 – CIPE	Autoestima Dom. 6 Classe 2	E1 E10
	3 N e c e s s i d a d e s P s i c o e s p i r i t u a l i s	3.1 Religiosidade Espiritualida de	<u><i>Sufrimento espiritual</i></u> 00066 – NANDA Angústia espiritual- 10001652 - CIPE	Sufrimento espiritual Dom. 10 Classe 3

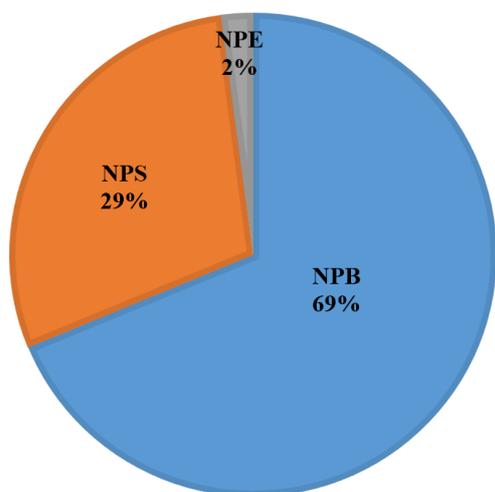
Fonte: elaborado pelo autor.

Após análise criteriosa dos diagnósticos de enfermagem descritos nos estudos selecionados na revisão integrativa, foram descritos 48 diagnósticos de enfermagem voltados à SAE à mulher no trabalho de parto e parto, distribuídos de acordo com as NHB.

Nesta descrição percebe-se a predominância dos diagnósticos voltados às necessidades humanas básicas psicobiológicas, contabilizando 33 diagnósticos (69%), seguida dos diagnósticos relacionados às necessidades psicossociais, com 14 diagnósticos (29%) e, por último, os diagnósticos voltados às necessidades psicoespirituais, apenas uma citação 2% do total. Entendendo que o organismo da mulher sofre alterações orgânicas desencadeadas pelo ciclo gravídico puerperal e, além disso perpassa pela parturição e puerpério, pode-se compreender o valor destes diagnósticos para a assistência de enfermagem nesta etapa.

Corroborando com este resultado, Ubaldo, Matos e Salum (2015), através de uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa, com análise documental para coleta de dados, nos prontuários de 134 pacientes, identificou-se 141 problemas de enfermagem, sendo 117 diagnósticos relacionados às necessidades psicobiológicas, 24 necessidades psicossociais, nenhum diagnóstico relacionado às necessidades psicoespirituais.

Figura 24 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem por NHB.



Fonte: elaborado pelo autor.

Buscando evidenciar quais os diagnósticos de enfermagem obtiveram maior incidência diante dos estudos selecionados, elaborou-se o quadro a seguir, a fim de embasar os resultados desta revisão integrativa.

Quadro 14 - Diagnósticos de enfermagem NANDA por NHB e estudos.

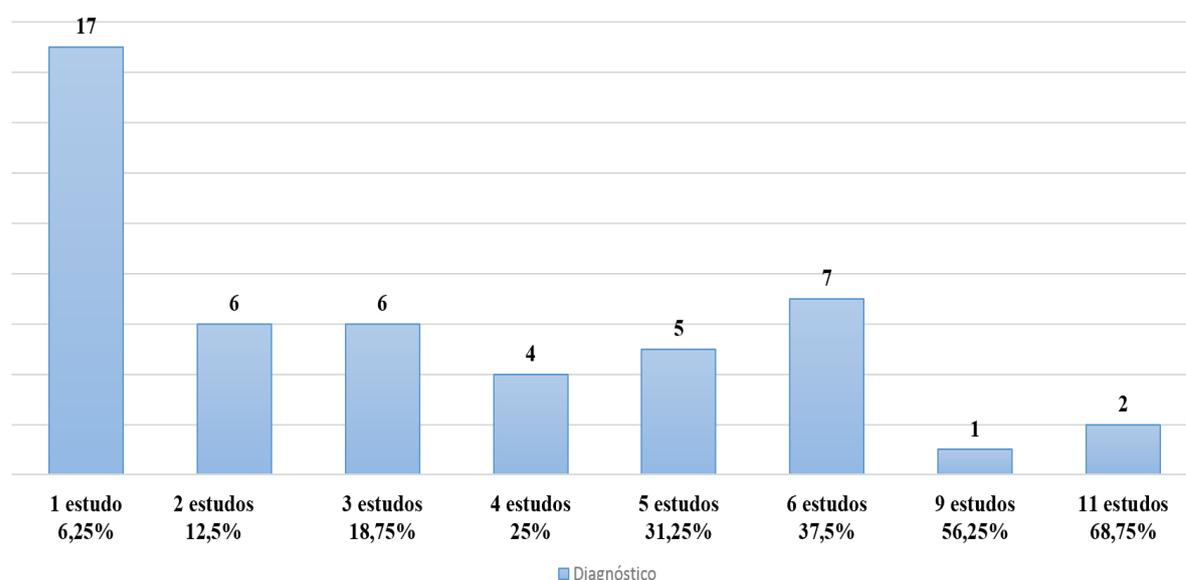
	NHB	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NANDA	ESTUDOS	%
1	1.1 OXIGENAÇÃO	1 Padrão respiratório ineficaz (00032)	E1, E4, E10, E13	25%
	1.2 HIDRATAÇÃO	2 Risco de desequilíbrio eletrolítico (00195) 3 Risco de volume de líquidos deficiente (00028) 4 Volume de líquidos excessivo (00026) 5 Risco de volume de líquidos desequilibrado (00025)	E12	6,25%
			E13	6,25%
			E13	6,25%
			E1, E8, E9, E10, E12	31,25%
	1.3 NUTRIÇÃO	6 Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais (00002) 7 Risco de glicemia instável (00179)	E4, E9, E10	18,75%
			E12	6,25%
	1.4 ELIMINAÇÃO E TROCA	8 Eliminação urinária prejudicada (00016) 9 Náusea (00134)	E3, E4, E8, E10, E13	31,25%
			E1, E4, E8, E10	25%
	1.5 SONO E REPOUSO	10 Insônia (00095) 11 Distúrbio no padrão do sono (00198)	E9, E12	12,5%
			E1, E3, E4, E10	25%
	1.6 ATIVIDADE FÍSICA, MECÂNICA CORPORAL, MOTILIDADE E LOCOMOÇÃO	12 Mobilidade física prejudicada (00085) 13 Fadiga (00093)	E1, E3, E4, E9, E10, E14	37,5%
			E1, E4, E6, E9, E10, E13	37,5%
	1.7 SEXUALIDADE/REPRODUÇÃO	14 Risco de binômio mãe/feto perturbado (00209) 15 Processo perinatólógico ineficaz (00221)	E2, E6, E10, E11, E13, E14	37,5%
E8			6,25%	
1.8 CUIDADO CORPORAL	16 Déficit no autocuidado para banho (00108)	E1, E4	12,5%	
1.9 INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO MUCOSA	17 Integridade da pele prejudicada (00046) 18 Risco de integridade da pele prejudicada (00047) 19 Risco de integridade tissular prejudicada (00248) 20 Integridade tissular prejudicada (00044)	E4, E6, E8, E10, E12, E13	37,5%	
		E1, E6, E9, E13	25%	
		E6, E9, E13	18,75%	
		E13	6,25%	
1.10 REGULAÇÃO TÉRMICA	21 Risco de termorregulação ineficaz (00274)	E8, E12, E13	18,75%	
1.11 REGULAÇÃO VASCULAR	22 Risco de sangramento (00206) 23 Risco de choque (00205) 24 Risco de trauma vascular (00213) 25 Risco de perfusão tissular periférica ineficaz (00228)	E1, E8, E9, E12, E13, E15	37,5%	
		E12	6,25%	
1.12 REGULAÇÃO IMUNOLÓGICA	26 Risco de infecção (00004) 27 Risco de reação alérgica (00217)	E1, E2, E3, E4, E8, E9, E10, E12, E13	56,25%	
		E13	6,25%	
1.13 PERCEPÇÃO DOLOROSA	28 Dor aguda (00132) 29 Dor no trabalho de parto (00256)	E1, E2, E3, E4, E8, E10, E12, E13, E14, E15, E16	68,75%	
		E6, E7, E9, E12, E13, E14	37,5%	
1.14 CONFORTO	30 Conforto prejudicado (00214) 31 Disposição para conforto melhorado (00183)	E3, E9, E10, E13, E14	31,25%	
		E9	6,25%	
1.15 SEGURANÇA FÍSICA	32 Risco de queda em adultos (00303) 33 Risco de contaminação (00180)	E1, E8, E9	18,75%	
		E6, E9, E13	18,75%	
2	2.1 SEGURANÇA EMOCIONAL	34 Ansiedade (00146) 35 Medo (00148) 36 Controle emocional lábil (00251) 37 Sentimento de impotência (00125)	E1, E2, E3, E4, E8, E9, E10, E13, E14, E15, E16	68,75%
			E1, E6, E9, E10, E14, E16	37,5%
			E9, E13	12,5%
			E5	6,25%
	2.2 AMOR, ACEITAÇÃO, AUTORREALIZAÇÃO	38 Parentalidade prejudicada (00056) 39 Risco de paternidade ou maternidade prejudicada (00057) 40 Risco de vínculo prejudicado (00058)	E12	6,25%
			E1, E10	12,5%
			E1, E4	12,5%
2.3 LIBERDADE/PARTICIPAÇÃO	41 Enfrentamento ineficaz (00069) 42 Disposição para enfrentamento melhorado (00158) 43 Manutenção ineficaz da saúde (00292)	E1, E9, E10, E10, E13, E14	37,5%	
		E9	6,25%	
		E10	6,25%	
2.4 COMUNICAÇÃO	44 Comunicação verbal prejudicada (00051)	E1, E4, E10	18,75%	
2.5 EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE / APRENDIZAGEM	45 Conhecimento deficiente (00126) 46 Disposição para o conhecimento melhorado (00161)	E3, E8, E9, E10, E13	31,25%	
		E9	6,25%	
2.6 AUTOESTIMA	47 Baixa autoestima situacional (00161)	E1, E10	12,5%	
3 NPE	3.1 Religiosidade / Espiritualidade	48 Sofrimento espiritual (00066)	E1	6,25%

Fonte: desenvolvido pelo autor.

Observou-se a ocorrência de 48 diagnósticos de enfermagem, destacaram-se dez diagnósticos de enfermagem nos estudos: “Dor aguda” (00132) e “Ansiedade” (00146) que foi apresentado em 11 publicações (68,75%); “Risco de infecção” (00004), em 9 estudos

(56,25%); e com incidência em seis estudos (37,5%) “Mobilidade física prejudicada” (00085), “Fadiga” (00093), “Risco de binômio mãe/feto perturbado” (00209), “Integridade da pele prejudicada” (00046), “ Risco de sangramento” (00206), “Trabalho de parto” (00256) e, “Medo” (00148). Vale destacar que, dezessete diagnósticos de enfermagem apresentaram-se apenas em um estudo (6,25), seis diagnósticos em dois estudos (12,5%), como também 6 diagnósticos em três (18,75%), quatro em quatro estudos (25%) e, por fim, cinco em cinco publicações (31,25%). Dessa forma, apenas três diagnósticos tiveram incidência superior à 50% da amostra a saber: “Dor aguda” (00132) e “Ansiedade” (00146) com 68,75% cada; “Risco de infecção” (00004) com 56,25%, onde destaca-se a incidência dos diagnósticos referentes às necessidades psicobiológicas.

Figura 25 – Incidência dos diagnósticos de enfermagem por estudo.



Fonte: desenvolvido pelo autor.

A fim de tornar os dados descritivos referentes às características definidoras e fatores relacionados descritos nos estudos selecionados nesta revisão, desenvolveu-se os Quadros 15, 16, 17, 18, 19 e 20.

Quadro 15 - Diagnósticos de enfermagem 1-12 com características definidoras e fatores relacionados de acordo com os estudos.

Diagnóstico de enfermagem	Características definidoras	Fatores relacionados
1 Padrão respiratório ineficaz (00032)	- Dispneia; - Hiperventilação em resposta à dor; - Taquipnéia; - Respiração inconsciente.	- Ansiedade/apreensão; - Dor; - Fadiga; - Contrações uterinas; - Pressão do útero sobre a veia cava em decúbito dorsal reduzindo o retorno venoso; - Doenças cardiorrespiratórias pré-existentes; - Aumento da ventilação em resposta às contrações uterinas; - Excesso de volume de líquidos.
2 Risco de desequilíbrio eletrolítico (00195)	- Vômito.	- Mecanismo de regulação comprometido; - Regime de tratamento; - Volume de líquidos excessivo; - Volume de líquidos deficiente; - Alterações fisiológicas da gravidez que aumenta em 40% o débito cardíaco; - Retenção de sódio e água por alterações hormonais; - Edema pela redução na pressão coloidosmótica plasmática.
3 Risco de volume de líquidos deficiente (00028)	- Sede, lábios ressecados; - Membranas mucosas ressecadas; - Perda de volume de fluido ativo; - Fraqueza; - Aumento da temperatura corporal; - Aumento da frequência cardíaca; - Diminuição da pressão arterial; - Aumento da concentração urinária.	- Barreira de acesso à líquidos; - Privação na ingestão de líquidos; - Ingestão insuficiente de líquidos; - Náuseas, vômitos; - Líquidos extravasculares, redução retorno venoso; - Alterações fisiológicas que afetam a absorção de líquidos na gestação.
4 Volume de líquidos excessivo (00026)	- Acesso venoso periférico;	
5 Risco de volume de líquidos desequilibrado (00025)	- Edema.	
6 Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais (00002)	- Hipoglicemia; - Fome; - Letargia; - Ingestão de alimentos menor que a ingestão diária recomendada.	- Restrição alimentar; - Dor; - Náusea; - Vômito; - Maior demanda de energia.
7 Risco de glicemia instável (00179)	- Hipoglicemia.	- Hipertensão induzida pela gravidez; - Infecções; - Restrição alimentar.
8 Eliminação urinária prejudicada (00016)	- Retenção urinária; - Esvaziamento frequente; - Oligúria; - Hesitação urinária.	- Compressão uterina sobre ureteres em decúbito dorsal; - Infecção urinária.
9 Náusea (00134)	- Aversão a alimentos; - Ânsia de vômito.	- Ansiedade; - Medo; - Trabalho de parto; - Estímulos ambientais e visuais.
10 Insônia (00095)	- Expressa insatisfação com o sono; - Humor alterado; - Alteração no padrão do sono, - Energia insuficiente.	- Ansiedade; - Medo; - Desconforto físico; - Estressores ambientais; - Contrações uterinas; - Dor.
11 Distúrbio no padrão do sono (00198)	- Despertar não intencional; - Dificuldade para manter o sono; - Insatisfação com o sono; - Não se sentir descansado.	- Desconforto decorrente do mal posicionamento em virtude da dor no trabalho de parto; - Ansiedade; - Falta de adaptação ao ambiente; - Ambiência (luminosidade, poluição sonora); - Privacidade insuficiente; - Dor no trabalho de parto.
12 Mobilidade Física Prejudicada (00085)	- Dificuldades de deambulação; - Deambula com ajuda; - Instabilidade postural; - Movimentos descoordenados; - Restrição de movimentos.	- Ansiedade; - Apoio ambiental insuficiente; - Desconforto e dor; - Sonda vesical de demora; - Infusão intravenosa contínua de ocitocina.

Fonte: desenvolvido pelo autor.

Quadro 16 - Diagnósticos de enfermagem 13-20 com características definidoras e fatores relacionados de acordo com os estudos.

Diagnóstico de enfermagem	Características definidoras	Fatores relacionados
13 Fadiga (00093)	<ul style="list-style-type: none"> - Expressa falta de energia e cansaço, fraqueza; - Cansaço; - Ansiedade; - Sonolência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedade; - Contração uterina; - Tensão muscular causada pela dor; - Aumento do esforço físico; - Estressores; - Anemia; - Dor do trabalho de parto; - Adoção de posicionamento inadequado devido a dor; - Respiração não efetiva; - Sono e repouso prejudicado; - Ambiente desfavorável; - Condição fisiológica (gestação); - Falta de condicionamento físico.
14 Risco de binômio mãe/feto perturbado (00209)	<ul style="list-style-type: none"> - Alterações na frequência cardíaca fetal; - Alterações nas contrações uterinas; - Transferência de oxigênio ao feto comprometida; - Hipóxia fetal; - Taquicardia fetal; - Clampeamento oportuno do cordão; - Realização de contato pele a pele; - Monitoramento bem estar materno fetal; - Realização de cardiocografia; - Posicionamento materno em decúbito lateral esquerdo; - Contrações uterinas interrompendo parcial ou completamente o fluxo sanguíneo placentário; - Atividade uterina excessiva; - Redução da pressão sanguínea materna; - Compressão do cordão umbilical pela oligodramnia e aumento das contrações. 	<ul style="list-style-type: none"> - Regime de tratamento - Multiparidade; - Cesárias anteriores; - Abortamentos sucessivos; - Diagnóstico obstétrico; - Estimulação excessiva das contrações uterinas pelo uso de ocitocina, levando a hiperatividade uterina e hipóxia fetal; - Uso de meperidina; - Ruptura das membranas ovulares; - Fenômeno compressivo aortocava na posição supina, intensificado pelas contrações uterinas, provocando menor fluxo sanguíneo e comprometimento fetal. <p>Fatores de risco: abuso de álcool, uso de drogas ilícitas, cuidado pré-natal ausente/inadequado, ganho de peso gestacional insatisfatório, tabagismo, violência, apoio do parceiro e/ou social ausente/insuficiente.</p> <p>Populações em risco: extremos de idade, pré-eclâmpsia em gestação anterior, gravidez indesejada, gestante com baixo nível educacional, gestante desfavorecida economicamente.</p> <p>Condições associadas: complicações gestacionais, alterações do metabolismo da glicose, regime de tratamento, transferência de oxigênio ao feto comprometida, condições maternas.</p>
15 Processo perinatólogo ineficaz (00221)	<ul style="list-style-type: none"> - Sem apoio social (acompanhante); - Comportamento de vínculo insuficiente; - Pré-natal ausente ou inadequado; - Estilo de vida inadequado para o estágio do trabalho de parto; - Respeito insuficiente pelo bebê ainda não nascido; - Preparo inadequado/ausente de itens para o recém-nascido; - Redução da proatividade durante o trabalho de parto e o nascimento; - Resposta inadequada ao início do trabalho de parto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Abuso de substâncias; - Ambiente inseguro; - Conhecimento insuficiente sobre o processo perinatólogo; - Cuidado pré-natal insuficiente; - Disposição cognitiva insuficiente para a paternidade/maternidade; - Exemplo paterno/materno insuficiente; - Sistema de apoio insuficiente; - Sofrimento psicológico materno; - Violência doméstica.
16 Déficit no autocuidado para banho (00108)	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade prejudicada de acessar o banheiro; - Capacidade prejudicada de lavar e secar o corpo; - Falta de higiene corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedade; - Mobilidade física prejudicada; - Dor; - Fraqueza.
17 Integridade da pele prejudicada (00046)	<ul style="list-style-type: none"> - Superfície da pele danificada; - Laceração do perineo e/ou vagina; - Episiotomia; - Episiorrafia; - Cateter venoso periférico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Edema; - Cateter venoso; - Dispositivos médicos; - Laceração no canal do parto; - Episiotomia; - Episiorrafia.
18 Risco de integridade da pele prejudicada (00047)	<ul style="list-style-type: none"> - Turgor alterado; - Dor aguda; - Sangramento; - Secreções; - Dispositivos médicos; - Auxílio no desprendimento do polo cefálico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desvios do IMC; - Edema; - Pele úmida e secreções; - Trabalho de parto; - Desprendimento do polo cefálico; - Uso de medicações (ocitocina); - Ruptura de membranas oculares; - Lesão ou cirurgia prévia; - Anemia; - Infecções.
19 Risco de integridade tissular prejudicada (00248)	<ul style="list-style-type: none"> - Lesão tecidual; - Lesão do tecido vaginal e perineal; - Episiotomia; - Sutura; - Revisão do canal de parto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fricção de superfície; - Perfusão tecidual diminuída; - Dispositivos médicos; - Procedimentos cirúrgicos, - Fator mecânico; - Umidade; - Parto instrumentado; - Passagem do feto pelo canal do parto.
20 Integridade tissular prejudicada (00044)	<ul style="list-style-type: none"> - Integridade da pele prejudicada; - Sangramento; - Dor aguda; - Lesão tecidual da vagina e perineo; - Episiotomia; - Sutura; - Revisão do canal de parto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão do canal de parto; - Auxílio no desprendimento do polo cefálico; - Parto instrumentado; - Passagem do feto pelo canal do parto.

Fonte: desenvolvido pelo autor.

Quadro 17 - Diagnósticos de enfermagem 21-27 com características definidoras e fatores relacionados de acordo com os estudos.

