

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARIANE ANDREZA DE PAULA

**CONSTRUÇÃO DE UM BANCO DE TÍTULOS DE DIAGNÓSTICOS E
PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A ASSISTÊNCIA MATERNO-
INFANTIL**

BELO HORIZONTE

2018

MARIANE ANDREZA DE PAULA

**CONSTRUÇÃO DE UM BANCO DE TÍTULOS DE DIAGNÓSTICOS E
PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A ASSISTÊNCIA MATERNO-
INFANTIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a.Dr^a Tânia Couto Machado Chianca.

BELO HORIZONTE

2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Paula, Mariane Andreza de

Construção de um banco de títulos de diagnósticos e prescrições de enfermagem para a assistência materno-infantil [manuscrito] / Mariane Andreza de Paula. - 2018.

149 f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Tânia Couto Machado Chianca.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1.Enfermagem. 2.Processo de Enfermagem. 3.Maternidade. 4.Classificação. I.Chianca, Tânia Couto Machado. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

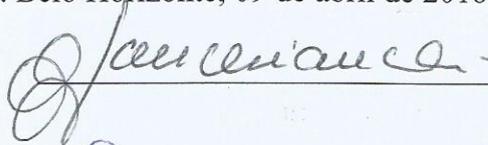
ATA DE NÚMERO 576 (QUINHENTOS E SETENTA E SEIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA MARIANE ANDREZA DE PAULA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 9 (nove) dias do mês de abril de dois mil e dezoito, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*CONSTRUÇÃO DE BANCO DE DADOS COM DIAGNÓSTICOS E AÇÕES DE ENFERMAGEM EM UMA MATERNIDADE DE UM HOSPITAL DE ENSINO EM BELO HORIZONTE*", da aluna *Mariane Andreza de Paula*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Tânia Couto Machado Chianca (orientadora), Helisamara Mota Guedes e Luciana Regina Ferreira da Mata, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

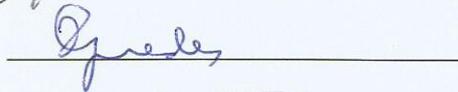
- () APROVADA;
 APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
() REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 09 de abril de 2018.

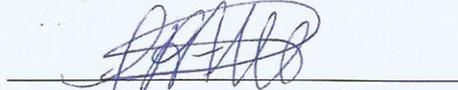
Prof^ª. Dr^ª. Tânia Couto Machado Chianca
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)



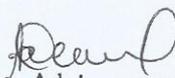
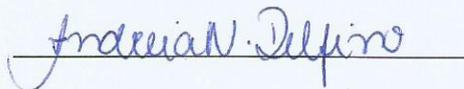
Prof^ª. Dr^ª. Helisamara Mota Guedes
(UFVJM)



Prof^ª. Dr^ª. Luciana Regina Ferreira da Mata
(EEUFMG)



Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



Prof.ª. Dra. Adriana Oliveira
Coordenadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem / UFMG

MARIANE ANDREZA DE PAULA

**CONSTRUÇÃO DE UM BANCO DE TÍTULOS DE DIAGNÓSTICOS E
PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A ASSISTÊNCIA MATERNO-
INFANTIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof. Dr^a. Tânia Couto Machado Chianca

_____ de _____ de _____

Banca Examinadora:

Orientadora: Tânia Couto Machado Chianca(UFMG)

Banca Examinadora: Helisamara Mota Guedes

Banca Examinadora: Luciana Regina Ferreira da Mata

Aos meus queridos pais, Andreia e Mauro,
irmão, Mário pelo apoio e compreensão e
carinho de sempre.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus maravilhoso, pois por Ele e para Ele são todas as coisas.

À minha querida orientadora Tânia Couto Machado Chianca, por me ensinar e me apoiar sempre, sendo meu exemplo de dedicação, esforço e sucesso, Muito obrigado pela disponibilidade de sempre, pelo carinho e amor em ensinar. Você é o meu exemplo!

Aos profissionais da Maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves, campo da pesquisa os quais sempre me receberam de braços abertos, desde a graduação têm sido verdadeiros amigos e parceiros.

Ao corpo docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, pela ajuda em minha trajetória acadêmica. Desde a graduação têm me impulsionado a descobrir um novo mundo e o melhor de mim.

Aos meus familiares e amigos em especial a Joici pela companhia ao longo desta trajetória que não foi fácil. Vocês tornaram o caminho mais leve.

RESUMO

PAULA, M.A. Construção de um banco de títulos de diagnósticos e prescrições de enfermagem para a assistência materno-infantil. 2018, 150f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

A Enfermagem é uma profissão complexa e o seu cuidado é essencial para o tratamento de pessoas enfermas. Na prática assistencial percebe-se a necessidade de instrumentalizar os enfermeiros para implementar o Processo de Enfermagem de forma efetiva e com ações sistematizadas. Este estudo teve por objetivo construir banco de diagnósticos e prescrições de enfermagem para a linha de cuidado materno-infantil. Trata-se de um estudo metodológico realizado em um hospital de ensino de Belo Horizonte, a população/amostra foi constituída por 28 enfermeiros, com predomínio de especialistas do sexo feminino (96,4%) e média de formação de 11,4 anos. Foram analisados 328 formulários com problemas de enfermagem identificados pelos enfermeiros. Após exclusão das repetições e normalização de conteúdo chegou-se a 47 problemas de enfermagem relacionados aos neonatos que após o mapeamento originou a 42 títulos de diagnósticos de enfermagem (DE) e 59 problemas de enfermagem referentes as gestantes/puérpera, que foram mapeados a 57 títulos de DE. Os títulos DE foram organizados às Necessidades Humanas Básicas. Para os neonatos obtiveram-se 100% referentes às necessidades psicobiológicas, sendo a maioria (19%) relacionados à integridade física e cutâneo mucosa; seguido de (14,3%) à regulação vascular. Para as gestantes/puérperas, 66,7% dos DE referiam-se às necessidades psicobiológicas sendo, (14%) relacionados à necessidade de integridade física e cutâneo mucosa e 33,3% às necessidades psicossociais com predomínio da necessidade de amor, afeto e atenção (12,3%). Foram identificadas para os DE referentes aos neonatos 284 prescrições de enfermagem, com média de 6,8 prescrições por diagnóstico. Para as gestantes/puérperas foram identificadas 404 prescrições de enfermagem para os 57 títulos de DE, com média de 7,1 prescrições por diagnóstico. O uso de linguagem padronizada pela enfermagem possibilita maior visibilidade à prática clínica do profissional na atenção obstétrica à gestante/puérpera e neonatos.

Palavras-chaves: Enfermagem; Processo de Enfermagem; Maternidade; Classificação; Assistência de enfermagem.

ABSTRACT

PAULA, M.A. Construction of a nursing diagnosis labels and plan care for maternal-child care. 2018, 174f. Dissertation (Master's degree in Nursing) -Nursing School, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

Nursing is a complex profession and its care is essential to the treatment of sick people. It is noticed that, in assistive practice, the need to teach the nurses to implement the Nursing Processes effectively and systematized. This study aimed to build the nursing diagnosis labels and plan care for maternal-child care. This is a methodological study developed at a teaching hospital in Belo Horizonte. The sample population was of 28 nurses, with the predominance of female specialists (96.4%) and an average graduation of 11.4 years. It was analyzed 328 instruments with nursing problems identified by nurses. After redundant content's exclusion and normalization, 47 neonate-related nursing problems and 59 related-pregnant/puerperal women were mapped to 42 nursing diagnosis (ND) labels related to neonates and 57 related to pregnant/puerperal women. The ND labels were organized into the Basic Human Needs theory and for neonates, 100% were psychobiological human needs. The majority (19%) were related to physical and cutaneous physical integrity, followed by (14.3%) to vascular regulation. For pregnant/puerperal women, 66.7% of the ND referred to the psychological need, being (14%) related to physical integrity and cutaneous and mucosal integrity basic ehuman needs. 33.3% referred to psychosocial needs with respect to love, affection and attention (12.3%) needs. A total of 284 nursing care prescriptions with an average of 6.8 per diagnostic were identified for neonates and 404 nursing care prescriptions were identified for pregnant/puerperal women, with an average of 7.1 requirements per nursing diagnoses. The use of a nursing standardized language allows greater visibility to professional's clinical practice in obstetric care for pregnant/puerperal women and neonates.

Keywords: Nursing; Nursing Process; Maternity; Classification; Nursing care.