Diagnóstico de enfermagem	Características definidoras	Fatores relacionados
21 Risco de termorregulação ineficaz (00274)	<ul style="list-style-type: none"> - Hipotermia/hipertermia; - Desconforto respiratório; - Taquicardia/bradicardia; - Pele fria/quente; - Letargia/irritabilidade; - Piloereção; - Vasoconstrição periférica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento da demanda de oxigênio; - Atividade rigorosa; - Desidratação; - Vestimentas inadequadas; - Infecção.
22 Risco de sangramento (00206)	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de formação do globo de segurança de Pinard; - Taquisistolia uterina; - Dequitação placentária incompleta; - Parto vaginal operatório; - Trabalho de parto com distócias; - Lesões útero placentárias; - Lesões de trajeto; - Traumas perineais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Complicações na gravidez/parto; - Atonia uterina; - Retenção da placenta/restos placentários; - Anemia; - Coagulação intravascular disseminada; - Gestações múltiplas; - Polidrâmnio; - Parto vaginal operatório; - Trabalho de parto com distócias; - Lesões útero placentárias; - Lesões de trajeto; - Traumas; - Taquisistolia uterina.
23 Risco de choque (00205)	<ul style="list-style-type: none"> - Sangramento; - Diminuição da pressão arterial; - Taquicardia; - Bradicardia; - Desconforto respiratório; - Letargia/agitação; - Hipotermia; - Preenchimento capilar diminuído. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sangramento; - Trauma no parto; - Procedimentos cirúrgicos.
24 Risco de trauma vascular (00213)	<ul style="list-style-type: none"> - Cateter venoso central; - Cateter venoso periférico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Local de inserção do cateter; - Tempo de inserção do cateter; - Infusão de substâncias irritantes; - Taxa de infusão rápida.
25 Risco de perfusão tissular periférica ineficaz (00228)	<ul style="list-style-type: none"> - Sangramento; - Diminuição da pressão arterial; - Taquicardia; - Bradicardia; - Desconforto respiratório; - Letargia/agitação; - Hipotermia/hipertermia; - Preenchimento capilar diminuído. 	<ul style="list-style-type: none"> - Líquidos no espaço extravascular; - Redução do retorno venoso; - Aumento da carga; - Aumento do débito cardíaco e pressão arterial durante o parto relacionado ao trabalho de parto, ansiedade, esforço, dor, contrações uterinas, postura, hemorragias, complicações do parto.
26 Risco de infecção (00004)	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de dispositivos (cateter venoso, vesical); - Exames laboratoriais; - Higiene inadequada; - Líquido amniótico meconial, com odor; - Leucorreia; - Tempo prolongado de ruptura das membranas amnióticas; - Disúria, polaciúria; - Laceração vaginal, episiotomia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Integridade da pele prejudicada; - Ruptura anteparto das membranas amnióticas; - Ruptura prolongada de membrana amniótica; - Procedimentos invasivos (amniotomia, sutura); - Acesso venoso periférico; - Lesões prévias; - Doenças crônicas; - Hábitos: etilismo, tabagismo; - Condições de saúde preexistentes e atuais; - Esquema de vacina incompleto; - Elevado número de toques vaginas; - Tempo de trabalho de parto; - Vulvovaginites; - Infecção urinária; - Resultados laboratoriais; - Mecônio; - Processos infecciosos; - Higiene perineal deficiente; - Conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos.
27 Risco de reação alérgica (00217)	<ul style="list-style-type: none"> - Prurido; - Edema; - Rubor; - Desconforto respiratório. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição ambiental; - Exposição a medicamentos.

Fonte: desenvolvido pelo autor.

Quadro 18 - Diagnósticos de enfermagem 28-33 com características definidoras e fatores relacionados de acordo com os estudos.

Diagnóstico de enfermagem	Características definidoras	Fatores relacionados
28 Dor aguda (00132)	<ul style="list-style-type: none"> - Alterações no apetite e no padrão do sono; - Relata a intensidade usando escala de dor; - Comportamentos expressivos: choro, inquietação, medo, grito, agitação; - Comportamento protetor; - Desesperança; - Diaforese; - Expressões corporais e faciais de dor; - Dor em baixo ventre/lombar; - Foco em si próprio; - Posicionamento para aliviar a dor; - Incapacidade de relaxar; - Preocupação; - Sentimentos negativos; - Alteração no tônus da musculatura; - Respostas autônomas; - Alterações na pressão sanguínea/frequência cardíaca; - Respiração inconsciente; - Medida na dinâmica uterina; - Laceração, episiotomia, anestesia, episiorrafia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Contrações uterinas; - Intensidade das contrações uterinas; - Dilatação do colo uterino; - Contração e distensão das fibras uterinas; - Distensão do canal de parto; - Tração dos anexos e peritônio; - Pressão sobre uretra, bexiga, plexo lombo-sacro e outras estruturas pélvicas; - Lacerações nos tecidos vaginal e perineal; - Episiotomia; - Falta de acolhimento; - Falta de protagonismo; - Ausência do uso de métodos de alívio da dor; - Ruptura das membranas; - Aspectos físicos e emocionais; - Fatores culturais, psicossociais e espirituais.
29 Dor no trabalho parto (00256)	<ul style="list-style-type: none"> - Evidência observada de dor/ contração uterina; - Alteração do tônus muscular; - Relato verbal ou codificado; - Diaforese; - Comportamento expressivo; - Expressão facial de dor; - Gestos de defesa; - Comportamento de distração; - Posição antálgica; - Comportamento de distração; - Foco em si próprio; - Sensação de pressão no perineo; - Relata o ciclo sono-vigília alterado; - Dilatação da pupila; - Pressão arterial alterada, taquipneia, taquicardia; - Alteração na função neuroendócrina; - Apetite aumentado/reduzido; - Náuseas e vômitos; - Debilidade; - Palidez. 	<ul style="list-style-type: none"> - Posição supina; - Medo do parto; - Ansiedade; - Inadequado conhecimento sobre o parto; - Preparação inadequada para lidar com a dor do parto; - Percepção da dor do parto como negativo, ameaçador, antinatural; - Sala de parto barulhenta e/ou superlotada; - Duração prolongada do trabalho de parto; - Dilatação do colo uterino; - Contração e distensão das fibras uterinas; - Frequência, duração e intensidade das contrações uterinas; - Distensão do canal de parto e perineo; - Tração dos anexos e peritônio; - Pressão sobre uretra, bexiga, plexo lombo-sacro e outras estruturas pélvicas; - Falta de acolhimento; - Falta de protagonismo; - Falta do uso de métodos de alívio da dor; - Ruptura das membranas.
30 Conforto Prejudicado (00214)	<ul style="list-style-type: none"> - Alteração no padrão de sono - Choro/lamento/gemidos/ suspiros; - Desconforto/descontentamento/ inquietamento/sofrimento/ irritabilidade; - Dor; - Incapacidade de relaxar; - Medo/ ansiedade; - Sensação de calor/frio; - Sede; - Higiene inadequada (pessoal ou do leito); - Percepção incômoda relacionada ao ambiente; - Relatos de incômodo com hidratação venosa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Controle inadequado sobre meio ambiente; - Recursos de saúde inadequados; - Controle situacional inadequado; - Privacidade insuficiente; - Dispositivos e procedimentos assistenciais; - Estímulo ambiental desagradável; - Restrição de movimentos/posicionamento; - Ambiente hospitalar hostil; - Ausência de métodos não farmacológicos de alívio da dor; - Dificuldade/impossibilidade de realizar higiene corporal/intima; - Sobreposição do saber científico dos profissionais sobre a autonomia e protagonismo femininos; - Contrações uterinas; - Contração e estiramento dos ligamentos pélvicos e dorsais que levam a dor.
31 Disposição para conforto melhorado (00183)	<ul style="list-style-type: none"> - Expressa desejo de aumentar a sensação de contentamento, aumentar o conforto, relaxamento e resolução das queixas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dor no trabalho de parto; - Ambiência; - Modelo assistencial; - Ambiência; - Falta de protagonismo.
32 Risco de queda em adultos (00303)	<ul style="list-style-type: none"> - Movimentos descoordenados; - Agitação psicomotora; - Inapetência; - Náuseas/ vômitos; - Distúrbio no padrão do sono; - Hipotensão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Anemia; - Hipotensão ortostática; - Agitação/ansiedade; - Dor; - Hipoglicemia; - Ambiência.
33 Risco de contaminação (00180)	<ul style="list-style-type: none"> - Contaminação fecal no momento do parto; - Assepsia inadequada no momento do parto; - Ausência/contaminação de material estéril. 	<ul style="list-style-type: none"> - Laceração; - Episiotomia; - Falta/falha na assepsia no momento do parto; - Ausência/contaminação de material estéril.

Fonte: desenvolvido pelo autor.

Quadro 19 - Diagnósticos de enfermagem 34-39 com características definidoras e fatores relacionados de acordo com os estudos.

Diagnóstico de enfermagem	Características definidoras	Fatores relacionados
34 Ansiedade (00146)	<ul style="list-style-type: none"> - Choro; - Expressão de angústia, ansiedade, desamparo, tensão, medo, insegurança, fadiga, nervosismo, preocupação, desconforto; - Respostas autonômicas; - Boca seca, náusea; - Insônia; - Agitação psicomotora; - Extremidades frias; - Expressa sensação de desmaio/fraqueza muscular; - Tremores; - Alteração no padrão respiratório; - Aumento da pressão arterial; - Aumento da frequência cardíaca; - Aumento da sudorese; - Comportamentos defensivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dor; - Mudança nos papéis sociais; - Trabalho de parto; - Medo do que pode acontecer ao seu filho; - Crenças culturais; - Significados sobre o papel da mulher; - Autoconceito; - Experiência anterior desagradável; - Falta de conhecimento sobre o trabalho de parto e parto; - Crise situacional; - Modelo obstétrico medicalizado e intervencionista; - Cuidado desumanizado, fragmentado; - Ausência de acompanhante; - Ausência de métodos não farmacológicos de alívio da dor; - Direitos não respeitados.
35 Medo (00148)	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimento de ameaça/perigo/angústia - Dispneia - Aumento da pressão arterial; - Aumento da frequência cardíaca e respiratória; - Náusea/ vômito ; - Aumento da sudorese; - Comportamentos impulsivos/ defensivos/ negativo e infeliz; - Refere apreensão/medo/ preocupação relacionados à dor, ao parto, ficar sozinho ou morrer; - Foco direcionado para a fonte do medo; - Autoconfiança diminuída; - Expressa alarme, medo intenso, tensão, ansiedade, angústia, - Expressa nervosismo, agitação psicomotora, grito; voz trêmula; - Boca seca; - Fadiga; - Autossegurança diminuída; - Recusa de ser examinada; - Pedido de ajuda; - Tensão muscular. 	<ul style="list-style-type: none"> - Parturição; - Primiparidade; - Separação do sistema de apoio; - Perda de controle e ao resultado imprevisível secundário a falta de conhecimento; - Dor; - Gestação, acompanhada de estado de alerta; - Ausência de familiaridade com o local; - Crenças culturais sobre o parto (evento significativo ou estressante); - Conceito sobre o papel da mulher e sua autoconcepção; - Resposta à ameaça e a situação desconhecida;
36 Controle emocional lábil (00251)	<ul style="list-style-type: none"> - Choro; - Ansiedade/desespero; - Risadas excessivas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento inadequado sobre controle de sintomas; - Fadiga; - Perturbação emocional.
37 Sentimento de impotência (00125)	<ul style="list-style-type: none"> - Dependência na tomada de decisão; - Descrença no próprio corpo; - Sensação de perda do controle; - Passividade às intervenções; - Sentimento de insegurança (falta de confiança, sentir-se em risco ou desprotegido); - Sentimento de frustração; - Sentimento de fracasso, perda ou mau êxito na conclusão de um objetivo; - Angústia; - Desesperança; - Medo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Violência obstétrica; - Cultura da medicalização; - Conhecimento insuficiente sobre o desempenho do papel; - Comunicação deficiente; - Ansiedade; - Experiências progressas negativas; - Pré-natal inadequado; - Ambiente institucional disfuncional; - Dor; - Medo. <u>Populações em risco</u> - Primiparidade; - Vulnerabilidade social; - Indução do parto; - Distócia; - Depressão; - Gestação de Alto Risco.
38 Parentalidade prejudicada (00056)	<ul style="list-style-type: none"> - Comportamento hostil/ impulsivo; - Comunicação negativa; - Rejeição da criança 	<ul style="list-style-type: none"> - Papel parental alterado; - Sintomas depressivos; - Processos familiares disfuncionais; - Conflito conjugal.
39 Risco de paternidade ou maternidade prejudicada (00057)	<ul style="list-style-type: none"> - Angústia; - Sofrimento; - Insatisfação; - Desânimo; - Desapontamento; - Tristeza. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de planejamento associados à gravidez não desejada; - Imaturidade psíquica, emocional e social para assumir novas responsabilidades; - Falta de apoio familiar; - Pais solteiros; - Conflito conjugal; - Pais emocionalmente perturbados; - Vítimas de violência; - Adolescentes, - Alcolátras, viciados em drogas; - Deficientes agudos; - Crianças deficientes, de sexo ou características indesejadas.

Fonte: desenvolvido pelo autor.

Quadro 20 - Diagnósticos de enfermagem 40-48 com características definidoras e fatores relacionados de acordo com os estudos.

Diagnóstico de enfermagem	Características definidoras	Fatores relacionados
40 Risco de vínculo prejudicado (00058)	<ul style="list-style-type: none"> - Angústia; - Sofrimento; - Insatisfação; - Desânimo; - Desapontamento; - Tristeza. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de planejamento associados à gravidez não desejada; - Imaturidade psíquica, emocional e social para assumir novas responsabilidades; - Falta de apoio familiar; - Desconhecimento da maternidade/paternidade; - Separação entre pais e filhos; - Ansiedade; - Uso indevido de substâncias.
41 Enfrentamento ineficaz (00069)	<ul style="list-style-type: none"> - Resposta afetiva alterada; - Padrão de comunicação alterado; - Capacidade prejudicada em lidar com a situação; - Ansiedade, estresse, medo, fadiga; - Dor; - Alteração no padrão do sono; - Incapacidade de atender às expectativas do papel; - Relutância na aceitação da terapêutica; - Hesitante em tentar novas situações; - Refere não ter energia/força; - Incapaz de lidar com os acontecimentos; - Constrangimento durante o exame ginecológico; - Comportamento destrutivo em relação a si mesmo/outros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Confiança inadequada na capacidade de lidar com uma situação; - Separação do acompanhante; - Concepção sociocultural sobre o parto; - Tempo de trabalho de parto; - Aspectos psicossociais; - Assistência prestada; - Experiência do processo de parturição; - Crise situacional; - Falta de conhecimento sobre trabalho de parto e parto; - Falta de acesso aos métodos não farmacológicos de alívio da dor; - Oportunidade inadequada para preparar-se para estressores.
42 Disposição para enfrentamento melhorado (00158)	<ul style="list-style-type: none"> - Expressa desejo de melhorar o controle dos estressores; - Expressa desejo de aumentar o uso de estratégias orientadas a problemas/ recursos espirituais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Processo de parturição.
43 Manutenção ineficaz da saúde (00292)	<ul style="list-style-type: none"> - Não realização das consultas de pré-natal; - Não segue orientações do período gestacional; - Não participação em grupos de orientação; - Não busca informações sobre a saúde; - Não participa do cuidado durante o trabalho de parto; - Comportamentos de tabagismo, drogas, álcool, obesidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sintomas depressivos; - Dificuldade na tomada de decisão; - Estratégias de enfrentamento ineficazes; - Enfrentamento familiar ineficaz; - Baixa autoeficácia; - Angústia espiritual.
44 Comunicação verbal prejudicada (00051)	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalização inadequada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Labilidade emocional; - Dor no trabalho de parto; - Repercussões psicofísicas e sócias do trabalho de parto e parto.
45 Conhecimento deficiente (00126)	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalização do problema de falta de acesso à informações sobre TP/Parto no pré-natal; - Comportamento inapropriado/ insuficiente; - Seguimento de instruções inadequado; - Falta de conhecimento sobre exames, tecnologias e procedimentos no parto e seus possíveis resultados; - Participação/ confiança inadequada nos cuidados; - Baixa autoeficácia; - Compreensão comprometida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informações sobre TP/Parto insuficiente/inadequadas no pré-natal afetando o protagonismo e a capacidade de decisão; - Desinformação; - Acesso inadequado aos recursos; - Consciência inadequada.
46 Disposição para o conhecimento melhorado (00161)	<ul style="list-style-type: none"> - Expressa desejo de aprender/ melhorar a aprendizagem. 	
47 Baixa autoestima situacional (00120)	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalizações autonegativas; - Subestima a capacidade de lidar com a situação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fadiga; - Impotência; - Modificações corporais; - Labilidade emocional; - Falta de reconhecimento do companheiro; - Distúrbio da imagem.
48 Sofrimento espiritual (00066)	<ul style="list-style-type: none"> - Choro; - Expressa sentir-se abandonado por poder maior; - Expressa coragem insuficiente, perda de confiança, perda de controle, perda de esperança, perda de serenidade, sofrimento; - Fadiga; - Medo; - Questiona a própria dignidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedade; - Baixa autoestima; - Dor; - Regime de tratamento; - Crise espiritual; - Existência ou inexistência de um apoio social e religião.

Fonte: desenvolvido pelo autor.

Obtém-se que algumas palavras se repetem no texto “dor” 61 vezes, “risco” 31 vezes, “trabalho de parto” 24 vezes, “ansiedade” 22 vezes, enfatizando a importância destas para o cuidado na assistência ao parto. Observa-se também a diversidade de diagnósticos, características definidoras e fatores relacionados, o que pode comprometer a qualidade da assistência por falta de conhecimento por parte do enfermeiro, falta de uniformidade e padronização das práticas de acordo com a necessidade básica humana afetada ou o domínio afetado. Este compilado também pode embasar a prática do enfermeiro, tendo em vista a individualidade da SAE, em busca da melhor descrição diagnóstica.

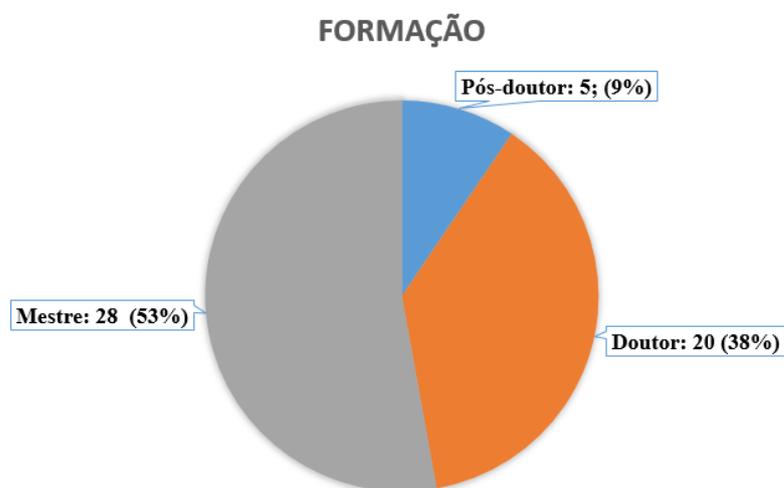
5.2 - SEGUNDA ETAPA – AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS UTILIZANDO A TÉCNICA *DELPHI*

5.2.1 - Caracterização dos Participantes

Dos 53 participantes, todos eram enfermeiros (100%). Em relação ao tempo de formação, a maior parte dos especialistas tem entre 10 e 19 anos de formado (47,2%), seguido dos que têm entre 20 a 29 anos (32,1%), oito (15,1%) tem menos de 10 anos de formação e, uma parcela menor apresentou mais de 30 anos de formação (5,6%).

Em relação à titulação, 52,8% dos especialistas são mestres; 37,7% são doutores e, 9,5% deles são pós-doutores.

Figura 26 - Distribuição do percentual dos especialistas segundo a formação.



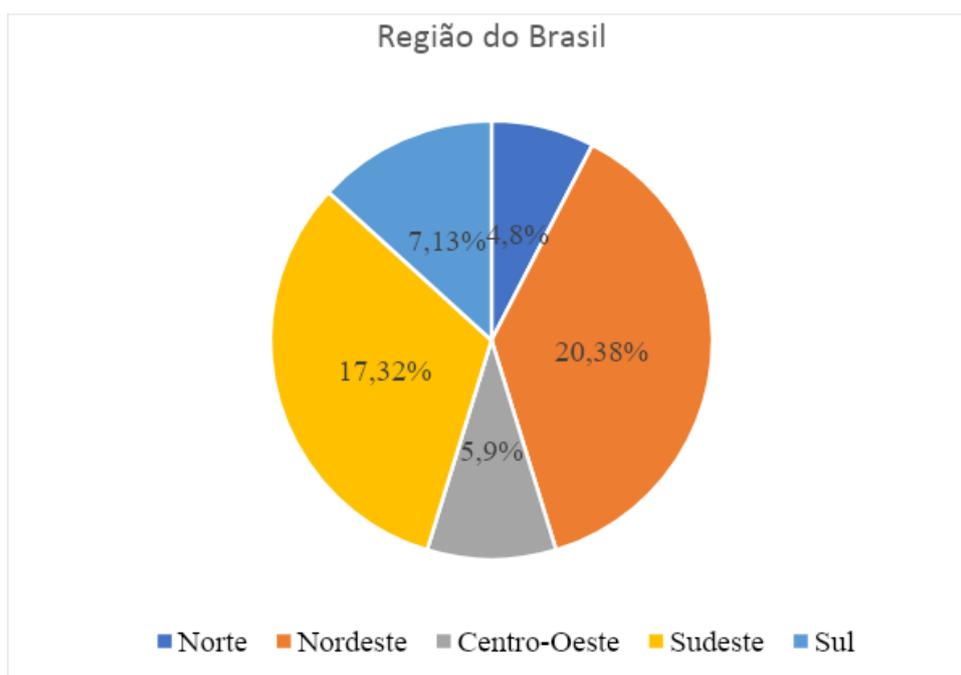
Fonte: desenvolvido pelo autor.

Corroborando com este resultado, Albuquerque *et al* (2023), em estudo de validação de conteúdo de um instrumento de investigação para aplicação do processo de Enfermagem em infecções sexualmente transmissíveis, obteve perfil profissional com tempo de formação variou entre 14 a 27 anos; 71,42% possuíam doutorado, 21,42% mestrado e 7,14% graduação com especialização, vislumbrando o crescimento e aprimoramento profissional de enfermagem.

Quando foram questionados sobre a área de atuação atual, obteve-se 52 respostas, apenas um especialista não respondeu, observando-se que dezenove especialistas atuam em mais de uma área 35,5%. Este resultado demonstra que muitos profissionais de enfermagem praticam dupla jornada de trabalho, o que é inspiração para muitas pesquisas diante do cenário do adoecimento e a profissão de enfermagem. Além disso, obteve-se que a maioria, 64,5 % (34) atuam em apenas uma área. Podemos concluir que 44 especialistas atuam na docência (84,6%), dezoito na assistência (34,6%) e onze especialistas atuam na gestão (21,15%), observando que este número inclui os enfermeiros com mais de um vínculo profissional.

Quando indagados sobre a região do Brasil em que atuam a maior parte dos especialistas atuam na região Nordeste (37,7%), seguidos dos que atuam na região Sudeste (32,1%), região Sul (13,2%), região Centro-Oeste (9,4%) e região Norte (7,5%), de acordo com a figura 20.

Figura 27 – Distribuição do percentual dos especialistas segundo a região do Brasil.



Fonte:

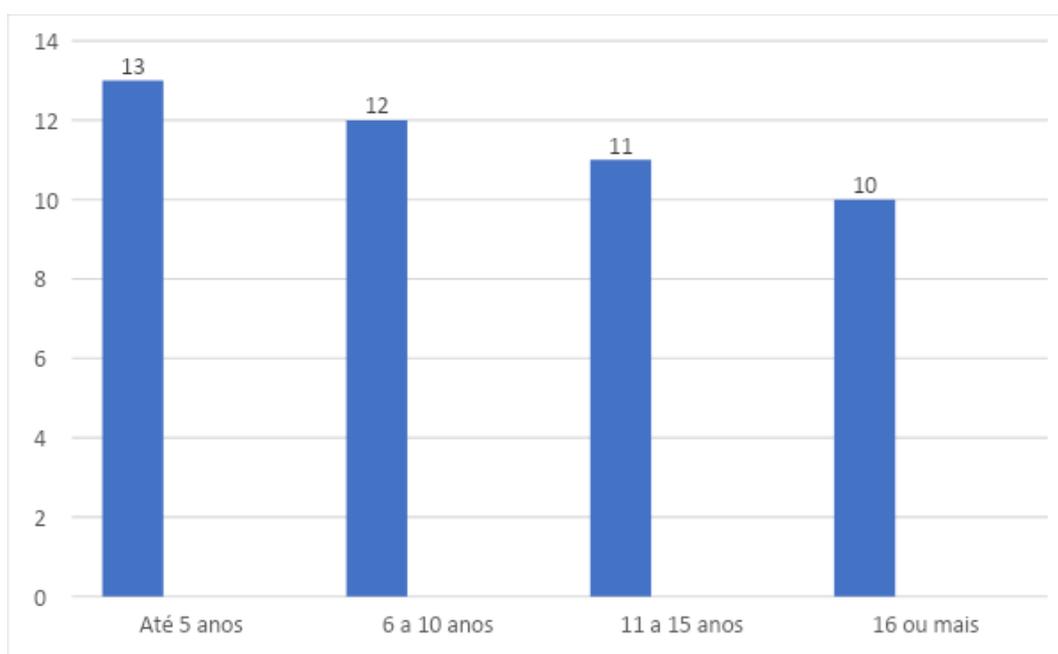
elaborado

pelo

autor.

A maior parte dos especialistas atuam ou atuaram diretamente na assistência ao parto (86,8%). Em relação por quanto tempo atua ou atuou na assistência ao parto, todos possuem experiência na assistência ao parto: 28,3% dos especialistas atuam ou atuaram em menos de 6 anos; 26,1% atuam ou atuaram por 6 a 10 anos; 23,9% participam ou participaram da assistência ao parto entre 11 a 15 anos e, 21,7% há dezesseis anos ou mais; confirmando a experiência profissional na assistência ao parto de pelo menos 6 anos em 71,7% dos especialistas.

Figura 28 - Distribuição do número de especialistas segundo o tempo de graduação.



Fonte: desenvolvido pelo autor.

Observa-se que a amostra dos especialistas são enfermeiros obstetras, com tempo de formação predominante entre 10 e 19 anos e que 33 tem entre 6 e 19 anos de graduados (71%), sendo que 7 não responderam a este item.

Quanto à qualificação profissional, 52,8% são mestres e 37,7% doutores, compondo uma amostra de mestres e doutores de 90,5% e de pós-doutores de 9,5%.

A maior parte dos especialistas atuam ou atuaram diretamente na assistência ao parto (86,8%), com uniformidade nas respostas quanto ao tempo que atua ou atuou na assistência ao parto variando entre menos de 5 anos ou mais de dezesseis anos. Os dados da caracterização dos especialistas estão descritos na tabela abaixo.

Tabela 5 - Caracterização dos especialistas segundo múltiplas variáveis, Fortaleza, CE, Brasil, 2024.
Fortaleza, CE, Brasil, 2024.

Variáveis	Nº	%
Tempo de formação		
< 10 anos	8	15,1
10 a 19 anos	25	47,2
20 a 29 anos	17	32,1
30 ou mais anos	3	5,6
Titulação		
Doutorado	20	37,7
Mestrado	28	52,8
Pós-doutorado	5	9,5
Área de atuação atual (52 respostas)		
Docência, assistência e gestão	3	5,5
Docência e assistência	9	17
Docência e gestão	6	11
Assistência e gestão	1	1,7
Gestão	1	1,7
Docência	26	50
Assistência	7	13
Região de atuação		
Centro-Oeste	5	9,4
Nordeste	20	37,7
Norte	4	7,5
Sudeste	17	32,1
Sul	7	13,3
Atuação na assistência ao parto		
Sim	46	86,8
Não	7	13,2
Tempo de atuação na assistência ao parto (n=46)		
Até 5 anos	13	28,3
6 a 10 anos	12	26,1
11 a 15 anos	11	23,9
16 ou mais anos	10	21,7

Fonte: desenvolvida pelo autor.

5.2.2 Avaliação dos diagnósticos de enfermagem

O formulário enviado auxiliou na avaliação do conteúdo dos 48 itens que o compuseram. O processo de avaliação buscou o grau de concordância entre os mesmos, os dados desta etapa estão apresentados na tabela, organizados de acordo com as respostas em cinco níveis, (1) Sem importância; (2) Pouca importância; (3) Importante; (4) Muito importante; (5) Extremamente importante. Como citado anteriormente para a análise dos dados, as pontuações um, dois e três foram agrupadas e compactadas em inadequada (1, 2 e 3), a quatro e cinco em adequada (4 e 5). Calculou-se o IC 1 e 2, sendo que o IC 1 leva em consideração cada resposta diferente e o IC2 leva em consideração as respostas 4 e 5.

5.2.3 Apresentação e análise dos dados quantitativos

Para demonstrar os resultados da avaliação, desenvolveu-se uma tabela geral com os resultados, com o IC 1 e IC 2 de cada diagnóstico e outras tabelas com os diagnósticos com maior índice de concordância entre os especialistas, demonstrando a quantidade de respostas em cada item avaliado.

Tabela 6 – Avaliação dos diagnósticos de enfermagem pelos especialistas. Fortaleza, CE, Brasil, 2024.

Diagnóstico NANDA	1		2		3		4		5		IC1	IC2
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Dor no trabalho parto (00256)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,8	51	96,2	99,2	100,0
Risco de sangramento (00206)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	5,7	50	94,3	98,9	100,0
Conforto Prejudicado (00214)	1	1,9	0	0,0	1	1,9	3	5,7	48	90,6	96,6	96,2
Ansiedade (00146)	0	0,0	0	0,0	2	3,8	5	9,4	46	86,8	96,6	96,2
Dor aguda (00132)	0	0,0	1	1,9	2	3,8	3	5,7	47	88,7	96,2	94,3
Risco de infecção (00004)	0	0,0	0	0,0	3	5,7	5	9,4	45	84,9	95,8	94,3
Medo (00148)	0	0,0	0	0,0	3	5,7	5	9,4	45	84,9	95,8	94,3
Risco de choque (00205)	2	3,8	0	0,0	1	1,9	5	9,4	45	84,9	94,3	94,3
Controle emocional lábil (00251)	0	0,0	0	0,0	4	7,5	7	13,2	42	79,2	94,3	92,5
Fadiga (00093)	0	0,0	1	1,9	2	3,8	9	17,0	41	77,4	94,0	94,3
Náusea (00134)	1	1,9	0	0,0	5	9,4	11	20,8	36	67,9	90,6	88,7
Sentimento de impotência (00125)	1	1,9	1	1,9	5	9,4	8	15,1	38	71,7	90,6	86,8
Distúrbio no padrão do sono (00198)	1	1,9	0	0,0	4	7,5	14	26,4	34	64,2	90,2	90,6
Risco de binômio mãe/feto perturbado (00209)	0	0,0	4	7,5	5	9,4	4	7,5	40	75,5	90,2	83,0
Disposição para conforto melhorado (00183)	1	1,9	3	5,7	3	5,7	8	15,1	38	71,7	89,8	86,8
Risco de contaminação (00180)	0	0,0	1	1,9	8	15,1	8	15,1	36	67,9	89,8	83,0
Risco de volume de líquidos desequilibrado (00025)	1	1,9	0	0,0	7	13,2	11	20,8	34	64,2	89,1	84,9
Risco de glicemia instável (00179)	0	0,0	2	3,8	7	13,2	9	17,0	35	66,0	89,1	83,0
Enfrentamento ineficaz (00069)	0	0,0	0	0,0	11	20,8	7	13,2	35	66,0	89,1	79,2
Risco de queda em adultos (00303)	1	1,9	2	3,8	5	9,4	10	18,9	35	66,0	88,7	84,9
Padrão respiratório ineficaz (00032)	1	1,9	0	0,0	6	11,3	15	28,3	31	58,5	88,3	86,8
Risco de vínculo prejudicado (00058)	2	3,8	1	1,9	4	7,5	12	22,6	34	64,2	88,3	86,8
Conhecimento deficiente (00126)	0	0,0	2	3,8	10	18,9	6	11,3	35	66,0	87,9	77,4
Risco de trauma vascular (00213)	2	3,8	2	3,8	5	9,4	9	17,0	35	66,0	87,5	83,0
Risco de integridade da pele prejudicada (00047)	0	0,0	2	3,8	7	13,2	14	26,4	30	56,6	87,2	83,0
Parentalidade prejudicada (00056)	1	1,9	2	3,8	8	15,1	8	15,1	34	64,2	87,2	79,2
Disposição para enfrentamento melhorado (00158)	0	0,0	3	5,7	9	17,0	8	15,1	33	62,3	86,8	77,4
Risco de paternidade ou maternidade prejudicada (00057)	2	3,8	2	3,8	4	7,5	14	26,4	31	58,5	86,4	84,9
Risco de desequilíbrio eletrolítico (00195)	0	0,0	2	3,8	10	18,9	11	20,8	30	56,6	86,0	77,4
Disposição para o conhecimento melhorado (00161)	1	1,9	1	1,9	13	24,5	5	9,4	33	62,3	85,7	71,7
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais (00002)	2	3,8	0	0,0	10	18,9	11	20,8	30	56,6	85,3	77,4
Processo perinatológico ineficaz (00221)	1	1,9	4	7,5	9	17,0	5	9,4	34	64,2	85,3	73,6
Eliminação urinária prejudicada (00016)	2	3,8	3	5,7	7	13,2	9	17,0	32	60,4	84,9	77,4
Risco de perfusão tissular periférica ineficaz (00228)	1	1,9	4	7,5	7	13,2	10	18,9	31	58,5	84,9	77,4
Baixa autoestima situacional (00120)	1	1,9	3	5,7	8	15,1	11	20,8	30	56,6	84,9	77,4
Risco de integridade tissular prejudicada (00248)	1	1,9	4	7,5	8	15,1	9	17,0	31	58,5	84,5	75,5
Insônia (00095)	3	5,7	1	1,9	8	15,1	12	22,6	29	54,7	83,8	77,4
Mobilidade Física Prejudicada (00085)	2	3,8	4	7,5	6	11,3	12	22,6	29	54,7	83,4	77,4
Risco de termorregulação ineficaz (00274)	2	3,8	3	5,7	7	13,2	13	24,5	28	52,8	83,4	77,4
Comunicação verbal prejudicada (00051)	4	7,5	3	5,7	6	11,3	7	13,2	33	62,3	83,4	75,5
Integridade tissular prejudicada (00044)	1	1,9	6	11,3	6	11,3	11	20,8	29	54,7	83,0	75,5
Risco de volume de líquidos deficiente (00028)	0	0,0	7	13,2	8	15,1	9	17,0	29	54,7	82,6	71,7
Volume de líquidos excessivo (00026)	4	7,5	5	9,4	5	9,4	6	11,3	33	62,3	82,3	73,6
Déficit no autocuidado para banho (00108)	2	3,8	5	9,4	6	11,3	12	22,6	28	52,8	82,3	75,5
Risco de reação alérgica (00217)	2	3,8	4	7,5	8	15,1	12	22,6	27	50,9	81,9	73,6
Integridade da pele prejudicada (00046)	2	3,8	6	11,3	6	11,3	12	22,6	27	50,9	81,1	73,6
Manutenção ineficaz da saúde (00292)	3	5,7	5	9,4	7	13,2	11	20,8	27	50,9	80,4	71,7
Sofrimento espiritual (00066)	4	7,5	2	3,8	12	22,6	6	11,3	29	54,7	80,4	66,0

Fonte: elaborada pelo autor.

Tabela 7 - Percentual de concordância dos especialistas em relação ao conteúdo como IC 4 e 5, acima de 90. Fortaleza, CE, Brasil, 2024.

Diagnóstico de enfermagem	1		2		3		4		5		IC1	IC2
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Dor no trabalho parto (00256)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,8	51	96,2	99,2	100,0
Risco de sangramento (00206)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	5,7	50	94,3	98,9	100,0
Conforto Prejudicado (00214)	1	1,9	0	0,0	1	1,9	3	5,7	48	90,6	96,6	96,2
Ansiedade (00146)	0	0,0	0	0,0	2	3,8	5	9,4	46	86,8	96,6	96,2
Dor aguda (00132)	0	0,0	1	1,9	2	3,8	3	5,7	47	88,7	96,2	94,3
Risco de infecção (00004)	0	0,0	0	0,0	3	5,7	5	9,4	45	84,9	95,8	94,3
Medo (00148)	0	0,0	0	0,0	3	5,7	5	9,4	45	84,9	95,8	94,3
Risco de choque (00205)	2	3,8	0	0,0	1	1,9	5	9,4	45	84,9	94,3	94,3
Controle emocional lábil (00251)	0	0,0	0	0,0	4	7,5	7	13,2	42	79,2	94,3	92,5
Fadiga (00093)	0	0,0	1	1,9	2	3,8	9	17,0	41	77,4	94,0	94,3

Fonte: elaborado pelo autor.

Pode-se observar que houve concordância dos especialistas com IC – 1 maior que 90% em 11 diagnósticos de enfermagem, com destaque para os diagnósticos Dor no Trabalho de Parto (00256) e Risco de Sangramento (00206) com 100% de concordância. Os diagnósticos Conforto Prejudicado (00214) e Ansiedade (00146) tiveram concordância de 96,2%. Cinco diagnósticos tiveram concordância de 94,3%: Dor aguda (00132), Risco de Infecção (0004), Medo (00148), Risco de Choque (00205) e Fadiga (00093), apenas o diagnóstico Controle emocional lábil obteve 92,5% de concordância como adequadas e, Distúrbio no padrão do sono (00198) com 90,6% de concordância entre os especialistas como 4 e 5.

Tabela 8 - Percentual de concordância dos especialistas em relação ao conteúdo como IC. Fortaleza,

Diagnóstico de enfermagem	1		2		3		4		5		IC1	IC2
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Náusea (00134)	1	1,9	0	0,0	5	9,4	11	20,8	36	67,9	90,6	88,7
Sentimento de impotência (00125)	1	1,9	1	1,9	5	9,4	8	15,1	38	71,7	90,6	86,8
Risco de binômio mãe/feto perturbado (00209)	0	0,0	4	7,5	5	9,4	4	7,5	40	75,5	90,2	83,0
Disposição para conforto melhorado (00183)	1	1,9	3	5,7	3	5,7	8	15,1	38	71,7	89,8	86,8
Risco de contaminação (00180)	0	0,0	1	1,9	8	15,1	8	15,1	36	67,9	89,8	83,0
Risco de volume de líquidos desequilibrado (00025)	1	1,9	0	0,0	7	13,2	11	20,8	34	64,2	89,1	84,9
Risco de glicemia instável (00179)	0	0,0	2	3,8	7	13,2	9	17,0	35	66,0	89,1	83,0
Enfrentamento ineficaz (00069)	0	0,0	0	0,0	11	20,8	7	13,2	35	66,0	89,1	79,2
Risco de paternidade ou maternidade prejudicada (00057)	2	3,8	2	3,8	4	7,5	14	26,4	31	58,5	86,4	84,9
Risco de queda em adultos (00303)	1	1,9	2	3,8	5	9,4	10	18,9	35	66,0	88,7	84,9
Padrão respiratório ineficaz (00032)	1	1,9	0	0,0	6	11,3	15	28,3	31	58,5	88,3	86,8
Risco de vínculo prejudicado (00058)	2	3,8	1	1,9	4	7,5	12	22,6	34	64,2	88,3	86,8

Fonte: elaborado pelo autor.

Observa-se que dez diagnósticos de enfermagem obtiveram índice de concordância de cada resposta individual maior que 90%, com destaque para os diagnósticos Náusea (00134), Sentimento de impotência (00125) e Risco de binômio mãe-feto perturbado (00209), que tiveram concordância IC 1 acima de 90%. Em relação ao IC 2, calculados da amostra dita como adequada com as notas 4 e 5 dos especialistas, observa-se que cinco diagnósticos obtiveram concordância acima de 85%, a saber: Náusea (00134), Sentimento de Impotência (00125), Disposição para conforto melhorado (00183), Padrão respiratório Ineficaz (00032), Risco de vínculo Prejudicado (00058).

Tabela 9 - Percentual de concordância dos especialistas em relação ao conteúdo como IC 1 abaixo de 87,9 e IC 2 abaixo de 83. Fortaleza, CE, Brasil, 2024.

Diagnóstico de enfermagem	1		2		3		4		5		IC1	IC2
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Conhecimento deficiente (00126)	0	0,0	2	3,8	10	18,9	6	11,3	35	66,0	87,9	77,4
Risco de trauma vascular (00213)	2	3,8	2	3,8	5	9,4	9	17,0	35	66,0	87,5	83,0
Risco de integridade da pele prejudicada (00047)	0	0,0	2	3,8	7	13,2	14	26,4	30	56,6	87,2	83,0
Parentalidade prejudicada (00056)	1	1,9	2	3,8	8	15,1	8	15,1	34	64,2	87,2	79,2
Disposição para enfrentamento melhorado (00158)	0	0,0	3	5,7	9	17,0	8	15,1	33	62,3	86,8	77,4
Risco de desequilíbrio eletrolítico (00195)	0	0,0	2	3,8	10	18,9	11	20,8	30	56,6	86,0	77,4
Disposição para o conhecimento melhorado (00161)	1	1,9	1	1,9	13	24,5	5	9,4	33	62,3	85,7	71,7
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais (00002)	2	3,8	0	0,0	10	18,9	11	20,8	30	56,6	85,3	77,4
Processo perinatólógico ineficaz (00221)	1	1,9	4	7,5	9	17,0	5	9,4	34	64,2	85,3	73,6
Eliminação urinária prejudicada (00016)	2	3,8	3	5,7	7	13,2	9	17,0	32	60,4	84,9	77,4
Risco de perfusão tissular periférica ineficaz (00228)	1	1,9	4	7,5	7	13,2	10	18,9	31	58,5	84,9	77,4
Baixa autoestima situacional (00120)	1	1,9	3	5,7	8	15,1	11	20,8	30	56,6	84,9	77,4
Risco de integridade tissular prejudicada (00248)	1	1,9	4	7,5	8	15,1	9	17,0	31	58,5	84,5	75,5
Insônia (00095)	3	5,7	1	1,9	8	15,1	12	22,6	29	54,7	83,8	77,4
Mobilidade Física Prejudicada (00085)	2	3,8	4	7,5	6	11,3	12	22,6	29	54,7	83,4	77,4
Risco de termorregulação ineficaz (00274)	2	3,8	3	5,7	7	13,2	13	24,5	28	52,8	83,4	77,4
Comunicação verbal prejudicada (00051)	4	7,5	3	5,7	6	11,3	7	13,2	33	62,3	83,4	75,5
Integridade tissular prejudicada (00044)	1	1,9	6	11,3	6	11,3	11	20,8	29	54,7	83,0	75,5
Risco de volume de líquidos deficiente (00028)	0	0,0	7	13,2	8	15,1	9	17,0	29	54,7	82,6	71,7
Volume de líquidos excessivo (00026)	4	7,5	5	9,4	5	9,4	6	11,3	33	62,3	82,3	73,6
Déficit no autocuidado para banho (00108)	2	3,8	5	9,4	6	11,3	12	22,6	28	52,8	82,3	75,5
Risco de reação alérgica (00217)	2	3,8	4	7,5	8	15,1	12	22,6	27	50,9	81,9	73,6
Integridade da pele prejudicada (00046)	2	3,8	6	11,3	6	11,3	12	22,6	27	50,9	81,1	73,6
Manutenção ineficaz da saúde (00292)	3	5,7	5	9,4	7	13,2	11	20,8	27	50,9	80,4	71,7
Sofrimento espiritual (00066)	4	7,5	2	3,8	12	22,6	6	11,3	29	54,7	80,4	66,0

Fonte: elaborado pelo autor.

Ao final das avaliações, observou-se dez diagnósticos de enfermagem que obtiveram índice de concordância IC 1 acima de 90%, e IC 2 acima de 90%, conforme descrito na tabela acima, sendo incluídos para o instrumento.

5.2.4 Apresentação e análise dos dados qualitativos

As sugestões dos especialistas foram organizadas em uma tabela, avaliadas e algumas foram acatadas pela pesquisadora tendo em vista sua relevância no desenvolvimento desta tecnologia. Vale destacar que 15 especialistas não apresentaram sugestões e que 17 especialistas enviaram mensagens de elogio à pesquisa pela sua relevância no cenário de assistência ao parto e nascimento. As sugestões foram catalogadas e organizadas, sendo identificadas de S1 a S10.