LISTA DE TABELAS

1	Caracterização dos enfermeiros peritos, Belo Horizonte, MG, Brasil – 2017.....	46
2	Problemas de enfermagem identificados para os neonatos, Belo Horizonte, MG, Brasil – 2017.....	47
3	Problemas de enfermagem identificados para as gestantes/puérperas. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.....	49
4	Mapeamento dos problemas aos títulos diagnósticos de enfermagem da população neonatal, Belo Horizonte, MG- Brasil, 2017.....	51
5	Mapeamento dos problemas aos títulos diagnósticos de Enfermagem da população de gestantes/puérperas, Belo Horizonte, MG – Brasil, 2017.....	56
6	Organização dos títulos de Diagnósticos de Enfermagem às Necessidades Humanas Básicas, para os neonatos, Belo Horizonte/MG. 2017.....	61
7	Organização dos títulos de Diagnósticos de Enfermagem às Necessidades Humanas Básicas, para gestantes/puérperas, Belo Horizonte/MG. 2017.....	63
8	Levantamento das prescrições de enfermagem para os neonatos, Belo Horizonte/MG. 2017.....	65
9	Levantamento das prescrições de enfermagem para gestantes/puérperas Belo Horizonte/MG. 2017.....	77

LISTA DE ABREVIATURAS

CIPE® - Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

CIPESC - Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva

DE- diagnóstico de enfermagem

NHB - Necessidades Humanas Básicas

NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem

NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PE - Processo de Enfermagem

PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

RN - Recém-nascido

UCPn - Unidade de cuidados Progressivos neonatal

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	12
2.	OBJETIVOS.....	19
2.1	Objetivo Geral.....	19
2.2	Objetivos Específicos.....	19
3.	REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3.1	Processo de Enfermagem.....	20
3.2	Classificações de Enfermagem.....	22
3.2.1	<i>Classificação dos diagnósticos de enfermagem.....</i>	23
3.2.2	<i>Classificação das intervenções de enfermagem.....</i>	25
3.3	Teoria das Necessidades Humanas Básicas.....	27
3.4	Técnica de Mapeamento.....	33
3.5	Saúde Materno-infantil no Brasil.....	35
4.	MATERIAIS E MÉTODOS.....	39
4.1	Tipo de Estudo.....	39
4.2	Local do Estudo.....	39
4.3	População e Amostra.....	40
4.4	Coleta dos dados.....	40
4.4.1	<i>Primeira Etapa: inserção do pesquisador na equipe, elaboração do instrumento para identificação dos problemas de enfermagem e treinamento da equipe.....</i>	40
4.4.2	<i>Segunda Etapa: coleta dos problemas de enfermagem, normalização de conteúdo.....</i>	41
4.4.3	<i>Terceira Etapa: mapeamento cruzado dos problemas de enfermagem aos títulos de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, e organização dos títulos de diagnósticos de enfermagem às necessidades humanas básicas (NHB).....</i>	42
4.4.4	<i>Quarta Etapa: levantamento das prescrições de enfermagem, validação do pelos enfermeiros dos diagnósticos e prescrições de enfermagem e criação do banco de dados.....</i>	43
4.5	Tratamento e Análise dos Dados.....	45

4.6	Aspectos éticos.....	45
5	RESULTADOS.....	46
5.1	Caracterização dos enfermeiros.....	46
5.2	Identificação dos problemas de enfermagem.....	47
5.3	Mapeamento dos problemas aos títulos de diagnósticos de enfermagem, segundo a classificação NANDA I, 2015 – 2017.....	50
5.4	Organização dos títulos de diagnósticos de enfermagem à teoria das necessidades humanas básicas.....	61
5.5	Levantamento das prescrições de enfermagem.....	65
5.6	Validação banco dos títulos de diagnósticos e das ações de enfermagem mapeadas.....	94
6	DISCUSSÃO.....	95
6.1	Títulos de diagnósticos e prescrições de enfermagem para os neonatos.....	96
6.2	Títulos de diagnósticos e prescrições de enfermagem para as gestantes/puérperas.....	100
7	CONCLUSÃO.....	105
8	REFERENCIAS.....	108
	Apêndice A – Formulário para coleta dos problemas de enfermagem.....	113
	Apêndice B - Termo de consentimento livre e esclarecido-paciente e familiar.....	114
	Apêndice C – Termo de consentimento livre e esclarecido-Enfermeiro.....	116
	Apêndice D - Orientações para a realização da concordância dos diagnósticos e prescrições de enfermagem.....	119
	Apêndice E - Formulário para concordância dos diagnósticos e prescrições para gestantes/puérperas.....	120
	Apêndice F - Formulário para concordância dos diagnósticos e prescrições para neonatos.....	136
	Apêndice G - Parecer consubstanciado do CEP.....	147

1.INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma profissão multifacetada, sendo assim, há uma ampla variedade de elementos que constituem seus conhecimentos específicos, seus conceitos e significados e a utilização desses conceitos na prática. Um desses elementos é o cuidado, considerado essencial para o tratamento das pessoas enfermas (TANNURE, SALGADO, CHIANCA, 2014).