Tabela 9 - Sugestões dos especialistas, avaliação do pesquisador. Fortaleza, CE, Brasil, 2024.

Nº.	Sugestões	Avaliação
S 1	A insônia deve ser revista, levando em consideração que a gestante tem muito sono e tem esse sono prejudicado, então o problema não é insônia.	Acatado
S 2	Risco de pressão arterial instável; Sobrepeso; Obesidade; Constipação diagnóstico relacionados a amamentação e alteração de SSVV	Acatado
S 3	Penso ser importante envolver a higiene da mulher, e a amamentação.	Acatado
S 4	A parturiente e de extremos : muitos diagnósticos apresentados não correspondem à realidade que vejo, pois se ocorrem, demonstram falta de assistência adequada; quando temos assistência correta e em tempo hábil por exemplo não há lesão de pele ou lesão tissular : sinto falta de diagnóstico pertinentes a situações que possam levar a atonia no pós parto e ligados a alterações pressóricas na gestação , todos no sentido de prevenir complicações - na realidade não sei se existem , mas vejo tudo muito genérico e não direcionados a assistência no ciclo gravídico - puerperal .	Acatado
S 5	Apenas salientar que compreendi que se tratam de DE prevalentes na assistência à mulher no parto, sem especificar se de risco habitual ou de risco (seja fetal ou materno). Os DE aqui listados contemplam ambos e, portanto, classifiquei como 'concordo inteiramente', pois se aplicam a diversos contextos assistenciais. Minha reflexão aqui se assenta na cautela em não vincular alguns dos DE supralistados ao trabalho de parto/parto de risco habitual. Vincula-los iria de encontro ao processo de desmedicalização desta assistência, desconsiderando as especificidades da fisiologia da mulher neste momento.	Acatado
S 6	Aproximar as intercorrências de gestação, trabalho de parto, parto e puerpério aos diagnósticos de enfermagem. E para refletir se há necessidade de diagnóstico de situação melhorada, no sentido se é eficaz o uso na dia a dia da rotina de trabalho.	Acatado
S 7	Verificar talvez amamentação ineficaz. Mas, entendo que seja mais para o processo da assistência ao parto.	Não acatado
S 8	Pensar em diagnósticos relativos a alterações na fisiologia do parto como período expulsivo prolongado, ou retenção placentária, período de dilatação prolongado, etc.	Acatado
S 9	Sinalizo possibilidade dos diagnósticos de enfermagem "prontidão para maior potência" e "risco de impotência" (domínio 9) ; "Prontidão para tomada de decisão aprimorada" e "prontidão para maior religiosidade" (domínio 10).	Acatado
S 10	Risco de constipação, Risco de flebite, Sobrecarga do estresse. Capacitação da equipe que irá atender a mulher	Acatado
S 11	Sugiro retirar diagnósticos referentes ao sono, uma vez que o diagnóstico dessas situações demanda tempo de observação e alteração. Além disso, os próprios hormônios exercem influência sobre o sono, principalmente no período final da gestação. Desse modo, acredito não ser necessário utilizar os mesmos na sistematização direta no trabalho de parto.	Acatado

Fonte: elaborado pelo autor, com respostas dos especialistas.

5.3 - TERCEIRA ETAPA – CRIAÇÃO DO INSTRUMENTO

5.3.1 - Avaliação de enfermagem

A avaliação de enfermagem visa identificar problemas reais ou potenciais, organiza os registros e, é ele que dá sequência às demais etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem, desencadeando o cuidado de enfermagem ao indivíduo. Possibilita que o profissional identifique problemas, identifique diagnósticos, realize o planejamento, implementação da assistência. É nesta etapa também que o profissional estabelece vínculos, confiança e reconhece os aspectos biopsicossociais e espirituais, favorecendo o cuidado individualizado, holístico, humanizado e com embasamento científico. Em seguida, ainda nesta etapa, o exame físico permite avaliar sinais e sintomas, buscando problemas ainda não identificados.

Para o desenvolvimento da avaliação de enfermagem nesta tecnologia, buscou-se embasamento na Caderneta de pré-natal do Ministério da Saúde (2022), Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto (MS, 2018), Manual de gestação de alto risco do Ministério da Saúde, Estudos 7, 9, 10 desta revisão integrativa buscando uma abordagem ampla, de acordo com as Necessidades Humanas Básicas.

Dessa forma, a avaliação de enfermagem foi composta por duas partes, com avaliação relacionada aos dados da gestação (Quadro 21), e, exame físico de acordo com as Necessidades Humanas Básicas (Quadro 22).

5.2.2 - Diagnósticos de enfermagem, Planejamento, Intervenções de acordo com NIC e Resultados de Enfermagem no Contexto do parto relacionados às intervenções de acordo com NOC

A partir dos 10 diagnósticos de enfermagem avaliados com IC 1 e 2 acima de 90%, desenvolveu-se a terceira parte do instrumento, com as características definidoras e fatores relacionados listados na etapa anterior da revisão integrativa.

As prescrições de enfermagem foram determinadas com base em Nursing Intervention Classification (NIC), e para os resultados fundamentados no Nursing Outcomes Classification (NOC). Para trazer consistência ao instrumento, foram utilizados

dados obtidos na revisão integrativa, relacionando os 10 diagnósticos de enfermagem elucidados na etapa anterior NANDA, com NIC e NOC, conforme Quadro 21.

Quadro 21 – Avaliação de enfermagem

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NO PARTO													
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM													
IDENTIFICAÇÃO													
Nome: _____		Data de nascimento: _____		Prontuário: _____		Procedência: _____							
DADOS RELACIONADOS À GESTAÇÃO													
Nº consultas pré-natal: _____		ABO-Rh: _____		DUM: _____		Dependência química: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, _____							
UBS: _____		Coombs: _____		Data 1ª US: ____/____/____ IG _____ s _____ d		Doença nesta gravidez? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, _____							
G ____ P ____ N ____ C ____ A ____		Nascidos vivos: _____		Gestação única: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, número de fetos? _____		Doença pré-existente: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, _____							
		Vivem: _____		IG _____ s _____ d, hoje <input type="checkbox"/> DUM <input type="checkbox"/> US		Alergias: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, _____							
Último parto há quanto tempo: _____		Tratamento de sífilis: <input type="checkbox"/> Realizado <input type="checkbox"/> Não se aplica		1ª dose ____/____/____ 2ª dose ____/____/____		Medicações em uso: _____							
Diagnóstico médico na internação: _____		3ª dose ____/____/____											
Vacinas		Sorologias		Exames									
Antitetânica <input type="checkbox"/> Imunizada <input type="checkbox"/> Esquema incompleto		VDRL <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Pos. /		PCG									
Hepatite B <input type="checkbox"/> 1ª dose (0) <input type="checkbox"/> 2ª dose (1) <input type="checkbox"/> 3ª dose (6)		Teste rápido para sífilis <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo		Ht/Hb		/							
Febre Amarela <input type="checkbox"/> Imunizada <input type="checkbox"/> Não imunizada		HIV/teste rápido HIV <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo		Urinocultura									
Gripe <input type="checkbox"/> Dose anual		Hepatite C <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo		Suplementação									
COVID-19 <input type="checkbox"/> 1ª dose <input type="checkbox"/> 2ª dose		Hepatite B - HBsAg <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo		Ácido fólico <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim									
<input type="checkbox"/> 1ª reforço <input type="checkbox"/> 2ª reforço		Toxo IgG e IgM <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo		Sulfato ferroso <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim									
Outras, qual (is)? _____		HTLV <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo		Cálcio <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim									
		Malária (Amazônia) <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo		AAS <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim									
EXAME FÍSICO													
Queixa principal/história clínica admissão: _____													
Peso: _____ kg Altura: _____ m PA: _____ x _____ mmHg P: _____ bpm FR: _____ mrpm T: _____ °C SpO2: _____ %													
EXAME FÍSICO OBSTÉTRICO													
Exame das mamas		Exame abdominal		Exame vaginal									
<input type="checkbox"/> Simétricas <input type="checkbox"/> Assimétricas		Altura Uterina _____ cm		Toque: <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Realizado									
Mamilos: <input type="checkbox"/> planos <input type="checkbox"/> protusos <input type="checkbox"/> invertidos		Situação fetal: <input type="checkbox"/> Longitudinal <input type="checkbox"/> Córnico <input type="checkbox"/> Oblíquo		Dilatação _____ cm Apagamento: _____ %									
<input type="checkbox"/> Presença de colostro		Posição fetal: <input type="checkbox"/> Dorso à direita <input type="checkbox"/> Dorso à esquerda		Posição do colo: <input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Centralizado <input type="checkbox"/> Posterior									
<input type="checkbox"/> Colostro ausente		Apresentação: <input type="checkbox"/> Cefálico <input type="checkbox"/> Pélvico <input type="checkbox"/> Córnico		<input type="checkbox"/> Bolsa íntegra <input type="checkbox"/> Bolsa róta									
<input type="checkbox"/> Próteses ou cirurgias		BCF: _____ bpm		Plano de apresentação de DeLee: <input type="checkbox"/> -3 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> +1 <input type="checkbox"/> +2 <input type="checkbox"/> +3									
		Contrações uterinas: _____/_____, _____"		Variedade de posição fetal: _____									
				Exame especular: _____									
Escala de queda (OFRAS): (Obstetric Fall Risk Assessment Scale)													
0-2: Baixo risco 3-4: Médio risco 5-18: Alto risco Total? _____	1- História		2- Cardíaco		3- Hemorragia		4- Anestesia		5- Atividade Motora		6- Medicação		
	<input type="checkbox"/> Queda na gestação ou internamento?		<input type="checkbox"/> Hemoglobina < 10,5?		<input type="checkbox"/> Hemorragia > 1500 ou recebeu transfusão?		<input type="checkbox"/> Dormência ou formigamento nas pernas?		<input type="checkbox"/> Mexe e eleva as pernas mas não eleva o quadril da cama?		<input type="checkbox"/> Uso de uma classe terapêutica: Anticonvulsante antipsicótico ou ansiolítico ou opioides ou sedativo ou diurético ou antiarrítmico		
	<input type="checkbox"/> Esteve acamada por mais de 1 semana nos últimos 2 meses?		<input type="checkbox"/> Diagnóstico SHEG?		<input type="checkbox"/> Diagnóstico de placenta prévia ou Descolamento prematuro de placenta?		<input type="checkbox"/> Epidural a menos de 3 horas?		<input type="checkbox"/> Incapaz de levantar as pernas, estando deitada?		<input type="checkbox"/> Uso de um anti-hipertensivo?		
<input type="checkbox"/> Usa óculos de grau? (Se ocasional, pontua 1)		<input type="checkbox"/> Mal estar ao mudar de posição?		<input type="checkbox"/> Tontura, escoltomas ou visão turva estes dias?		<input type="checkbox"/> Uso de mais de uma classe terapêutica?							
3		3		3		3		3		2		3	
Escala de Dor (Circular número)													
0 1 2			3 4 5 6 7			8 9 10							
LEVE			MODERADA			INTENSA							

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 22 - Avaliação de enfermagem – Exame físico de acordo com as Necessidade Humanas Básicas

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS - Necessidades Psicobiológicas	
Oxigenação	Auscultas pulmonar: <input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> Ruídos adventícios _____ <input type="checkbox"/> Tosse
Hidratação	<input type="checkbox"/> Lábios ressecados <input type="checkbox"/> Sede <input type="checkbox"/> Restrição hídrica <input type="checkbox"/> Membranas mucosas ressecadas <input type="checkbox"/> Perda de volume de fluido ativo <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Náuseas/vômitos
Nutrição	<input type="checkbox"/> Fome <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Restrição alimentar <input type="checkbox"/> Não aceitação <input type="checkbox"/> Hipoglicemia <input type="checkbox"/> Intolerância/alergia alimentar, qual(is)? _____
Eliminação e troca	<input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Retenção urinária <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Náuseas/vômitos
Sono e repouso	<input type="checkbox"/> Despertar não intencional/dificuldade em manter o sono relacionado à dor/ansiedade/ falta de privacidade/falta de adaptação ao ambiente <input type="checkbox"/> Insatisfação com o sono
Motilidade	<input type="checkbox"/> Dificuldades de deambulação <input type="checkbox"/> Deambula com ajuda <input type="checkbox"/> Instabilidade postural <input type="checkbox"/> Movimentos descoordenados <input type="checkbox"/> Restrição de movimentos <input type="checkbox"/> Fadiga
Sexualidade/ Reprodução	<input type="checkbox"/> Alterações na frequência cardíaca fetal <input type="checkbox"/> Alterações nas contrações uterinas <input type="checkbox"/> Alterações no líquido amniótico <input type="checkbox"/> Alterações na vitalidade fetal <input type="checkbox"/> Separação do binômio <input type="checkbox"/> Complicações maternas <input type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input type="checkbox"/> Não aceitação da gestação
Cuidado Corporal	() Cabelos sujos () Halitose () Mal odor () Unhas sujas () Sujidade corporal
Integridade cutâneo mucosa	() Acesso venoso () Lesões de pele
Regulação	Térmica: () Calafrio Vascular: () Sangramento Hormonal: () Contrações uterinas () Colostro presente Neurológica: () Orientada tempo/espaço () Agitação () Atenção preservada () Confusão mental () Percepção sensorial preservada
Percepção dolorosa	() Cefaleia () Lombalgia () Dor ocasionada pelas contrações uterinas () Dor aguda
Conforto	() Desconforto () Dor
Segurança física	() Escala de queda
Comunicação	
AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS - Necessidades Psicoemocionais	
Amor e aceitação	() Gestação planejada/aceita
Educação para a saúde	() Sente necessidade em aprender sobre trabalho de parto, parto, amamentação e cuidados com o recém nascido
Gregária	() Conflito familiar () Tem apoio família/amigos () Apoio parceiro
Autoestima e autoconfiança	() Falta de confiança em si () Sentimento de incapacidade
Segurança emocional	() Medo () Tristeza () Insegurança () Ansiedade () Irritação () Sentimento negativo
AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS - Necessidades Psicoespirituais	
Religiosidade e espiritualidade	() Busca ajuda espiritual

Fonte: Elaborado pelo autor.

Por fim, a construção do instrumento referente aos diagnósticos avaliados como de maior significância na assistência à mulher em trabalho de parto e parto, com o planejamento, intervenções de enfermagem e resultados baseados em NIC e NOC, conforme apresentado no quadro

Quadro 23 - Diagnósticos, Intervenções e resultados de enfermagem de acordo com NANDA-NIC-NOC.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES (NIC)	RESULTADOS (NOC)
Dor no trabalho parto (00256)	<input type="checkbox"/> Encorajar a deambulação durante o trabalho de parto (E6); <input type="checkbox"/> Incentivar as posições verticais (E6); <input type="checkbox"/> Ensinar técnicas de respiração e relaxamento (E6); <input type="checkbox"/> Promover banho de chuveiro morno e massagem (E6); <input type="checkbox"/> Registrar a evolução do trabalho de parto em partograma (E6). <input type="checkbox"/> Terapia de relaxamento (6040) (E8) <input type="checkbox"/> Assistência analgésica controlada pelo paciente (2400) (E8) <input type="checkbox"/> Administração de medicamentos: IV (2314) (E8) <input type="checkbox"/> Distração (5900) (E8) <input type="checkbox"/> Administração de medicamentos: oral (2304) (E8) <input type="checkbox"/> Imagens guiadas (6000) (E8) <input type="checkbox"/> Aplicação de calor/frio (1380) (E8)	Controle da dor (1605) (E8)
Risco de sangramento (00206)	<input type="checkbox"/> Verificar sinais vitais <input type="checkbox"/> Controle de medicações para indução do parto <input type="checkbox"/> Monitorar contrações uterinas <input type="checkbox"/> Realizar tração controlada do cordão <input type="checkbox"/> Administrar ocitocina 10 UI IM imediatamente após o nascimento <input type="checkbox"/> Massagem uterina <input type="checkbox"/> Exame da placenta <input type="checkbox"/> Revisão do canal de parto <input type="checkbox"/> Correção de laceração/episiotomia	Prevenir hemorragia
Conforto Prejudicado (00214)	<input type="checkbox"/> Acomodar gestantes no leito/box e oferecer roupas adequadas (E4) <input type="checkbox"/> Oferecer banhos quentes a paciente (E4) <input type="checkbox"/> Oferecer líquidos (E4) <input type="checkbox"/> Oferecer banquinho a paciente no trabalho de parto (E4)	Estabelecer conforto
Ansiedade (00146)	<input type="checkbox"/> Oferecer informação sobre a situação de saúde <input type="checkbox"/> Favorecer a presença do acompanhante de livre escolha; <input type="checkbox"/> Promover deambulação	Controle da ansiedade
Dor aguda (00132)	<input type="checkbox"/> Administrar medicação prescrita (E4) <input type="checkbox"/> Aromoterapia <input type="checkbox"/> Administração de medicações EV <input type="checkbox"/> Massagem/estimulação cutânea <input type="checkbox"/> Distração <input type="checkbox"/> Mudança de posição	Controle da dor (1605) (E8)
Risco de infecção (00004)	<input type="checkbox"/> Lavar as mãos antes e após contato com a paciente (E4) <input type="checkbox"/> Realizar testes rápidos após aconselhamento (E4) <input type="checkbox"/> Proteção contra infecção (6550) (E8)	Proteção contra infecção
Medo (00148)	<input type="checkbox"/> Conversar usando uma abordagem calma e segura (E6); <input type="checkbox"/> Explicar o processo de trabalho de parto e parto esclarecendo suas dúvidas (E6); <input type="checkbox"/> Permitir presença de acompanhante conforme desejo da parturiente (E6); <input type="checkbox"/> Implementar o toque afetivo para acalmá-la realizado pelo enfermeiro ou acompanhante escolhido pela parturiente (E6); <input type="checkbox"/> Oferecer terapia com música (E6).	Segurança
Risco de choque (00205)	<input type="checkbox"/> Aferir e anotar sinais vitais (E8) <input type="checkbox"/> Realizar acesso venoso com jelo (E4) <input type="checkbox"/> Observar e registrar perdas vaginais (E4)	Estabilidade hemodinâmica
Controle emocional lábil (00251)	<input type="checkbox"/> Fortalecer o protagonismo <input type="checkbox"/> Oferecer informações sobre o estado de saúde	Segurança emocional
Fadiga (00093)	Orientar a parturiente quanto à forma de fazer relaxamento muscular para que ela descanse entre uma contração e outra (E6).	Conforto

Fonte: desenvolvido pelo autor

6 CONCLUSÕES

Diante do dinâmico processo de trabalho da equipe de enfermagem e da necessidade de realizar um atendimento individualizado, holístico, humanizado, baseado em conhecimento científico à mulher em trabalho de parto e parto, a enfermagem requer tecnologias que auxiliem na SAE a fim de favorecer o cuidado seguro e de qualidade e, melhor desempenho no trabalho dos profissionais.

Deste modo, o presente estudo teve como objetivo desenvolver um instrumento para a sistematização da assistência de enfermagem à mulher em trabalho de parto e parto, baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, utilizando as nomenclaturas NANDA-NIC-NOC, através de um estudo metodológico, como forma de contribuir para a SAE à mulher no trabalho de parto e parto, visando melhorar a qualidade e satisfação com o cuidado prestado, fortalecer a autonomia da enfermagem, melhorar a comunicação entre a equipe, favorecer a continuidade do cuidado, embasar cientificamente a profissão, melhorar registros, promover reconhecimento das instituições de saúde que prestam assistência ao parto e nascimento, com uma tecnologia em saúde leve-dura, baseada em evidências científicas, com diagnósticos avaliados por especialistas, considerando que a SAE organiza o trabalho do enfermeiro de maneira resolutiva e eficaz e, mas para que seja realizada com sucesso, é necessário o empenho e dedicação do enfermeiro na valorização de seu trabalho, raciocínio clínico e intervenções, como também na continuidade. A escolha pela nomenclatura descrita levou em consideração a predominância de estudos voltados ao parto utilizando tal nomenclatura.

A elaboração de um instrumento para a SAE à mulher no trabalho de parto exige contexto amplo e rigor metodológico, o qual buscou-se cumprir nas etapas deste estudo, considerou-se que os métodos utilizados foram satisfatórios para o alcance dos objetivos. Através da primeira etapa do estudo, em busca de publicações voltadas para a sistematização da assistência de enfermagem ao trabalho de parto e parto, observou-se a predominância de estudos com a nomenclatura NANDA, dados voltados ao histórico, diagnósticos predominantes e algumas validações e intervenções de enfermagem, o que proporcionou e fundamentou informações relevantes para o cuidado da mulher em trabalho de parto e parto, proporcionando um levantamento histórico na gestante em sua integralidade, considerando o histórico gestacional e pessoal.

Destacou-se a grande quantidade de diagnósticos de enfermagem voltados a este período, onde foram elencados 48 diagnósticos, com predominância dos diagnósticos de enfermagem voltados às necessidades psicobiológicas, o que é compreensível quando se

observa as mudanças fisiológicas trazidas pela gravidez, parto e puerpério à mulher. No entanto, os cuidados às necessidades emocionais, sociais e espirituais não podem ser negligenciados durante a assistência de enfermagem. Quanto às intervenções de enfermagem mencionadas nos estudos, observa-se que a grande maioria está desarticulada com os diagnósticos de enfermagem e com a nomenclatura NIC, sugerindo-se pesquisas voltadas especificamente para as intervenções às mulheres em trabalho de parto e parto.

Em sequência, a busca pela avaliação dos diagnósticos por enfermeiros especialistas com experiência na assistência ao parto demonstrou que 10 diagnósticos de enfermagem tiveram IC acima de 0,9, guiando a construção dos instrumentos com diagnósticos de enfermagem avaliados por especialistas.

Por fim, a construção do instrumento, considerando as etapas do processo de enfermagem, utilizou para o histórico, planejamento da assistência, intervenções e resultados dados obtidos nos estudos selecionados na revisão integrativa realizada na primeira etapa do estudo metodológico, protocolos assistenciais da OMS e MS voltados à atenção e cuidado à mulher em trabalho de parto e parto. Obteve-se um instrumento com avaliação de enfermagem baseado nas necessidades das gestantes e nas necessidades humanas básicas, diagnósticos de enfermagem, com intervenções e resultados esperados com base em NANDA-NIC-NOC, o que poderá contribuir para a melhoria dos registros de enfermagem, em especial aos que prestam cuidado à mulher em trabalho de parto e parto, possibilitar a visualização das práticas do enfermeiro através de uma prática universal, possibilitar o cumprimento das regulamentações discriminadas pelos conselhos que fiscalizam a profissão, trazer autonomia, permitir o desenvolvimento de todo o potencial intelectual do enfermeiro, trazendo respaldo, respeito ao trabalho do enfermeiro, através do uso de evidências científicas, utilizando ferramentas adequadas para conduzir e nortear os atendimentos, com tecnologias leves e leves duras, possibilitando ainda a uniformização e continuidade do cuidado, melhorando a comunicação, segurança, qualidade da assistência, reconhecimento das práticas, guiando o reconhecimento de tomada de decisão para uma assistência de qualidade padrões de qualidade, materiais transdisciplinares e domínio científico.

A Revisão integrativa possibilitou a aquisição de informação pertinente ao desenvolvimento do instrumento, com predominância de estudos brasileiros, com a nomenclatura NANDA. A avaliação dos diagnósticos de enfermagem por especialistas com experiência na assistência ao trabalho de parto e parto possibilitou a construção com diagnósticos avaliados, visando a qualidade e confiabilidade do instrumento.

De forma geral, a construção de instrumentos para a SAE deve levar em consideração várias publicações, como foi descrito, dentre protocolos, artigos, diretrizes assistenciais, livros, reunindo e compilando informações tendo em vista a diversidade da problemática abordada, visando a organização e gerenciamento das práticas de enfermagem. A construção de instrumentos com abordagem integral, segura e baseada em evidências, considerando a diversidade do ser humano e a problemática abordada nos contextos biológico, social, espiritual, cultural, econômico e ambientais, foi possibilitada e facilitada pelo uso da Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

O uso de modelos padronizados baseado em padrões de qualidade, materiais transdisciplinares e domínio científico para a SAE pode trazer um cuidado cotidiano mais ágil, diminuindo as falhas, falta de registros, documentando o cuidado, facilitando e trazendo visibilidade às práticas de enfermagem de uma forma simples, promovendo um atendimento integral, universal, individualizado, reduzindo negligências, imperícias e negligências, podendo reduzir a morbimortalidade materna e fetal e trazer satisfação para as mulheres num contexto de mudanças sociais e emocionais que é tornar-se mãe. Pode ainda possibilitar a redução de uma prática biomédica, fragmentada, intervencionista, onde a mulher é alheia às decisões.

O exercício profissional da enfermagem é regulamentado pela Lei 7.498/86, cabendo ao enfermeiro, como integrante da equipe, prestar assistência à gestante, parturiente e à puérpera. Essa assistência deve ser realizada de forma deliberada e sistemática em todos os ambientes, públicos ou privados de acordo com a Resolução nº 736/24 do COFEN, através da realização do processo de enfermagem, onde este deve ser composto por 5 etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, que são: avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução de enfermagem, o que pode ser facilitado com a construção de instrumentos como este, que trazem embasamento teórico e fundamentam o processo de enfermagem (COFEN, 2024).

O período compreendido entre a gestação, parto e puerpério envolvem mudanças orgânicas, físicas e emocionais intensas em um curto período de tempo. A fim de garantir a preservação da saúde física e emocional materna e um nascimento saudável, é fundamental o cuidado sistematizado da mulher, baseado em evidências científicas e humanização, visando gerar marcas positivas na construção da família. O enfermeiro deve estar apto a realizar o cuidado à mulher no ciclo gravídico puerperal, exercendo um cuidado seguro, baseado em protocolos clínicos padronizados e em evidências científicas, sendo a SAE um aliado neste processo, o que pode ser facilitado com este estudo.

Tendo em vista que a SAE fundamenta e traz autonomia à profissão, além de promover a visualização e valorização do cuidado, através da implementação de uma assistência metodológica, permitindo ao enfermeiro desenvolver todo potencial intelectual, ampliando o mecanismo de ação na avaliação do paciente, tomada de decisões e no estabelecimento dos parâmetros de qualidade dos resultados, considera-se que este estudo possa contribuir e engrandecer as práticas de enfermagem. Ainda pode favorecer o compromisso com a humanização da assistência e uma prática que trabalha com os problemas de saúde da população através da identificação das necessidades do usuário, planejamento, efetivação, visualização da evolução e avaliação do cuidado, favorecendo o controle de qualidade.

A execução da SAE exige que os profissionais de enfermagem tenham conhecimentos técnicos e científicos, compromisso, independentemente dos desafios que o cotidiano impõe à atividade profissional. A elaboração desta tecnologia torna-se assim extremamente importante por propiciar e favorecer a prática da enfermagem, visto que a SAE visa promover a autonomia do enfermeiro, por intermédio de uma assistência metodológica, através de mecanismos de avaliação pautados em padrões de qualidade, materiais transdisciplinares e domínio científico, considerando uma assistência baseada no contexto biopsicossocial, buscando um cuidado integral, pautado na segurança emocional, física e psicológica, prevenindo complicações maternas e perinatais, atenuando a morbimortalidade por falhas na assistência e, ainda fomentando condições mais favoráveis ao parto.

Este modelo de tecnologia deve ser compreendido como uma referência à implementação da SAE à mulher no trabalho de parto e parto, complementando neste, as individualidades concernentes a cada mulher no sistema, a fim de romper a perspectiva de uma prática assistencial apenas biomédica e técnica medicalizadas, garantindo a oferta de cuidados de saúde qualificados. A atenção sistematizada à mulher no parto representa um passo indispensável para a garantia da segurança do binômio mãe-filho e redução da morbimortalidade materna e neonatal, tendo como foco principal a garantia do bem-estar da mulher e do recém-nascido, considerando os aspectos sociais, culturais e raciais, respeitando as escolhas através de um cuidado baseado em evidências, direitos das mulheres e seus familiares, boas práticas de atenção ao parto e nascimento, na humanização através da promoção do conforto, apoio emocional, bem-estar físico, proporcionando uma assistência com poucas intervenções, respeito, acolhimento, satisfação, protagonismo.

A intenção desse estudo não foi esgotar o tema abordado, mas proporcionar subsídios para que a atenção à parturiente seja realizada de forma sistematizada, humanizada e integral,

despertando o olhar de estudantes, pesquisadores, gestores e profissionais de enfermagem que atuam na assistência, ensino e gestão do cuidado à mulher no trabalho de parto e parto para a problemática descrita, considerando a necessidade do fortalecimento das práticas de enfermagem baseada em evidências, uso de tecnologias leve e leve duras, visando a humanização, segurança e satisfação no cuidado ao nascimento, tendo em vista a fisiologia feminina e os aspectos sociais, culturais e espirituais envolvidos neste processo. Os dados obtidos além de fornecer escopo para a prática de enfermagem no cuidado à pacientes obstétricas, trazendo subsídios para a prática assistencial do enfermeiro, agilizar, padronizar, fomentar, melhorar a qualidade, satisfação e registros; também fornecer dados para o desenvolvimento de protocolos clínicos, educação continuada.

Como sugestões para novas pesquisas destaca-se a avaliação por especialistas do histórico, intervenções e resultados de enfermagem. Sugere-se também mais investigações referentes às ligações de diagnósticos, intervenções e resultados , NANDA-NIC-NOC à mulheres em trabalho de parto e parto e, avaliação clínica com o público a qual se destina este instrumento, com a finalidade de testar os achados deste estudo com as mulheres durante a vivência parturitiva e subsidiar a prática assistencial do enfermeiro na sua identificação correta e na implementação da SAE de forma eficaz e segura. Por conseguinte, espera-se que este estudo possa contribuir para fomentar novas projeções, visando novas investigações, com intuito de colaborar para documentação da prática profissional e visibilidade da enfermagem no cenário de atenção obstétrica, a partir da busca, análise, interpretação, avaliação e utilização da NANDA-NIC-NOC como instrumento para denominar, especificar e descrever os fenômenos inerentes à prática de enfermagem obstétrica. Recomenda-se, também, a estudos sobre o processo de implantação da SAE e utilização de sistemas de informação como ferramenta para facilitação do mesmo.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Maria Eduarda Ferreira de *et al.* Validação de conteúdo de um instrumento para consulta de enfermagem em infecções sexualmente transmissíveis. **Rev baiana enferm.** 2023;37:e52183. Disponível em: file:///C:/Users/shink/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/2024%20Disserta%C3%A7%C3%A3o/52183-Texto%20do%20Artigo-225440-1-10-20231023.pdf. Acesso em: 20/04/2024.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 16, n. 7, p. 3061–3068, 2011.
- ALVES, C. de M. *et al.* **CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA PARA AS BOAS PRÁTICAS NO TRABALHO DE PARTO E PARTO VAGINAL.** [S. l.: s. n.], 2019. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0002-0312-934X>. .
- AMARAL, R. da C. S. *et al.* The insertion of the nurse midwife in delivery and birth: obstacles in a teaching hospital in the Rio de Janeiro state. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 23, n. 1, 2019.
- AMORIM, F. *et al.* Avaliação de tecnologias em saúde: Contexto histórico e perspectivas. **Comunicação em Ciências da Saúde**, [s. l.], v. 21, p. 343, 2010.
- ANDRADE, L. O. de *et al.* Práticas dos profissionais de enfermagem diante do parto humanizado TT - Practices of nursing professionals against humanized labor. **Rev. enferm. UFPE On line**, [s. l.], v. 11, n. supl.6, 2017.
- BARAKI, Z. *et al.* A cross sectional study on nursing process implementation and associated factors among nurses working in selected hospitals of Central and Northwest zones, Tigray Region, Ethiopia. **BMC Nursing**, [s. l.], v. 16, n. 1, 2017.
- BARBOSA, V. M. da S.; SILVA, J. V. dos S. UTILIZAÇÃO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM NA SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, [s. l.], v. 7, n. 1, 2018.
- BARRETO, M. da S. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: a práxis do enfermeiro de hospital de pequeno porte. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 24, n. 4, 2020.
- BIANCHI, M.; GURGUEIRA, G. P. **Sistematização da Assistência de Enfermagem.** [S. l.: s. n.], 2018. *E-book*. Disponível em: <http://www.kroton.com.br/>.
- BORBA, A. de M. *et al.* APLICAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM GESTANTES ATENDIDAS NO PRÉ-NATAL. **Revista Ciência Plural**, [s. l.], v. 5, n. 3, 2019.
- BRANDÃO, M. A. G. *et al.* Nursing theories in the conceptual expansion of good practices in nursing. **Revista brasileira de enfermagem**, [s. l.], v. 72, n. 2, 2019.
- BRASIL. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: versão resumida. **Ministério da Saúde**, [s. l.], 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Entendendo a Incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS: como se envolver**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA N.º 2.815, DE 29 DE MAIO DE 1998. *Em: DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO*. Brasília, DF: [s. n.], 1998. v. 101. *E-book*. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2815.htm>. Acesso em: 24 jun. 2022.

BUTCHER, H. K. *et al.* **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 7. ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2020.

CAMACHO, K. G.; PROGIANTI, J. M. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s. l.], v. 15, n. 3, 2013.

CAMPOS, N. F. de *et al.* A importância da enfermagem no parto natural humanizado: uma revisão integrativa. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, [s. l.], v. 14, n. 1, 2016.

CARVALHO, L. S. *et al.* Adesão às práticas seguras na atenção ao parto. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [s. l.], v. 92, n. 30, 2020.

CARVALHO, E. C. de; OLIVEIRA-KUMAKURA, A. R. de S.; MORAIS, S. C. R. V. Clinical reasoning in nursing: teaching strategies and assessment tools. **Revista brasileira de enfermagem**, [s. l.], v. 70, n. 3, p. 662–668, 2017.

CARVALHO, Emilia Campos de; CRUZ, Dina de Almeida Lopes Monteiro da; HERDMAN, T. Heather. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** 66 (spe), Set. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9yTVg5G8wkFftpGjYpwTxM/?lang=pt>. Acesso em 19 de fevereiro de 2023.

CASSIANO, A. do N. *et al.* Atuação do enfermeiro obstétrico na perspectiva das epistemologias do Sul. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 25, n. 1, 2021.

CASTILHO, N. C.; RIBEIRO, P. C.; CHIRELLI, M. Q. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s. l.], v. 18, n. 2, 2009.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências**. [S. l.: s. n.], 1986. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 14 dez. 2020.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n. 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem**. Brasília: COFEN, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 20 de abril de 2024.

CRESPO, N. C. T. *et al.* Diagnósticos de Enfermagem para o trabalho de parto e parto: mapeamento cruzado. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], v. 10, n. 3, 2018.

CRUZ, Z. V. **O ato de partejar: memórias, saberes e práticas de parteiras tradicionais do sudoeste baiano**. 2019. Tese (doutorado) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, [s. l.], 2019. Disponível em: <http://www2.uesb.br/ppg/ppgmls/wp-content/uploads/2020/03/TESE-DE-ZORAIDE-VIEIRA-CRUZ.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2022.

CUBAS, M. R. *et al.* Validação da nomenclatura diagnóstica de enfermagem direcionada ao pré-natal: base CIPESC® em Curitiba - PR. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 41, n. 3, 2007.

CUNHA, E. M. M. da; MILHOMEM, A. B. Enfermagem e sua evolução histórica e legal. *Em*: NEVES, R. de S. (org.). **Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE: guia para o cuidado organizado**. Quirinópolis: IGM, 2020. p. 64–68.

DA FONSECA, L. H. B. *et al.* Avaliação de enfermagem – primeira etapa do processo de enfermagem. *Em*: NEVES, R. de S. (org.). **Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE: guia para o cuidado organizado**. Quirinópolis: IGM, 2020. p. 71–84.

DE MATOS, G. C. *et al.* A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE On line**, [s. l.], v. 7, n. 3, n.esp, 2013.

DE SENA, C. D. *et al.* Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. **Revista de Enfermagem da UFMS**, [s. l.], v. 2, n. 3, 2012.

DENIPOTE, A. G. M. *et al.* Parto Domiciliar Planejado no Brasil: onde estamos e para onde vamos?. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 9, n. 8, 2020.

DUARTE, E. L. *et al.* SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E A SEGURANÇA DO PACIENTE. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, [s. l.], v. 10, p. 113–118, 2020.

FAEDA, M. S.; PERROCA, M. G. Conformity of nurse prescribing to care needs: nurses' understanding. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 70, n. 2, p. 400–406, 2017.

FERREIRA JÚNIOR, A. R. *et al.* Potencialidades e limitações da atuação do enfermeiro no Centro Parto Normal. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 25, n. 2, 2021.

FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes**. [S. l.: s. n.], 2016. *E-book*. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/22135/1/2016_tese_lfsgomes.pdf. Acesso em: 13 dez. 2020.

FIRMINO, V. H. N.; MACEDO, V. L. M.; NEVES, R. de S. Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE. *Em*: NEVES, R. de S. (org.). **Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE: guia para o cuidado organizado**. Quirinópolis: IGM, 2020. p. 19–31.

FRAGA, T. F. *et al.* PROCESSO DE ENFERMAGEM EM CENTRO OBSTÉTRICO: PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s. l.], v. 27, n. 3, 2018.

GAMA, S. G. N. da *et al.* Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. **Reproductive Health**, [s. l.], v. 13, 2016.

GARCIA, T. R. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): versão 2019-2020**. Porto Alegre: Artmed, 2020.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. da. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 13, n. 1, 2009.

GARNER, D. B. Teoria das Ciências comportamentais. *Em*: MCEVEN, M. (org.). **Bases Teóricas de Enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 312–338.

GOMES, L. F. de S. **Sistematização da assistência de enfermagem à gestante de alto risco: construção e validação de uma tecnologia para o cuidado**. 2016. Tese de Doutorado - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

GOTTEMS, L. B. D. *et al.* Good practices in normal childbirth: reliability analysis of an instrument by Cronbach's Alpha. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 26, n. 0, 2018.

GUTIÉRREZ, M. G. R. de; MORAIS, S. C. R. V. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a formação da identidade profissional. **Rev Bras Enferm**, [s. l.], v. 70, n. 2, 2017.

HORTA, W. A. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, [s. l.], v. 8, n. 1, 1974.

LEAL, M. do C. *et al.* Os percursos do parto nas políticas de saúde no Brasil por suas testemunhas: entrevista com Maria do Carmo Leal e Marcos Dias. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [s. l.], v. 26, n. 1, 2019.

LEAL, M. do C. Parto e nascimento no Brasil: um cenário em processo de mudança. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 34, n. 5, 2018.

LEAL, N. P. *et al.* Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 3, 2021.

LIMA, G. P. V. *et al.* Expectativas, motivações e percepções das enfermeiras sobre a especialização em enfermagem obstétrica na modalidade residência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, [s. l.], 2015.

LIMA, L. N. *et al.* Implementação das ações e intervenções de enfermagem – quarta etapa do processo de enfermagem. *Em*: NEVES, R. de S. (org.). **Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE: guia para o cuidado organizado**. Quirinópolis: IGM, 2020. p. 115–122.

LOPES, R. de C. S. *et al.* O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [s. l.], v. 18, n. 2, 2005.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**. [S. l.]: Jaquatirica Digital, 2013.

MARQUES, D. K. A.; MOREIRA, G. A. D. C.; NÓBREGA, M. M. L. da. Análise da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, [s. l.], v. 2, n. 4, 2008.

MASSAROLI, A. *et al.* Método *Delphi* como referencial metodológico para a pesquisa em enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, [s. l.], v. 26, n. 4, 2017.

MAZZO, M. H. S. da N.; BRITO, R. S. de. Instrumento para consulta de enfermagem à puérpera na atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 69, n. 2, 2016.

MEDEIROS, R. M. K. *et al.* Humanized Care: insertion of obstetric nurses in a teaching hospital. **Revista brasileira de enfermagem**, [s. l.], v. 69, n. 6, 2016.

MEDINA, E. T. Tecnologias Não Invasivas de Cuidado da Enfermagem Obstétrica – Aspectos históricos, conceituais e práticos. *Em: ENFERMAGEM NA PRÁTICA MATERNO-NEONATAL*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

MEIER, M. J. **Tecnologia em Enfermagem: desenvolvimento de um conceito**. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós- Graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

MELO, L. Enfermagem como uma ciência humana centrada no cuidado. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, [s. l.], v. 20, 2016.

MELO, B. M. de *et al.* Implementação das boas práticas na atenção ao parto em maternidade de referência. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [s. l.], v. 18, n. 3, 2017.

MONGUILHOTT, J. J. da C. *et al.* Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 52, 2018.

MOORHEAD, S. *et al.* **Classificação dos resultados de enfermagem NOC: mensuração dos resultados em saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: GEN – Grupo Editorial Nacional S.A, 2020.

NEVES, R. de S. **Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE: guia para o cuidado organizado**. Quirinópolis: IGM, 2020.

NEVES, R. de S. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Reabilitação segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Revista brasileira de enfermagem**, [s. l.], v. 59, n. 4, 2006.

NEVES, R. de S.; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 63, n. 2, 2010.

NICIDA, L. R. de A. *et al.* Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 11, p. 4531–4546, 2020.

NOMURA, A. T. G.; SILVA, M. B. da; ALMEIDA, M. de A. Quality of nursing documentation before and after the Hospital Accreditation in a university hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 24, n. 0, 2016.

OLIVEIRA, T. D. C. *et al.* A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA À LUZ DA TEORIA DOS CUIDADOS DE KRISTEN SWANSON. **Enfermagem em Foco**, [s. l.], v. 9, n. 2, 2018.

OLIVEIRA, L. L. de *et al.* Educational hypermedia in nursing assistance at birth: building and validation of content and appearance. **Revista brasileira de enfermagem**, [s. l.], v. 72, n. 6, 2019.

OLIVEIRA, M. R. de *et al.* Nursing care systematization: perceptions and knowledge of the Brazilian nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 72, n. 6, p. 1547–1553, 2019.

OLIVEIRA, S. M. de *et al.* Obstetric Nursing: An Integrative Review. **International Archives of Medicine**, [s. l.], v. 10, 2017.

OLIVEIRA, K. *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem na Rede Hospitalar de Uberaba-MG. **Revista de Enfermagem Referência**, [s. l.], v. III Série, n. n° 8, 2012.

OMS. **Guia de implementação da lista de verificação da OMS para partos seguros**. [S. l.: s. n.], 2017.

OMS. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas**. [S. l.: s. n.], 2009.

PALHARINI, L. A.; FIGUEIRÔA, S. F. de M. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [s. l.], v. 25, n. 4, p. 1039–1061, 2018.

PALUMBO, I. C. B.; CHAGAS, S. S. M. **Contribuições da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale para a prevenção e tratamento da COVID-19** *Hist enferm Rev eletrônica* [Internet]. [S. l.: s. n.], 2020.

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. D. A.; MARTINS, C. P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 4, n. 4, 2010.

PASQUALI, L. **Instrumentação Psicológica: Fundamentos e práticas**. [S. l.: s. n.], 2010.

PETERS, M. D. J. *et al.* Guidance for conducting systematic scoping reviews. **International Journal of Evidence-Based Healthcare**, [s. l.], v. 13, n. 3, 2015.

PINTO, A. C. *et al.* Conceito de ser humano nas teorias de enfermagem: aproximação com o ensino da condição humana. **Pro-Posições**, [s. l.], v. 28, n. suppl 1, p. 88–110, 2017.

POSSATI, A. B. *et al.* Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 21, n. 4, 2017.

PRAXEDES, Marcus Fernando da Silva (org.). **Tecnologias e o cuidado de enfermagem: contribuições para a prática clínica 2**. Ponta Grossa – PR: Atena, 2022. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/catalogo/ebook/tecnologias-e-o-cuidado-de-enfermagem-contribuicoes-para-a-pratica-2>. Acesso em 19 de fevereiro de 2023.