O cuidado pode ser definido “como zelo, atenção, uma forma de expressão, o exercício pleno do que há de mais humano no ser” (AYRES, 2003; PIREZ, 2009). Compondo a linguagem da enfermagem, o cuidado tem sido caracterizado como uma das ações verdadeiramente independentes desta profissão. Para que o cuidado ocorra, de forma apropriada, é necessário um movimento em direção a algo ou alguém que é motivo de interesse ou preocupação, pois se trata de uma ação moral que tem por objetivo aliviar, satisfazer, ajudar, confortar e apoiar (QUEIROZ, 2012). Assim, entende-se que o cuidado envolve um processo.

Para Donabedian (1990), o processo de cuidado em saúde (diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e educação do paciente) exige qualidade para ser prestado, com enfoque na “resolução do problema”, seja no âmbito individual ou de uma comunidade. Para a realização do processo é necessário elencar as prioridades, selecionar a abordagem mais apropriada, e avaliar o desempenho, assim assegurando a qualidade nos resultados. A avaliação de resultados é aquela que realmente capta mudanças no estado de saúde da população, pois tem como objetivo a melhoria da condição de saúde.

Logo, no que diz respeito à saúde, o processo de cuidar requer muito mais que tecnologia para produzir medicamentos, equipamentos médico-hospitalares e diagnósticos precisos. Ele não se restringe a uma “parte do corpo que não está funcionando bem, ou que foi lesada” como orienta o paradigma, que norteia a área da biomedicina (PIRES, 2009). Para além dessa concepção de cuidado, ressalta-se que é preciso produzir conhecimentos para cuidar de seres humanos com individualidades complexas, na dimensão pessoal, familiar e enquanto parte de grupos sociais e de sociedades históricas (PIRES, 2009).

Florence Nightingale foi a primeira enfermeira a reconhecer a importância dos dados relativos aos cuidados de saúde e a formalizar um processo de coleta

para conhecer danos nos indivíduos relacionados à saúde (MARQUES et. al, 2014). A partir da década de 1950, discussões e propostas de modelos teóricos capazes de direcionar o cuidado de Enfermagem começaram a ser realizadas com o objetivo, primeiramente, de elencar e nortear como deveria ser o relacionamento entre enfermeiros e pacientes e como os dados e ações de enfermagem deveriam ser coletados e analisados de modo a evidenciar as contribuições da Enfermagem nos diversos cenários de atuação (MARQUES et. al, 2014; TANNURE et, al, 2014).

No Brasil, algumas tentativas têm sido divulgadas, desde a década de 1970, para a implementação do processo de enfermagem com a atuação da enfermeira e pesquisadora, Dr^a Wanda de Aguiar Horta, por meio da difusão das teorias de enfermagem e com a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE) (KLETEMBERG et, al, 2006). O PE pode ser entendido como um instrumento que possibilita aos enfermeiros identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como a clientela responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais, e determinar quais os aspectos dessas respostas exigem uma intervenção profissional (GARCIA & NÓBREGA, 2004).

Em 1986, os esforços para a operacionalização do PE culminaram com a Lei do Exercício Profissional (COFEN 7.498/86), a qual regulamentou a prescrição de enfermagem e a consulta de enfermagem como responsabilidade do enfermeiro. Após a iniciativa e investimento do Conselho Regional de Enfermagem- São Paulo, em 1999, de implantar o PE de forma definitiva nas instituições de saúde públicas e privadas de todo o Estado, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 272/2002 surgiu como apoio legal para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do PE no âmbito nacional (HERMIDA, 2007).

Em 2009, a Resolução nº 272/2002 foi revogada pela Resolução 358, que dispõe sobre a SAE e a implementação do PE em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. A Resolução estabelece que o PE seja um instrumento metodológico, que deve orientar o cuidado profissional, de forma que a documentação e a operacionalização da prática evidenciem a contribuição da enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional (COFEN, 2009). A partir de então, passa a ser monitorado pelo COFEN a implementação

das etapas do PE com o objetivo de sistematizar a assistência de enfermagem nas instituições de saúde públicas e privadas.