PRATA, J. A.; PROGIANT, J. M. A influência da prática das enfermeiras obstétricas na construção de uma nova demanda social. **Rev. enferm. UERJ**, [s. l.], p. 23–28, 2013. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6341/4516>. Acesso em: 11 abr. 2021.

RABELO, L. R.; OLIVEIRA, D. L. de. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 44, n. 1, p. 213–220, 2010.

REIS, S. P. dos *et al.* PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS QUANTO AO CUIDADO PRESTADO. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá-PR, 2013.

RIBEIRO, A. L. T. *et al.* Teorias de Enfermagem e sua importância na organização do processo de enfermagem. *Em*: NEVES, R. de S. (org.). **Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE: guia para o cuidado organizado**. Quirinópolis: IGM, 2020. p. 35–58.
ROCHA, P. K. *et al.* Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Rev Bras Enferm**, [s. l.], v. 1, n. 61, p. 113–116, 2007.

ROCHA, N. F. F. da; FERREIRA, J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 44, n. 125, p. 556–568, 2020.

RODRIGUES, A. R. M. *et al.* Contribuições da Teoria das Necessidades Humanas Básicas para o cuidado de enfermagem durante a gravidez. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 9, n. 10, p. e2179107112, 2020.

PONTES, Isabelly Rodrigues de Oliveira; ANDRADE, Kelly Gomes Messias. A CONTRIBUIÇÃO DAS TECNOLOGIAS LEVES NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PARTO NORMAL. **Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico**, [s. l.], v. 6, n. 7, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20951/2446-6778/v6n1a7>.

SALVADOR, P. T. C. de O. *et al.* **Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem**. [S. l.: s. n.], 2012.

SANTOS, I. M. F. *et al.* **SAE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM UM GUIA PARA A PRÁTICA**. Salvador: [s. n.], 2016.

SANTOS, B. P. *et al.* The training and praxis of the nurse in the light of nursing theories. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 72, n. 2, p. 566–570, 2019.

SANTOS, R. B. dos; RAMOS, K. da S. Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 65, n. 1, p. 13–18, 2012.

SILVA, R. R. da *et al.* AS TEORIAS DE ENFERMAGEM DE ROY E OREM INTRÍNSECAS À SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Brazilian Journal of Development**, [s. l.], v. 6, n. 7, 2020.

SILVA, A. F. da; NÓBREGA, M. M. L. da; SOUTO, C. M. R. M. Instrumento para documentação de processo de enfermagem no período pós-parto/ Instrument for documentation of nursing process during postpartum. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s. l.], v. 14, n. 3, 2015.

SILVA, A. V. R. da; SIQUEIRA, A. A. F. de. Nascimento e cidadania: entre a norma e a política. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 29, n. 1, 2020.

SIQUEIRA, P. L. de F. Sistematização da assistência, teorias e processo de enfermagem – uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 9, n. 10, p. e4419108667, 2020.

SKOOGH, A. *et al.* Healthcare professionals' perceptions of patient safety for the woman in childbirth in Sweden – An interview study. **Nursing Open**, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 642–649, 2020.

SODRÉ, T. M.; LACERDA, R. A. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 41, n. 1, 2007.

SOUSA, B. V. N. *et al.* Benefícios e limitações da sistematização da assistência de enfermagem na gestão em saúde. **Journal of Nursing and Health**, [s. l.], v. 10, n. 2, 2020.

TAKEMOTO, A. Y.; CORSO, M. R. Parto humanizado e a assistência de enfermagem: uma revisão da literatura. **Arq. ciências saúde UNIPAR**, [s. l.], v. 17, n. 2, 2013.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem. Um guia prático**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

TRINDADE, L. R. *et al.* PROCESSO DE ENFERMAGEM: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS. **Saúde (Santa Maria)**, [s. l.], v. 42, n. 1, 2016.

UBALDO, I.; MATOS, E.; SALUM, N. C. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I com base nos problemas segundo Teoria de Wanda Horta. **Cogitare Enferm**, [s. l.], v. 20, n. 4, p. 687–694, 2015.

VIEIRA, P. A. A. M. Ligações das classificações NANDA-I, NIC e NOC. *Em*: NEVES, R. de S. (org.). **Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE: guia para o cuidado organizado**. Quirinópolis: IGM, 2020. p. 165–184.

VIEIRA, P. A. A. M. V.; FÉLIX, N. D. de C. Sistemas de classificação/linguagens padronizadas de Enfermagem. *Em*: NEVES, R. de S. (org.). **Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE: guia para o cuidado organizado**. Quirinópolis: IGM, 2020. p. 115–122.

WARREN, C. E. *et al.* WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s. l.], 2018.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. **The integrative review: Updated methodology**. [S. l.: s. n.], 2005.

ZUMBO, B. D.; CHAN, E. K. H. Validity and Validation in Social, Behavioral, and Health Sciences. **Validity and Validation in Social, Behavioral, and Health Sciences**, [s. l.], v. 54, 2014.

APÊNDICES

Parte inferior do formulário

APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**1. IDENTIFICAÇÃO**

TÍTULO DO ARTIGO	
TÍTULO DO PERIÓDICO	
AUTORES	NOME (S) _____; _____ LOCAL DE TRABALHO: _____; GRADUAÇÃO: _____
PAÍS	
IDIOMA	
ANO DE PUBLICAÇÃO	

2. INSTITUIÇÃO SEDE DO ESTUDO

HOSPITAL	
UNIVERSIDADE	
CENTRO DE PESQUISA	
INSTITUIÇÃO ÚNICA	
PESQUISA MULTICÊNTRICA	
OUTRAS INSTITUIÇÕES	
NÃO IDENTIFICA O LOCAL	

3. TIPO DE REVISTA CIENTÍFICA

PUBLICAÇÃO DE ENFERMAGEM GERAL	
PUBLICAÇÃO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA	
PUBLICAÇÃO DE ENFERMAGEM DE OUTRA ESPECIALIDADE	
PUBLICAÇÃO MÉDICA	
PUBLICAÇÃO DE OUTRAS ÁREAS DA SAÚDE	

4. CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO

5. INTERVENÇÕES REALIZADAS	5.1 VARIÁVEL INDEPENDENTE (intervenção) _____ _____ ; 5.2 VARIÁVEL DEPENDENTE: _____ _____ ; 5.3 GRUPO CONTROLE: SIM () NÃO () 5.4 INSTRUMENTO DE MEDIDA: SIM () NÃO () 5.5 DURAÇÃO DO ESTUDO: _____ 5.6 MÉTODOS EMPREGADOS PARA MENSURAÇÃO DA INTERVENÇÃO: _____
6. RESULTADOS	
7. ANÁLISE	7.1 TRATAMENTO ESTATÍSTICO _____ _____ ; 7.2 NÍVEL DE SIGNIFICÂNCIA _____ _____ _____
8. IMPLICAÇÕES	8.1 AS CONCLUSÕES SÃO JUSTIFICADAS COM BASE NOS RESULTADOS: _____ _____ ; 8.2 QUAIS SÃO AS RECOMENDAÇÕES DOS AUTORES: _____ _____ _____
9. NÍVEL DE EVIDÊNCIA	

5. AVALIAÇÃO DO RIGOR METODOLÓGICO

CLAREZA NA IDENTIFICAÇÃO DA TRAJETÓRIA METODOLÓGICA NO TEXTO (MÉTODO EMPREGADO, SUJEITOS, PARTICIPANTES, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO, INTERVENÇÃO, RESULTADOS)	
IDENTIFICAÇÃO DE LIMITAÇÕES OU VIESES	

APÊNDICE B - CARTA CONVITE ENVIADA AOS ESPECIALISTAS

Prezada Profa. A,

Sou mestranda em Saúde da Mulher e da Criança pela Universidade Federal do Ceará – UFC e desenvolvo a pesquisa “CONSTRUÇÃO E AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIA PARA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NO PARTO” sob orientação do professor Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho. O objetivo geral da pesquisa é desenvolver uma tecnologia voltada à Sistematização da Assistência de Enfermagem à mulher no parto, tendo como objetivos específicos: levantar na literatura os diagnósticos de enfermagem prevalentes na assistência à mulher no parto, segundo a taxonomia NANDA e CIPE®; avaliar estes diagnósticos de enfermagem o através da técnica *Delphi* com especialistas; Apontar as principais intervenções de enfermagem e os seus resultados de acordo com NIC e NOC e; Compôr um instrumento para SAE com base nos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, literatura pertinente e recomendações da OMS e MS. Como parte da segunda etapa, a avaliação dos diagnósticos de enfermagem na assistência à mulher no parto, foram selecionados especialistas que possuem experiência na docência e /ou assistência com notável conhecimento na temática . Sua participação consistirá em responder a um formulário eletrônico de validação de 48 itens avaliando a pertinência prática e relevância teórica de cada item. Sua contribuição é muito importante para o processo e, desde já, agradeço sua atenção.

- Este *link* corresponde ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):
<https://forms.gle/QbDbS1r23nqUQXjq6>
- Os diagnósticos de enfermagem foram obtidos através de revisão integrativa de literatura, onde foram selecionados 16 estudos, nas bases de dados. Segue em anexo quadro resumo do resultado dos diagnósticos, com definição, características definidoras e fatores relacionados para sua ciência, baseados no NANDA 2021-2023.
https://drive.google.com/file/d/1QbVIwJam40nSeWS7e_mclfb6hLqgRLpX/view?usp=sharing
- Este *link* corresponde ao instrumento de avaliação de conteúdo:
<https://forms.gle/XjYSunBPFe2Anr4c6>

Atenciosamente,

Michelle Prudencio Shinkai

Discente do Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança (UFC)

Lattes: https://www.cnpq.br/cvlattesweb/PKG_MENU.menu?f_cod=377B272B27A74F021B0BC42B4F362657

APÊNDICE C – QUADRO MAPEAMENTO CRUZADO

NHB		Diagnóstico NANDA/CIPE	Foco Domínio Classe	Estudos	Características definidoras	Fatores relacionados/ Condições associadas
2	1.1 Oxigenação	<u>Padrão respiratório ineficaz</u> 00032 – NANDA Dispneia (10029433 – CIPE) Hiperventilação (10047221- CIPE)	Padrão respiratório Dom. 4 Classe 4	E1 E4 E10 E13	- Dispneia - Hiperventilação em resposta à dor; - Taquipneia; - Respiração inconsciente.	-Ansiedade/apreensão; -Dor; -Fadiga - Contrações uterinas; - Pressão do útero sobre a veia cava em decúbito dorsal reduzindo o retorno venoso - Doenças cardiorrespiratórias pré-existentes; - Aumento da ventilação em resposta às contrações uterinas; - Excesso de volume de líquidos
	1.2 Hidratação	<u>Risco de volume de líquidos desequilibrado</u> 00025 – NANDA Risco de desidratação 10041895 – CIPE	Volume de líquidos equilibrado Dom.2 Classe 5	E1 E8 E9 E10 E12	- Sede, lábios ressecados; - Membranas mucosas ressecadas; - Perda de volume de fluido ativo; - Fraqueza; - Aumento da temperatura corporal; - Aumento da frequência cardíaca; - Diminuição da pressão arterial; - Aumento da concentração urinária.	- Barreira de acesso à líquidos; - Privação na ingestão de líquidos; - Ingestão insuficiente de líquidos; - Náuseas, vômitos; - Líquidos extravasculares, redução retorno venoso; - Alterações fisiológicas que afetam a absorção de líquidos na gestação.
	1.3 Eliminação e troca	<u>Náusea</u> 00134 - NANDA 10000859 -CIPE	Náusea Dom.12 Classe 1	E1 E4 E8 E10	- Aversão a alimentos; - Ânsia de vômito.	- Ansiedade; - Medo; - Trabalho de parto; - Estímulos ambientais e visuais.

	<p>1.4 Sono e repouso</p>	<p><u>Distúrbio no padrão do sono</u> 00198 – NANDA Sono prejudicado 10027226 – CIPE</p>	<p>Padrão do sono Dom. 4 Classe 1</p>	<p>E1 E3 E4 E10</p>	<p>- Despertar não intencional; - Dificuldade para manter o sono; - Insatisfação com o sono; - Não se sentir descansado.</p>	<p>- Desconforto decorrente do mal posicionamento em virtude da dor no trabalho de parto; - Ansiedade; - Falta de adaptação ao ambiente; - Ambiência (luminosidade, poluição sonora); - Privacidade insuficiente; - Dor no trabalho de parto.</p>
	<p>1.5 Atividade física, mecânica corporal, motilidade e locomoção</p>	<p><u>Mobilidade Física Prejudicada</u> 00085 – NANDA Mobilidade prejudicada 10001219 – CIPE Capaz de mobilizar-se 10028461 – CIPE</p>	<p>Mobilidade Dom.4 Classe 2</p>	<p>E1 E3 E4 E9 E10 E14</p>	<p>- Dificuldades de deambulação; - Deambula com ajuda; - Instabilidade postural; - Movimentos descoordenados; - Restrição de movimentos.</p>	<p>- Ansiedade; - Apoio ambiental insuficiente; - Desconforto e dor; - Sonda vesical de demora; - Infusão intravenosa contínua de ocitocina.</p>
		<p><u>Fadiga</u> 00093 – NANDA 10000695 - CIPE</p>	<p>Fadiga Dom. 4 Classe 3</p>	<p>E1 E4 E6 E9 E10 E13</p>	<p>- Expressa falta de energia e cansaço, fraqueza; - Cansaço; - Ansiedade; - Sonolência.</p>	<p>- Ansiedade; - Contração uterina; - Tensão muscular causada pela dor; - Aumento do esforço físico; - Estressores; - Anemia; - Dor do trabalho de parto; - Adoção de posicionamento inadequado devido a dor; - Respiração não efetiva; - Sono e repouso prejudicado; - Ambiente desfavorável; - Condição fisiológica (gestação);</p>

1.6 Sexualidade /Reprodução	<p><u>Risco de binômio mãe/feto perturbado</u></p> <p>Risco de binômio mãe-feto prejudicado 00209 – NANDA</p> <p>Contrações uterinas nos limites normais 10043969 – CIPE</p>	Binômio materno-fetal	Dom.8 Classe 3	<p>E2</p> <p>E6</p> <p>E10</p> <p>E11</p> <p>E13</p> <p>E14</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Alterações na frequência cardíaca fetal; - Alterações nas contrações uterinas; - Transferência de oxigênio ao feto comprometida; - Hipóxia fetal; - Taquicardia fetal; - Clampeamento oportuno do cordão; - Realização de contato pele a pele; - Monitoramento bem estar materno fetal; - Realização de cardiocografia; - Posicionamento materno em decúbito lateral esquerdo; - Contrações uterinas interrompendo parcial ou completamente o fluxo sanguíneo placentário; - Atividade uterina excessiva; - Redução da pressão sanguínea materna; - Compressão do cordão umbilical pela oligodramnia e aumento das contrações. 	<ul style="list-style-type: none"> - Regime de tratamento - Multiparidade; - Cesáreas anteriores; - Abortamentos sucessivos; - Diagnóstico obstétrico; - Estimulação excessiva das contrações uterinas pelo uso de ocitocina, levando a hiperatividade uterina e hipóxia fetal; - Uso de meperidina; - Rotura das membranas ovulares; - Fenômeno compressivo aorticava na posição supina, intensificado pelas contrações uterinas, provocando menor fluxo sanguíneo e comprometimento fetal; <p>Fatores de risco: abuso de álcool, uso de drogas ilícitas, cuidado pré-natal ausente/inadequado, ganho de peso gestacional insatisfatório, tabagismo, violência, apoio do parceiro e/ou social ausente/insuficiente.</p> <p>Populações em risco: extremos de idade, pré-eclâmpsia em gestação anterior, gravidez indesejada, gestante com baixo nível educacional, gestante desfavorecida economicamente.</p> <p>Condições associadas: complicações gestacionais, alterações do metabolismo da glicose, regime de tratamento, transferência de oxigênio ao feto comprometida, condições maternas.</p>
	<p><u>Processo perinatólogico ineficaz</u></p> <p>00221 – NANDA</p>	Processo de gravidez	Dom.8 Classe 3	E8	<ul style="list-style-type: none"> - Sem apoio social (acompanhante); - Comportamento de vínculo insuficiente; - Pré-natal ausente ou inadequado; - Estilo de vida inadequado para o estágio do trabalho de parto; - Respeito insuficiente pelo bebê ainda não nascido; - Preparo inadequado/ausente de itens para o recém-nascido; - Redução da proatividade durante o trabalho de parto e o nascimento; - Resposta inadequada ao início do trabalho de parto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Abuso de substâncias; - Ambiente inseguro; - Conhecimento insuficiente sobre o processo perinatólogico; - Cuidado pré-natal insuficiente; - Disposição cognitiva insuficiente para a paternidade/maternidade; - Exemplo paterno/materno insuficiente; - Sistema de apoio insuficiente; - Sofrimento psicológico materno; - Violência doméstica.

1.7 Cuidado Corporal	<p><u>Déficit no autocuidado para banho</u></p> <p>00108 – NANDA</p> <p>Capacidade de tomar banho prejudicada</p> <p>10000956 – CIPE</p>	<p>Autocuidado no banho</p> <p>Dom.4</p> <p>Classe 5</p>	<p>E1</p> <p>E4</p>	<p>- Capacidade prejudicada de acessar o banheiro;</p> <p>- Capacidade prejudicada de lavar e secar o corpo;</p> <p>- Falta de higiene corporal.</p>	<p>- Ansiedade;</p> <p>- Mobilidade física prejudicada;</p> <p>- Dor;</p> <p>- Fraqueza.</p>
1.8 Integridade física e cutâneo mucosa	<p><u>Integridade da pele prejudicada</u></p> <p>00046 - NANDA</p> <p>10001290 – CIPE</p>	<p>Integridade da pele</p> <p>Dom. 11</p> <p>Classe 2</p>	<p>E4</p> <p>E6</p> <p>E8</p> <p>E10</p> <p>E12</p> <p>E13</p>	<p>- Superfície da pele danificada;</p> <p>- Laceração do perineo e/ou vagina;</p> <p>- Episiotomia;</p> <p>- Episiorrafia;</p> <p>- Cateter venoso periférico.</p>	<p>- Edema;</p> <p>- Cateter venoso;</p> <p>- Dispositivos médicos;</p> <p>- Laceração no canal do parto;</p> <p>- Episiotomia;</p> <p>- Episiorrafia.</p>
	<p><u>Risco de integridade da pele prejudicada</u></p> <p>00047 – NANDA</p> <p>10015237 – CIPE</p>	<p>Integridade da pele</p> <p>Dom. 11</p> <p>Classe 2</p>	<p>E1</p> <p>E6</p> <p>E9</p> <p>E13</p>	<p>- Turgor alterado;</p> <p>- Dor aguda;</p> <p>- Sangramento;</p> <p>- Secreções;</p> <p>- Dispositivos médicos;</p> <p>- Auxílio no desprendimento do polo cefálico.</p>	<p>- Desvios do IMC;</p> <p>- Edema;</p> <p>- Pele úmida e secreções;</p> <p>- Trabalho de parto;</p> <p>- Desprendimento do polo cefálico;</p> <p>- Uso de medicações (ocitocina);</p> <p>- Ruptura de membranas oculares;</p> <p>- Lesão ou cirurgia prévia;</p> <p>- Anemia;</p> <p>- Infecções.</p>

	<p><u>Risco de integridade tissular prejudicada</u> 00248 – NANDA</p>	<p>Integridade tissular Dom. 11 Classe 2</p>	<p>E6 E9 E13</p>	<p>- Lesão tecidual; - Lesão do tecido vaginal e perineal; - Episiotomia; - Sutura; - Revisão do canal de parto.</p>	<p>- Fricção de superfície; - Perfusão tecidual diminuída; - Dispositivos médicos; - Procedimentos cirúrgicos, - Fator mecânico; - Umidade; - Parto instrumentado; - Passagem do feto pelo canal do parto.</p>
	<p><u>Integridade tissular prejudicada</u> 00044 - NANDA</p>	<p>Integridade tissular Dom. 11 Classe 2</p>	<p>E13</p>	<p>- Integridade da pele prejudicada; - Sangramento; - Dor aguda; - Lesão tecidual da vagina e períneo; - Episiotomia; - Sutura; - Revisão do canal de parto.</p>	<p>- Revisão do canal de parto; - Auxílio no desprendimento do polo cefálico; - Parto instrumentado; - Passagem do feto pelo canal do parto.</p>
<p>1.9 Regulação Térmica</p>	<p><u>Risco de termorregulação ineficaz</u> 00274 – NANDA</p>	<p>Termorregulação Dom. 11 Classe 6</p>	<p>E8 E12 E13</p>	<p>- Hipotermia/hipertermia; - Desconforto respiratório; - Taquicardia/bradicardia; - Pele fria/quente; - Letargia/irritabilidade; - Piloereção; - Vasoconstrição periférica.</p>	<p>- Aumento da demanda de oxigênio; - Atividade rigorosa; - Desidratação; - Vestimentas inadequadas; - Infecção.</p>

1.10 Regulação Vascular	<u>Risco de sangramento</u> 00206 – NANDA Risco de hemorragia 10017268 – CIPE	Sangramento Dom.11 Classe 2	E1 E8 E9 E12 E13 E15	- Ausência de formação do globo de segurança de Pinard; - Taquissistolia uterina; - Dequitação placentária incompleta; - Parto vaginal operatório; - Trabalho de parto com distócias; - Lesões útero placentárias; - Lesões de trajeto; - Traumas perineais.	- Complicações na gravidez/parto; - Atonia uterina; - Retenção da placenta/restos placentários; - Anemia; - Coagulação intravascular disseminada; - Gestações múltiplas; - Polidrâmnio; - Parto vaginal operatório; - Trabalho de parto com distócias; - Lesões útero placentárias; - Lesões de trajeto; - Traumas; - Taquissistolia uterina.
	<u>Risco de choque</u> 00205 – NANDA	Choque Dom. 11 Classe 2	E12	- Sangramento; - Diminuição da pressão arterial; - Taquicardia; - Bradicardia; - Desconforto respiratório; - Letargia/agitação; - Hipotermia; - Preenchimento capilar diminuído.	- Sangramento; - Trauma no parto; - Procedimentos cirúrgicos.
	<u>Risco de trauma vascular</u> 00213 – NANDA	Trauma Dom. 11 Classe 2	E12	- Cateter venoso central; - Cateter venoso periférico.	- Local de inserção do cateter; - Tempo de inserção do cateter; - Infusão de substâncias irritantes; - Taxa de infusão rápida.

	<p><u>Risco de perfusão tissular periférica ineficaz</u></p> <p>00228 – NANDA</p>	<p>Perfusão tissular</p> <p>Dom. 4</p> <p>Classe 4</p>	<p>E12</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sangramento; - Diminuição da pressão arterial; - Taquicardia; - Bradicardia; - Desconforto respiratório; - Letargia/agitação; - Hipotermia/hipertermia; - Preenchimento capilar diminuído. 	<ul style="list-style-type: none"> - Líquidos no espaço extravascular; - Redução do retorno venoso; - Aumento da carga; - Aumento do débito cardíaco e pressão arterial durante o parto relacionado ao trabalho de parto, ansiedade, esforço, dor, contrações uterinas, postura, hemorragias, complicações do parto.
<p>1.11</p> <p>Regulação imunológica</p>	<p><u>Risco de infecção</u></p> <p>00004 - NANDA</p> <p>10015133 - CIPE</p>	<p>Infecção</p> <p>Dom. 11</p> <p>Classe 1</p>	<p>E1</p> <p>E2</p> <p>E3</p> <p>E4</p> <p>E8</p> <p>E9</p> <p>E10</p> <p>E12</p> <p>E13</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso de dispositivos (cateter venoso, vesical); - Exames laboratoriais; - Higiene inadequada; - Líquido amniótico meconial, com odor; - Leucorreia; - Tempo prolongado de ruptura das membranas amnióticas; - Disúria, polaciúria; - Laceração vaginal, episiotomia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Integridade da pele prejudicada; - Ruptura anteparto das membranas amnióticas; - Ruptura prolongada de membrana amniótica; - Procedimentos invasivos (amniotomia, sutura); - Acesso venoso periférico; - Lesões prévias; - Doenças crônicas; - Hábitos: etilismo, tabagismo; - Condições de saúde preexistentes e atuais; - Esquema de vacina incompleto; - Elevado número de toques vaginas; - Tempo de trabalho de parto; - Vulvovaginites; - Infecção urinária; - Resultados laboratoriais; - Mecônio; - Processos infecciosos; - Higiene perineal deficiente; - Conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos.
	<p><u>Risco de reação alérgica</u></p> <p>00217</p>	<p>Reação alérgica</p> <p>Dom.11</p> <p>Classe 5</p>	<p>E13</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prurido; - Edema; - Rubor; - Desconforto respiratório. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição ambiental; - Exposição a medicamentos.

	<p>1.12 Percepção dolorosa</p>	<p><u>Dor aguda</u> 00132 – NANDA 10000454 – CIPE</p> <p>Dor 10023130 – CIPE</p>	<p>Dor</p> <p>Dom. 12 Classe 1</p>	<p>E1 - Alterações no apetite e no padrão do sono;</p> <p>E2 - Relata a intensidade usando escala de dor;</p> <p>E3 - Comportamentos expressivos: choro, inquietação, medo, grito, agitação;</p> <p>E4 - Comportamento protetor;</p> <p>E8 - Desesperança;</p> <p>E10 - Diaforese;</p> <p>E12 - Expressões corporais e faciais de dor;</p> <p>E13 - Dor em baixo ventre/lombar;</p> <p>E14 - Foco em si próprio;</p> <p>E15 - Posicionamento para aliviar a dor;</p> <p>E16 - Incapacidade de relaxar;</p> <p>- Preocupação;</p> <p>- Sentimentos negativos;</p> <p>- Alteração no tônus da musculatura;</p> <p>- Respostas autônomas;</p> <p>- Alterações na pressão sanguínea/frequência cardíaca;</p> <p>- Respiração inconsciente;</p> <p>- Medida na dinâmica uterina;</p> <p>- Laceração, episiotomia, anestesia, episiorrafia.</p>	<p>- Contrações uterinas;</p> <p>- Intensidade das contrações uterinas;</p> <p>- Dilatação do colo uterino;</p> <p>- Contração e distensão das fibras uterinas;</p> <p>- Distensão do canal de parto;</p> <p>- Tração dos anexos e peritônio;</p> <p>- Pressão sobre uretra, bexiga, plexo lombo-sacro e outras estruturas pélvicas;</p> <p>- Lacerações nos tecidos vaginal e perineal;</p> <p>- Episiotomia;</p> <p>- Falta de acolhimento;</p> <p>- Falta de protagonismo;</p> <p>- Ausência do uso de métodos de alívio da dor;</p> <p>- Rotura das membranas;</p> <p>- Aspectos físicos e emocionais;</p> <p>- Fatores culturais, psicossociais e espirituais.</p>
--	--	---	--	--	---

		<p><u>Dor no trabalho parto</u> 00256 – NANDA</p> <p>Dor de período expulsivo presente Excluído CIPE</p> <p>Expulsão uterina eficaz 10020534 – CIPE</p>	<p>Dor no trabalho de parto</p> <p>Dom. 12 Classe 1</p>	<p>E6</p> <p>E7</p> <p>E9</p> <p>E12</p> <p>E13</p> <p>E14</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evidência observada de dor/ contração uterina; - Alteração do tônus muscular; - Relato verbal ou codificado; - Diaforese; - Comportamento expressivo; - Expressão facial de dor; - Gestos de defesa; - Comportamento de distração; - Posição antálgica; - Comportamento de distração; - Foco em si próprio; - Sensação de pressão no períneo; - Relata o ciclo sono-vigília alterado; - Dilatação da pupila; - Pressão arterial alterada, taquipneia, taquicardia; - Alteração na função neuroendócrina; - Appetite aumentado/reduzido; - Náuseas e vômitos; - Debilidade; - Palidez. 	<ul style="list-style-type: none"> - Posição supina; - Medo do parto; - Ansiedade; - Inadequado conhecimento sobre o parto; - Preparação inadequada para lidar com a dor do parto; - Percepção da dor do parto como negativo, ameaçador, antinatural; - Sala de parto barulhenta e/ou superlotada; - Duração prolongada do trabalho de parto; - Dilatação do colo uterino; - Contração e distensão das fibras uterinas; - Frequência, duração e intensidade das contrações uterinas; - Distensão do canal de parto e períneo; - Tração dos anexos e peritônio; - Pressão sobre uretra, bexiga, plexo lombo-sacro e outras estruturas pélvicas; - Falta de acolhimento; - Falta de protagonismo; - Falta do uso de métodos de alívio da dor; - Ruptura das membranas.
--	--	--	---	--	--	--

1.13 Conforto	<u>Conforto</u> <u>Prejudicado</u> 00214 – NANDA Desconforto 10023066 – CIPE	Conforto Dom.12 Classe 2	E3 E9 E10 E13 E14	- Alteração no padrão de sono - Choro/lamento/gemidos/ suspiros; - Desconforto/descontentamento/ inquietamento/sofrimento/ irritabilidade; - Dor; - Incapacidade de relaxar; - Medo/ ansiedade; - Sensação de calor/frio; - Sede; - Higiene inadequada (pessoal ou do leito); - Percepção incômoda relacionada ao ambiente; - Relatos de incômodo com hidratação venosa.	- Controle inadequado sobre meio ambiente; - Recursos de saúde inadequados; - Controle situacional inadequado; - Privacidade insuficiente; - Dispositivos e procedimentos assistenciais; - Estímulo ambiental desagradável; - Restrição de movimentos/posicionamento; - Ambiente hospitalar hostil; - Ausência de métodos não farmacológicos de alívio da dor; - Dificuldade/impossibilidade de realizar higiene corporal/íntima; - Sobreposição do saber científico dos profissionais sobre a autonomia e protagonismo femininos; - Contrações uterinas; - Contração e estiramento dos ligamentos pélvicos e dorsais que levam a dor.
	<u>Disposição para</u> <u>conforto melhorado</u> 00183 – NANDA	Conforto Dom. 12 Classe 1	E9	- Expressa desejo de aumentar a sensação de contentamento, aumentar o conforto, relaxamento e resolução das queixas.	- Dor no trabalho de parto; - Ambiência; - Modelo assistencial; - Ambiência; - Falta de protagonismo.
1.14 Segurança Física	<u>Risco de queda em</u> <u>adultos</u> 00303 – NANDA Risco de queda 10015122 – CIPE	Queda Dom. 11 Classe 2	E1 E8 E9	- Movimentos descoordenados; - Agitação psicomotora; - Inapetência; - Náuseas/ vômitos; - Distúrbio no padrão do sono; - Hipotensão.	- Anemia; - Hipotensão ortostática; - Agitação/ansiedade; - Dor; - Hipoglicemia; - Ambiência.

		<p><u>Risco de contaminação</u> 00180 – NANDA</p>	<p>Contaminação o Dom. 11 Classe 4</p>	<p>E6 E9 E13</p>	<p>- Contaminação fecal no momento do parto; - Assepsia inadequada no momento do parto; - Ausência/contaminação de material estéril.</p>	<p>- Laceração; - Episiotomia; - Falta/falha na assepsia no momento do parto; - Ausência/contaminação de material estéril.</p>
<p>2. Necessidades Psicosociais</p>	<p>2.1 Segurança emocional</p>	<p><u>Ansiedade</u> 00146 – NANDA 10000477 – CIPE Ansiedade - CIPE Agitação 10025705 - CIPE</p>	<p>Ansiedade Dom. 9 Classe 2</p>	<p>E1 E2 E3 E4 E8 E9 E10 E13 E14 E15 E16</p>	<p>- Choro; - Expressão de angústia, ansiedade, desamparo, tensão, medo, insegurança, fadiga, nervosismo, preocupação, desconforto; - Respostas autonômicas; - Boca seca, náusea; - Insônia; - Agitação psicomotora; - Extremidades frias; - Expressa sensação de desmaio/fraqueza muscular; - Tremores; - Alteração no padrão respiratório; - Aumento da pressão arterial; - Aumento da frequência cardíaca; - Aumento da sudorese; - Comportamentos defensivos.</p>	<p>- Dor; - Mudança nos papéis sociais; - Trabalho de parto; - Medo do que pode acontecer ao seu filho; - Crenças culturais; - Significados sobre o papel da mulher; - Autoconceito; - Experiência anterior desagradável; - Falta de conhecimento sobre o trabalho de parto e parto; - Crise situacional; - Modelo obstétrico medicalizado e intervencionista; - Cuidado desumanizado, fragmentado; - Ausência de acompanhante; - Ausência de métodos não farmacológicos de alívio da dor; - Direitos não respeitados.</p>

		<p><u>Medo</u> 00148 – NANDA 10000703 – CIPE</p>	<p>Medo Dom. 9 Classe 2</p>	<p>E1 - Sentimento de ameaça/perigo/angústia E6 - Dispneia E9 - Aumento da pressão arterial; E10 - Aumento da frequência cardíaca e respiratória; E14 - Náusea/ vômito ; E16 - Aumento da sudorese; - Comportamentos impulsivos/ defensivos/ negativo e infeliz; - Refere apreensão/medo/ preocupação relacionados à dor, ao parto, ficar sozinho ou morrer; - Foco direcionado para a fonte do medo; - Autoconfiança diminuída; - Expressa alarme, medo intenso, tensão, ansiedade, angústia, - Expressa nervosismo, agitação psicomotora, grito; voz trêmula; - Boca seca; - Fadiga; - Auto Segurança diminuída; - Recusa de ser examinada; - Pedido de ajuda; - Tensão muscular.</p>	<p>- Parturição - Primiparidade - Separação do sistema de apoio; - Perda de controle e ao resultado imprevisível secundário a falta de conhecimento; - Dor; - Gestação, acompanhada de estado de alerta; - Ausência de familiaridade com o local; - Crenças culturais sobre o parto (evento significativo ou estressante); - Conceito sobre o papel da mulher e sua autoconcepção; - Resposta à ameaça e a situação desconhecida;</p>
		<p><u>Controle emocional lábil</u> 00251 – NANDA</p>	<p>Controle emocional Dom. 5 Classe 4</p>	<p>E9 - Choro; E13 - Ansiedade/desespero; - Risadas excessivas.</p>	<p>- Conhecimento inadequado sobre controle de sintomas; - Fadiga; - Perturbação emocional.</p>

	<p><u>Sentimento de impotência</u> 00125 – NANDA</p>	<p>Poder Dom. 9 Classe 2</p>	<p>E5</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dependência na tomada de decisão; - Descrença no próprio corpo; - Sensação de perda do controle; - Passividade às intervenções; - Sentimento de insegurança (falta de confiança, sentir-se em risco ou desprotegido); - Sentimento de frustração; - Sentimento de fracasso, perda ou mau êxito na conclusão de um objetivo; - Angústia; - Desesperança; -Medo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Violência obstétrica; - Cultura da medicalização; - Conhecimento insuficiente sobre o desempenho do papel; - Comunicação deficiente; - Ansiedade; - Experiências pregressas negativas; - Pré-natal inadequado; - Ambiente institucional disfuncional; - Dor; - Medo. <p><u>Populações em risco</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Primiparidade; - Vulnerabilidade social; - Indução do parto; - Distócia; - Depressão; - Gestação de alto risco.
<p>2.2 Amor, aceitação, auto realização</p>	<p><u>Parentalidade prejudicada</u> 00056 – NANDA</p>	<p>Parentalidad e Dom. 7 Classe 1</p>	<p>E12</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comportamento hostil/ impulsivo; - Comunicação negativa; - Rejeição da criança 	<ul style="list-style-type: none"> - Papel parental alterado; - Sintomas depressivos; - Processos familiares disfuncionais; - Conflito conjugal.

		<p><u>Risco de paternidade ou maternidade prejudicada</u> 00057 – NANDA</p> <p><i>Risco de parentalidade prejudicada</i> 10015198 – CIPE</p>	<p>Parentalidade e</p> <p>Dom. 7 Classe 1</p>	<p>E1 E10</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angústia; - Sofrimento; - Insatisfação; - Desânimo; - Desapontamento; - Tristeza. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de planejamento associados à gravidez não desejada; - Imaturidade psíquica, emocional e social para assumir novas responsabilidades; - Falta de apoio familiar; - Pais solteiros; - Conflito conjugal; - Pais emocionalmente perturbados; - Vítimas de violência; - Adolescentes, - Alcoólatras, viciados em drogas; - Deficientes agudos; - Crianças deficientes, de sexo ou características indesejadas.
		<p><u>Risco de vínculo prejudicado</u> Cód. 00058 Risco de ligação afetiva pais-criança prejudicado Cód. 10027203 – CIPE</p>	<p>Vínculo</p> <p>Dom.7 Classe 2</p>	<p>E1 E4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angústia; - Sofrimento; - Insatisfação; - Desânimo; - Desapontamento; - Tristeza. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de planejamento associados à gravidez não desejada; - Imaturidade psíquica, emocional e social para assumir novas responsabilidades; - Falta de apoio familiar; - Desconhecimento da maternidade/paternidade; - Separação entre pais e filhos; - Ansiedade; - Uso indevido de substâncias.

2.3 Liberdade e participação	<p><u>Enfrentamento ineficaz</u> 00069 – NANDA</p> <p>Dificuldade de enfrentamento Cód. 10001120 – CIPE</p> <p>Controle da dor inadequado 10039910 - CIPE</p>	Enfrentamento Dom. 9 Classe 2	<p>E1 - Resposta afetiva alterada;</p> <p>E9 - Padrão de comunicação alterado;</p> <p>E10 - Capacidade prejudicada em lidar com a situação;</p> <p>E13 - Ansiedade, estresse, medo, fadiga;</p> <p>E14 - Dor;</p> <p>- Alteração no padrão do sono;</p> <p>- Incapacidade de atender às expectativas do papel;</p> <p>- Relutância na aceitação da terapêutica;</p> <p>- Hesitante em tentar novas situações;</p> <p>- Refere não ter energia/força;</p> <p>- Incapaz de lidar com os acontecimentos;</p> <p>- Constrangimento durante o exame ginecológico;</p> <p>- Comportamento destrutivo em relação a si mesmo/outros.</p>	<p>- Confiança inadequada na capacidade de lidar com uma situação;</p> <p>- Separação do acompanhante;</p> <p>- Concepção sociocultural sobre o parto;</p> <p>- Tempo de trabalho de parto;</p> <p>- Aspectos psicossociais;</p> <p>- Assistência prestada;</p> <p>- Experiência do processo de parturição;</p> <p>- Crise situacional;</p> <p>- Falta de conhecimento sobre trabalho de parto e parto;</p> <p>- Falta de acesso aos métodos não farmacológicos de alívio da dor;</p> <p>- Oportunidade inadequada para preparar-se para estressores.</p>
	<p><u>Disposição para enfrentamento melhorado</u> 00158 - NANDA</p>	Enfrentamento Dom. 9 Classe 2	<p>E9 - Expressa desejo de melhorar o controle dos estressores;</p> <p>- Expressa desejo de aumentar o uso de estratégias orientadas a problemas/recursos espirituais.</p>	<p>- Processo de parturição.</p>
	<p><u>Manutenção ineficaz da saúde</u> 00292 – NANDA</p>	Controle da saúde Dom.1 Classe 2	<p>E10 - Não realização das consultas de pré-natal;</p> <p>- Não segue orientações do período gestacional;</p> <p>- Não participação em grupos de orientação;</p> <p>- Não busca informações sobre a saúde;</p> <p>- Não participa do cuidado durante o trabalho de parto;</p> <p>- Comportamentos de tabagismo, drogas, álcool, obesidade.</p>	<p>- Sintomas depressivos;</p> <p>- Dificuldade na tomada de decisão;</p> <p>- Estratégias de enfrentamento ineficazes;</p> <p>- Enfrentamento familiar ineficaz;</p> <p>- Baixa autoeficácia;</p> <p>- Angústia espiritual.</p>

	2.4 Comunicação	<u>Comunicação verbal prejudicada</u> 00051 – NANDA 10025104 - CIPE	Comunicação verbal Dom. 5 Classe 5	E1 E4 E10	Verbalização inadequada.	- Labilidade emocional; - Dor no trabalho de parto; - Repercussões psicofísicas e sociais do trabalho de parto e parto.
	2.5 Educação para a saúde/aprendizagem	<u>Conhecimento deficiente</u> 00126 – NANDA	Conhecimento Dom.5 Classe 4	E3 E8 E9 E10 E13	- Verbalização do problema de falta de acesso à informações sobre TP/Parto no pré-natal; - Comportamento inapropriado/insuficiente; - Seguimento de instruções inadequado; - Falta de conhecimento sobre exames, tecnologias e procedimentos no parto e seus possíveis resultados; - Participação/ confiança inadequada nos cuidados; - Baixa autoeficácia; - Compreensão comprometida.	- Informações sobre TP/Parto insuficiente/inadequadas no pré-natal afetando o protagonismo e a capacidade de decisão; - Desinformação; - Acesso inadequado aos recursos; - Consciência inadequada.
		<u>Disposição para o conhecimento melhorado</u>	Conhecimento	E9	- Expressa desejo de aprender/ melhorar a aprendizagem.	

	<p>2.6 Autoestima, autoconfiança, autorrespeito, atenção e autoimagem</p>	<p><u>Baixa autoestima situacional</u> Cód. 10000844 – CIPE</p>	<p>Autoestima Dom. 6 Classe 2</p>	<p>E1 E10</p>	<p>– Verbalizações auto negativas; – Subestima a capacidade de lidar com a situação.</p>	<p>- Fadiga; - Impotência; - Modificações corporais; - Labilidade emocional; - Falta de reconhecimento do companheiro; - Distúrbio da imagem.</p>
--	---	--	--	-------------------	--	---

<p>3 Necessidades Psicoespirituais</p>	<p>3.1 Religiosidade/ Espiritualidade</p>	<p><u>Sofrimento espiritual</u> 00066 – NANDA Angústia espiritual Cód. 10001652 – CIPE</p>	<p>Sofrimento espiritual Dom. 10 Classe 3</p>	<p>E1</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Choro; - Expressa sentir-se abandonado por poder maior; - Expressa coragem insuficiente, perda de confiança, perda de controle, perda de esperança, perda de serenidade, sofrimento; - Fadiga; - Medo; - Questiona a própria dignidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedade; - Baixa autoestima; - Dor; - Regime de tratamento; - Crise espiritual; - Existência ou inexistência de um apoio social e religioso.
---	--	--	--	-----------	--	---

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO- ESPECIALISTAS

TÍTULO DA PESQUISA: **CONSTRUÇÃO E AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIA PARA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NO PARTO**

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Michelle Prudencio Shinkai

Prezado(a) Sr(a),

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que irá desenvolver uma tecnologia voltada à Sistematização da Assistência de Enfermagem à mulher no parto. Com isso, pretende-se levantar na literatura os diagnósticos de enfermagem prevalentes na assistência à mulher ao parto, segundo a taxonomia NANDA e CIPE®; avaliar os diagnósticos de enfermagem o através da técnica *Delphi* com especialistas; apontar as principais intervenções de enfermagem e os seus resultados de acordo com NIC e NOC e; compor um instrumento para SAE com base nos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, literatura pertinente e recomendações da OMS e MS. Este estudo justifica-se por acreditarmos que a sistematização da assistência de enfermagem pode consolidar e fortalecer a Enfermagem como ciência, tornando a prática baseada em evidências científicas, favorecendo a padronização a linguagem, documentação, a tomada de decisão, visando atender as reais necessidades da mulher, a autonomia, a integralidade, como também, a otimização, organização e continuidade do cuidado, o compartilhamento de informações entre a equipe de Enfermagem, permitindo uma assistência individualizada, segura, repercutindo diretamente na qualidade de atenção ao parto e redução da morbimortalidade materna e fetal, protagonismo feminino, boas práticas de atenção ao parto e humanização do cuidado.