O PE se trata de uma dinâmica de ações sistematizadas e inter-relacionadas, cujo foco é prestar assistência ao ser humano (GARCIA & NOBREGA, 2009; HORTA, 2011, p.34). Além disso, PE se aplica em uma ampla variedade de ambientes (instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar ou de serviços ambulatoriais de saúde, escolas, associações comunitárias, fábricas, domicílios), e situações clínicas, ou seja, em todos os cenários nos quais existe a demanda por cuidado de enfermagem e, conseqüentemente, o monitoramento das necessidades apresentadas pelos pacientes (NÓBREGA, 2008).

De acordo com Garcia & Nóbrega (2009), na literatura, o PE costuma ser descrito como o ponto focal, a essência da prática da Enfermagem. Entretanto, a compreensão acerca do seu significado e de sua adoção ainda não faz parte de todo o cenário que envolve a Enfermagem, embora tenha se notado uma sensível mudança nesse sentido, a partir das três últimas décadas do século XX (GARCIA & NÓBREGA, 2004).

Atualmente, o PE é composto por cinco etapas inter-relacionadas e interdependentes, sendo estas: investigação, diagnóstico de enfermagem (DE), planejamento, implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009). Implementar o PE requer habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, que ajudam a determinar o fenômeno observado e o seu significado, os julgamentos feitos e os critérios utilizados para sua realização, bem como as ações principais e alternativas que o fenômeno demanda, para que se alcance um determinado resultado (SALGADO e CHIANCA, 2011).

O processo de enfermagem possibilita ao enfermeiro aplicar os conhecimentos técnico-científicos, ao passo que os sistemas de classificação de enfermagem possibilitam o cuidado em uma linguagem única para operacionalização do PE, o qual conta com alguns sistemas de classificação, cujo desenvolvimento está relacionado com alguma fase do processo de enfermagem (FURUYA, et, al, 2011). Os mais conhecidos são: classificação de diagnósticos de enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I), que passou a incorporar o termo internacional em 2002, classificação de intervenções de enfermagem – *Nursing Interventions*

Classification (NIC); classificação de resultados de enfermagem – *Nursing Outcomes Classification* (NOC); Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (CHIANCA, 2002).

A etapa de levantamento de DE merece destaque devido sua complexidade, ao exigir dos enfermeiros um processo de raciocínio crítico, de elaboração, de julgamento e de síntese dos achados (GARCIA, 2004). Existem várias propostas de classificações de diagnósticos de enfermagem disponíveis, dentre estas se podem citar: a NANDA I, segundo a classificação NANDA-I (NANDA-I, 2015), um diagnóstico de enfermagem (DE) é definido como um *"julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde / processos vitais reais ou potenciais"* e *"é a base para selecionar as intervenções de enfermagem com foco nos resultados que se espera obter"*. Para a construção de um diagnóstico é fundamental que o enfermeiro conheça as definições dos diagnósticos, e também os "indicadores diagnósticos", os quais incluem as características definidoras ligadas aos sinais e aos sintomas apresentados pelo paciente (NANDA-I, 2015).

A terceira etapa do PE, a qual corresponde ao planejamento de enfermagem, consiste no estabelecimento de diagnósticos de enfermagem prioritários, a formulação de metas ou estabelecimento de resultados esperados e a prescrição das ações de enfermagem, que serão executadas na fase de implementação. Já a quarta etapa, denominada implementação, corresponde à prescrição de enfermagem, a qual engloba intervenções e cuidados a serem prestados a determinado paciente, a fim de se atingir metas estabelecidas para a melhora do indivíduo. Uma terminologia existente para padronização das intervenções e cuidados de enfermagem é a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). No que se refere à NIC, esta define intervenção como *"qualquer tratamento baseado no julgamento clínico que o enfermeiro realiza para melhorar a resposta humana a uma condição de saúde ou processo de vida vivenciado por uma pessoa, grupo ou comunidade"*. A NIC é composta por 554 intervenções de enfermagem e, aproximadamente, 13 mil atividades, agrupadas em sete domínios e 30 classes (BULECHEK *et al*, 2016).