1 PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA - Diante da magnitude de diagnósticos de enfermagem NANDA e CIPE®, a escassez de tecnologias em saúde voltadas para a atenção ao parto, necessidade de consolidação da ciência no cuidado da enfermagem, a urgência que a assistência ao parto podem necessitar, a diversidade profissional da enfermagem, registros e dos serviços de assistência ao parto, quais os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem mais prevalentes na assistência ao parto que poderiam contribuir para uma

assistência uniforme e de qualidade ao parto? Sua participação consistirá em responder a um formulário de avaliação de conteúdo contendo 48 itens a serem avaliados. Lembramos que a sua participação é voluntária, o(a) Sr. (a) tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado o questionário sem nenhum prejuízo para você.

2 RISCOS E DESCONFORTOS: Este estudo apresenta risco mínimo, com a possibilidade de quebra de anonimato, algum desconforto ou prejuízo em relação à rotina de trabalho ou algum constrangimento de não saber opinar. Logo, com a finalidade de minimizar tais riscos, primeiramente você será informado (a) sobre a importância de pesquisas dessa natureza para a busca pela qualidade da assistência. Não haverá sua identificação. Além disso, os resultados preservaram sua identidade e não deixaram exposto seu posicionamento individualizado diante dos indicadores propostos. Como, em caso de aceite, acessará o *link* do formulário dos diagnósticos de enfermagem para avaliação, no qual você realizará sua avaliação sobre a relevância e adequação de cada item do instrumento a ser validado. Você pode ficar à vontade para responder no dia/horário de sua preferência de forma a não atrapalhar sua rotina. Suas RESPOSTAS ficarão em sigilo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum do instrumento e nem quando os resultados forem apresentados.

3 BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados com a pesquisa são a oportunidade de disponibilizar instrumento de qualidade voltado à sistematização da assistência de enfermagem no parto, com diagnósticos avaliados. Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer ou que sejam coletadas por meio do questionário serão utilizadas para esta pesquisa e poderão ser publicadas em periódicos científicos. Serão garantidos o sigilo do seu nome e a privacidade dos dados coletados durante todas as fases da pesquisa.

4 FORMAS DE ASSISTÊNCIA: Se o(a) Sr.(a) precisar de alguma orientação por se sentir prejudicado por causa da pesquisa o(a) Sr. (a) será encaminhado(a) para falar com a coordenadora da pesquisa, profa. Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva.

5 CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer ou que sejam conseguidas por pelas respostas aos instrumentos serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas e dados pessoais ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em nenhum

lugar dos(as) questionários nem quando os resultados forem apresentados. As informações coletadas serão utilizadas nos resultados da pesquisa, os quais serão organizados para apresentação e publicação em revistas de circulação nacional e internacional e apresentados em eventos científicos. O material será arquivado eletronicamente pelo pesquisador e excluídos após cinco anos da coleta dos dados. Garantimos ainda sua liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento. Sua recusa em participar do estudo não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

6 ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Michelle Prudencio Shinkai

Endereço: Rua Emanuela Castro Carneiro, 1569; Quadra J; Bairro Pedro Mendes Carneiro; Sobral, Ceará. CEP 62032-100.

Telefone para contato: (88) 999211309

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Endereço: Avenida Comandante Mauricélio Rocha Ponte, nº 150 – Derby – CEP: 62.041.040 – Sobral – CE. Fone/Fax: (88) 3677-4255. Email: uva_comitedeetica@hotmail.com

7 RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

8 CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo via email.

michelleprudencio7@gmail.com (não compartilhado) [Alternar conta](#)

***Obrigatório**

CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO - Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, declaro que, após leitura minuciosa do TCLE, tive oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a

A respeito do lido e explicado, firmo meu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa. *

Concordo em participar da pesquisa

Não concordo em participar da pesquisa

Nome completo em caso de aceite do participante

Sua resposta

Enviar

Limpar formulário

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

Empregado aos juizes do processo de validação de conteúdo - Diagnósticos de Enfermagem na Assistência a mulher no parto

*Obrigatório

1. FORMAÇÃO *

Marcar apenas uma oval.

ENFERMAGEM

OUTRO

2. TEMPO DE FORMAÇÃO (em anos completos) *

3. TITULAÇÃO *

Marcar apenas uma oval.

Mestrado

Doutorado

Pós-doutorado

4. ÁREA DE ATUAÇÃO ATUAL *

Marque todas que se aplicam.

Docência

Assistência

Gestão

Outro

5. REGIÃO ONDE ATUA?

Marcar apenas uma oval.

Norte

Nordeste

Centro-Oeste

Sudeste

Sul

12. Risco de volume de líquidos desequilibrado (00025) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

13. Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais (00002) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

14. Risco de glicemia instável (00179) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

15. Eliminação urinária prejudicada (00016) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

16. Náusea (00134) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

17. Insônia (00095) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

18. Distúrbio no padrão do sono (00198) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

19. Mobilidade Física Prejudicada (00085) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

20. Fadiga (00093) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

21. Risco de binômio mãe/feto perturbado (00209) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

22. Processo perinatólógico ineficaz (00221) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

23. Déficit no autocuidado para banho (00108) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

24. Risco de integridade da pele prejudicada (00047) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

25. Integridade da pele prejudicada (00046) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

26. Risco de integridade tissular prejudicada (00248) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

27. Integridade tissular prejudicada (00044) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

28. Risco de termorregulação ineficaz (00274) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

29. Risco de sangramento (00206) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

30. Risco de choque (00205) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

31. Risco de trauma vascular (00213) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

32. Risco de perfusão tissular periférica ineficaz (00228) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

33. Risco de infecção (00004) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

34. Risco de reação alérgica (00217)

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

35. Dor aguda (00132) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

36. Dor no trabalho parto (00256)

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

37. Conforto Prejudicado (00214) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

38. Disposição para conforto melhorado (00183) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

39. Risco de queda em adultos (00303) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

40. Risco de contaminação (00180) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

41. Ansiedade (00146) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

42. Medo (00148) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

43. Controle emocional lábil (00251) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

44. Sentimento de impotência (00125) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

45. Parentalidade prejudicada (00056) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

46. Risco de paternidade ou maternidade prejudicada (00057) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

47. Risco de vínculo prejudicado (00058) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

48. Enfrentamento ineficaz (00069) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

49. Disposição para enfrentamento melhorado (00158) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

50. Manutenção ineficaz da saúde (00292) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

51. Comunicação verbal prejudicada (00051) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

52. Conhecimento deficiente (00126) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Veementemente	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente				

APÊNDICE F - CONCORDÂNCIA DOS ESPECIALISTAS EM PARTICIPAREM LIVREMENTE DO ESTUDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE - Juízes valic  

Perguntas

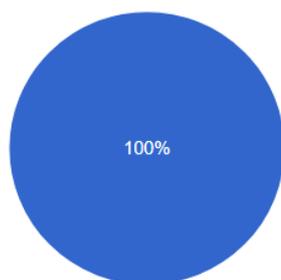
Respostas

53

CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO - Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, declaro que, após leitura minuciosa do TCLE, tive oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firmo meu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

 Copiar

53 respostas



-  Concordo em participar da pesquisa
-  Não concordo em participar da pesquisa

APÊNDICE G - ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO 1

Diagnósticos de Enfermagem à mulher no trabalho de parto e parto: revisão integrativa de literatura.

Michelle Prudencio Shinkai¹

Francisco Herlânio Costa Carvalho²

1- Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará (UFC)

2- Orientador do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará (UFC)

RESUMO

Introdução - O exercício profissional da enfermagem é regulamentado pela Lei 7.498/86, cabendo ao enfermeiro, como integrante da equipe, prestar assistência à gestante, parturiente e à puérpera. Essa assistência deve ser realizada de forma deliberada e sistemática em todos os ambientes, públicos ou privados de acordo com a Resolução nº 736/2024 do COFEN, através da realização do processo de enfermagem, onde este deve ser composto por 5 etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, que são: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem. O período compreendido entre a gestação, parto e puerpério envolve mudanças orgânicas, físicas e emocionais intensas em um curto período de tempo. A fim de garantir a preservação da saúde física e emocional materna e um nascimento saudável, é fundamental o cuidado sistematizado da mulher, baseado em evidências científicas e humanização, visando gerar marcas positivas na construção da família. O enfermeiro deve estar apto a realizar o cuidado à mulher no ciclo gravídico puerperal, exercendo um cuidado seguro, baseado em protocolos clínicos padronizados e em evidências científicas, sendo a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) um aliado neste processo. A SAE fundamenta e traz autonomia à profissão, além de promover a visualização e valorização do cuidado, através da implementação de uma assistência metodológica, permitindo ao enfermeiro desenvolver todo potencial intelectual, ampliando o mecanismo de ação na avaliação do paciente, tomada de decisões e no estabelecimento dos parâmetros de qualidade dos resultados. Ao mesmo tempo, favorece o compromisso com a humanização da assistência e uma prática que trabalha com os problemas

de saúde da população através da identificação das necessidades do usuário, planejamento, efetivação, visualização da evolução e avaliação do cuidado, favorecendo o controle de qualidade. Para tanto, a execução da SAE exige que os profissionais de enfermagem tenham conhecimentos técnicos e científicos, compromisso, independentemente dos desafios que o cotidiano impõe à atividade profissional. **Objetivo** – identificar na literatura publicações voltadas à sistematização da assistência de enfermagem ao trabalho de parto e parto normal. **Método** – Trata-se de uma revisão integrativa de literatura realizada por meio de levantamento bibliográfico de evidências científicas sobre a temática em questão. Foram seguidas as seguintes etapas: 1- escolha e a definição do tema, elaboração da questão de pesquisa, objetivos e identificação das palavras-chaves e/ou descritores; 2- estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão das publicações, busca nas fontes de dados, organização do banco de referências e seleção dos estudos que irão compor o corpus de análise; 3- extração dos dados para a organização e sumarização das informações pertinentes à montagem do banco de dados; 4- análise crítica dos estudos incluídos; 5- interpretação e a discussão dos resultados com proposta de recomendações e sugestões para novas pesquisas; 6- apresentação dos resultados da revisão (síntese do conhecimento). A busca foi realizada entre novembro e dezembro de 2021, nas bases de dados CINAHL, BDNF, LILACS, SCOPUS, MEDLINE, SCIELO, com os descritores Diagnóstico de Enfermagem, Processo de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Gestantes, Gravidez, Mulher, Saúde Materna, Trabalho de Parto, Parto, Parto Normal, Obstetrícia, Enfermagem, Enfermagem Obstétrica através de entrecruzamentos com os operadores booleanos AND e OR. **Resultados** – A síntese do conhecimento evidenciou 16 publicações, com predominância de estudos brasileiros (12 – 75%), sendo 12 em português, o que corresponde a 75% da amostra e, apenas 4 publicações em inglês, no período compreendido entre os anos de 2002 e 2021, com predominância das publicações nos últimos nove anos, onde se concentram 14 publicações (87,5%), sendo que quatro delas, no último ano, predominância da base de dados CINAHL, com 11 publicações; quanto a nomenclatura de enfermagem utilizada, a predominância foi da NANDA, com 13 publicações (81,25%) e, três publicações utilizaram CIPE (18,75%), com destaque para as pesquisas quantitativas, descritivas, estudos metodológicos e de avaliação. Obteve-se 48 diagnósticos de enfermagem, sendo que 33 estão relacionados às necessidades psicobiológicas (68,75%); catorze diagnósticos voltados às necessidades psicoemocionais o que corresponde a 29,6% e; apenas um diagnóstico de enfermagem relacionado às necessidades psicoespirituais. **Conclusão** – Há um aumento do interesse por pesquisas relacionadas à SAE, principalmente no Brasil, como forma de

melhoria da prática da enfermagem, a importância da nomenclatura NANDA e a variedade de diagnósticos de enfermagem voltados ao trabalho de parto e parto.

Destacaram-se dez diagnósticos de enfermagem nos estudos: “Dor aguda” (00132) e “Ansiedade” (00146) que foi apresentado em 11 publicações (68,75%); “Risco de infecção” (00004), em 9 estudos (56,25%); e com incidência em seis estudos (37,5%) “Mobilidade física prejudicada” (00085), “Fadiga” (00093), “Risco de binômio mãe/feto perturbado” (00209), “Integridade da pele prejudicada” (00046), “ Risco de sangramento” (00206), “Trabalho de parto” (00256) e, “Medo” (00148). Vale destacar que, dezessete diagnósticos de enfermagem apresentaram-se apenas em um estudo (6,25), seis diagnósticos em dois estudos (12,5%), como também 6 diagnósticos em três (18,75%), quatro em quatro estudos (25%) e, por fim, cinco em cinco publicações (31,25%). Dessa forma, apenas três diagnósticos tiveram incidência superior à 50% da amostra à saber: “Dor aguda” (00132) e “Ansiedade” (00146) com 68,75% cada; “Risco de infecção” (00004) com 56,25%.

APÊNDICE H – ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO 2

Diagnósticos de Enfermagem direcionados à mulher no trabalho de parto e parto: avaliação por especialistasMichelle Prudencio Shinkai¹Francisco Herlânio Costa Carvalho²

1- Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará (UFC)

2- Orientador do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará (UFC)

RESUMO

Introdução – A gestação e o parto são momentos únicos na vida das mulheres e de suas famílias. O processo de parturição passou por mudanças nas últimas décadas, sendo institucionalizado e abordado como um processo patológico, fazendo-se necessária uma mudança nas práticas, tendo em vista uma a modificação na assistência e adoção de um cuidado holístico, seguro, baseado em evidências e humanizada, onde a mulher seja protagonista. Neste sentido, destaca-se o modelo de cuidado individualizado, holístico, humanizado, respeitoso realizado pela enfermagem, com práticas seguras, fortalecendo o protagonismo da mulher e o nascimento como evento natural, com a utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos no cuidado à parturiente, adoção de posições verticalizadas, promoção da autonomia, presença do acompanhante, além de práticas humanizadas ao recém-nascido e aleitamento materno. Para tanto, faz-se imprescindível a realização da sistematização da assistência de enfermagem, através do processo de enfermagem em suas cinco etapas, destacam-se os diagnósticos de enfermagem como central, após histórico, para obtenção de resultados através do planejamento e implementação do cuidado. Diante da diversidade dos diagnósticos de enfermagem, faz-se necessária uma seleção dos mais significativos na assistência à mulher no trabalho de parto e parto, a fim de fundamentar as práticas de enfermagem. **Objetivo** - Avaliar os diagnósticos de enfermagem voltados à assistência à mulher em trabalho de parto e parto com especialistas. **Método** – Trata-se de um estudo de avaliação dos diagnósticos de enfermagem voltados a SAE à mulher no trabalho de parto e parto por especialistas, através do envio de formulário on-line do Google Forms, através de uma escala de *Likert* de 1 a 5, sendo 1 denominado como

insignificante e 5 extremamente importante, onde se buscou IC acima de 0,9. **Resultados** – Os especialistas foram selecionados na plataforma do CNPq, com um resultado de 318 currículos, sendo enviado 299 *e-mails* e obtidas 53 respostas no prazo de 24 dias. Dos 53 participantes, todos são enfermeiros (100%), com tempo de formação predominante entre 10 e 19 anos de formado (47,2%); 52,8% dos especialistas são mestres, 37,7% são doutores e, 9,5% deles são pós-doutores; dezenove especialistas atuam em mais de uma área: 44 na docência (84,6%), dezoito na assistência (34,6%) e onze especialistas atuam na gestão (21,15%); com atuação na região Nordeste (37,7%), Sudeste (32,1%), Sul (13,2%), Centro-Oeste (9,4%) e Norte (7,5%); atuam ou atuaram diretamente na assistência ao parto (86,8%). Houve concordância dos especialistas com IC maior que 90% em 11 diagnósticos de enfermagem, com destaque para os diagnósticos: “Dor no Trabalho de Parto” (00256) e “Risco de Sangramento” (00206) com 100% de concordância; os diagnósticos “Conforto Prejudicado” (00214) e “Ansiedade” (00146) tiveram concordância de 96,2%; cinco diagnósticos tiveram concordância de 94,3%: “Dor aguda” (00132), “Risco de Infecção” (0004), “Medo” (00148), “Risco de Choque” (00205) e “Fadiga” (00093); apenas o diagnóstico “Controle emocional lábil” obteve 92,5% de concordância e, “Distúrbio no padrão do sono” (00198) com 90,6% de concordância entre os especialistas como 4 e 5.

Conclusão – O exercício profissional da enfermagem é regulamentado pela Lei 7.498/86, cabendo ao enfermeiro, como integrante da equipe, prestar assistência à gestante, parturiente e a puérpera. Essa assistência deve ser realizada de forma deliberada e sistemática em todos os ambientes, públicos ou privados de acordo com a Resolução nº 736/2024 do COFEN, através da realização do processo de enfermagem, onde este deve ser composto por 5 etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, que são: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem. A SAE fundamenta e traz autonomia à profissão, além de promover a visualização e valorização do cuidado, através da implementação de uma assistência metodológica, permitindo ao enfermeiro desenvolver todo potencial intelectual, ampliando o mecanismo de ação na avaliação do paciente, tomada de decisões e no estabelecimento dos parâmetros de qualidade dos resultados. Ao mesmo tempo, favorece o compromisso com a humanização da assistência e uma prática que trabalha com os problemas de saúde da população através da identificação das necessidades do usuário, planejamento, efetivação, visualização da evolução e avaliação do cuidado, favorecendo o controle de qualidade. Para tanto, o uso de diagnósticos de enfermagem avaliados torna-se fundamental para a garantia da qualidade na assistência.

APÊNDICE I - ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO 3

Construção do Instrumento para SAE à mulher no trabalho de parto e partoMichelle Prudencio Shinkai¹Francisco Herlânio Costa Carvalho²

1- Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da
Universidade Federal do Ceará (UFC)

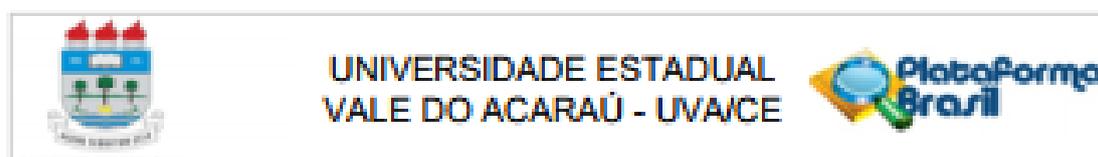
2- Orientador do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da
Universidade Federal do Ceará (UFC)

RESUMO

Introdução - A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma ferramenta fundamental de trabalho do enfermeiro na prática assistencial, sendo desenvolvida baseada em uma teoria, através do Processo de Enfermagem, em cinco etapas inter relacionadas, interdependentes e recorrentes: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem. Busca a identificação das necessidades do paciente/grupo, direcionando o atendimento a partir de prioridades, favorecendo a implementação de cuidados holísticos, integrais e personalizados, contribuindo para a definição das necessidades dos cuidados e definição dos resultados que pretende alcançar com as intervenções propostas. O desenvolvimento de instrumentos que direcionam a SAE em todas as suas etapas, para diferentes públicos tem sido destaque e promovido segurança, visibilidade e uniformidade nas práticas de enfermagem. **Objetivo:** Desenvolver uma Tecnologia voltada à Sistematização da Assistência de Enfermagem à mulher no parto baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. **Método:** estudo metodológico em três etapas: primeira: revisão integrativa de literatura, segunda: avaliação dos diagnósticos de enfermagem obtidos na etapa anterior por especialistas; terceira: construção da tecnologia baseada em NANDA, NIC, NOC. **Resultado:** obteve-se 16 publicações referentes à sistematização da assistência de enfermagem no trabalho de parto, de onde foram extraídos dados para a construção da avaliação de enfermagem, 48 diagnósticos de enfermagem, sendo sugeridas algumas intervenções. Os 48 diagnósticos de enfermagem passaram por processo de avaliação por 53 especialistas, através de escala de *Likert*, com concordância maior que 0,9 em 11 diagnósticos de enfermagem. A partir daí, construiu-se um instrumento com cinco etapas: avaliação de enfermagem, diagnósticos e, a terceira parte do instrumento com o planejamento, intervenções

e resultados de acordo com NANDA, NIC, NOC. **Conclusão-** A elaboração de uma tecnologia que favoreça a prática da enfermagem é de extrema importância, visto que a SAE visa promover a autonomia do enfermeiro, por intermédio de uma assistência metodológica, através de mecanismos de avaliação pautados em padrões de qualidade, materiais transdisciplinares e domínio científico, considerando uma assistência baseada no contexto biopsicossocial, buscando um cuidado integral, pautado na segurança emocional, física e psicológica, prevenindo complicações maternas e perinatais, atenuando a morbimortalidade por falhas na assistência e, ainda fomentando condições mais favoráveis ao parto.

ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA PARA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PARTURIENTE EM CENTRO DE PARTO

Pesquisador: Maria Adelane Monteiro da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30884920.7.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.138.236

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Estudo de desenvolvimento metodológico, de abordagem quantitativa, com a participação de no mínimo 333 gestantes hospitalizadas no Centro de Parto Normal (CPN) da Santa Casa de Misericórdia de Sobral-Ceará no período de outubro de 2020 a Abril de 2021. A pesquisa irá percorrer cinco etapas: levantamento na literatura dos diagnósticos de enfermagem; entrevista estruturada e exame físico da parturiente; estabelecimento dos diagnósticos, prescrições e resultados de enfermagem; desenho do instrumento de sistematização da assistência de enfermagem às parturientes; e implementação do mesmo no Centro de Parto Normal pelos enfermeiros obstetras.

Objetivo da Pesquisa:**Geral**

-Construir e validar uma tecnologia para a Sistematização da Assistência de Enfermagem junto às parturientes hospitalizadas.

Específicos

Endereço: Av Comandante Maurício Rocha Pinto, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com