Apesar da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) não ser alvo deste estudo, cabe ressaltar que esta é um complemento às taxonomias NANDA-I e NIC, pois fornece a linguagem para a identificação do resultado e as

etapas de avaliação do PE, por se tratar de uma linguagem padronizada. Atualmente, a NOC apresenta 523 resultados com definições, indicadores, escalas de medidas e referências de apoio. O uso da NOC permite ao enfermeiro estabelecer um escore de base para o resultado, e assim acompanhar as mudanças no estado do paciente, ao longo do tempo e nos diferentes cenários (MOORHEAD *et al*,2016).

Dessa forma, é preciso ter em mente que para se elaborar o plano de cuidados de enfermagem, contemplando as fases do PE, torna-se necessário o desenvolvimento de pensamento crítico e raciocínio clínico, que consiste em um processo mental complexo e dinâmico de aplicação do conhecimento e da perícia junto a uma situação clínica para o desenvolvimento de uma proposta de solução. É por meio deste processo que o enfermeiro analisa os dados, identifica problemas e ajuda o indivíduo, a família, o grupo ou a coletividade, a encontrar meios de resolver, adaptar-se à situação ou mesmo prevenir agravos (CARVALHO, 2017). Sendo assim, por meio do raciocínio clínico da enfermagem é possível a identificação de características definidoras, que levem o enfermeiro a designar os diagnósticos de enfermagem apropriados, o que permite conectar sinais e sintomas a diagnósticos específicos.

Pode-se dizer que a adoção de uma linguagem padronizada, além de facilitar a comunicação e o uso de sistemas informatizados, permite também a representação do conhecimento clínico de enfermagem, o que irá subsidiar o raciocínio clínico com foco na identificação dos problemas de enfermagem, escolha dos resultados esperados e identificação das intervenções mais adequadas a cada caso e contexto, tendo como base o conhecimento em enfermagem (CERULLO, 2010).

Desse modo, o PE tem se conformado no principal instrumento metodológico para o desempenho sistemático da prática da enfermagem ou como um importante instrumento tecnológico, no sentido de beneficiar o cuidado, organizar as condições para a sua realização e, também, documentar a prática profissional. No entanto, no Brasil, pesquisas vêm demonstrando que, na prática, existem dificuldades na sua utilização (CHIANCA, 2012; SOUZA, 2012; FREITAS, 2007, NOBREGA, 2015).

Entre as dificuldades operacionais identificadas se encontram a falta de conhecimento acerca das fases ou etapas do PE, o número excessivo de tarefas

para a equipe de enfermagem, dimensionamento de pessoal inadequado e, para a enfermeira, a deficiência na qualidade da educação profissional e, ainda, a insuficiência no desenvolvimento da primeira etapa do PE (SOUZA, 2012; MARTINS, 2016).

Desde o início do século XX, a saúde materno-infantil esteve presente nas ações de saúde pública com a implantação de diversos programas, que foram se consolidando ao longo dos anos. Em 2002, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de humanização e respeito aos direitos reprodutivos, a partir de então, os ambientes de cuidados à saúde materno-infantil se mobilizaram para colocar em prática o programa. Neste sentido, a atenção obstétrica e neonatal deve incorporar a qualidade e a humanização nos cuidados, sendo dever dos profissionais de saúde acolher, com dignidade, a mulher e o recém-nascido, tornando-os sujeitos do próprio cuidado (CASSIANO, 2014; BRASIL, 2011).

O parto é uma experiência única que pode deixar marcas positivas ou negativas, dependendo da experiência vivenciada pela mulher. É um processo, além de fisiológico, repleto de significados. Desse modo, durante o ciclo gravídico-puerperal, a implementação do PE no cuidado assume especial importância, pois alterações psíquicas e fisiológicas próprias da gestação distinguem essas mulheres dos demais indivíduos, que não se encontram nessa fase de vida. Além disso, complicações próprias da gravidez e nascimento merecem uma assistência individualizada por parte da equipe de saúde. Sendo assim, a enfermagem tem papel fundamental na equipe interdisciplinar, auxiliando as gestantes/puérperas e os familiares na condução do processo de gestação, parturição e puerpério, executando e auxiliando os cuidados, além da implementação de ações de educação em saúde (PRIGOL& BARUFFI, 2017; ANDRADE *et al*, 2016).

Nesse contexto, na prática assistencial, percebe-se a necessidade de instrumentalizar os enfermeiros para implementar o PE, de forma mais efetiva, e com ações sistematizadas (SALGADO, 2011).No que se refere ao foco deste estudo que é a atenção obstétrica e neonatal, acredita-se ser necessário garantir a qualidade e a humanização no atendimento, e para tanto se torna importante acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos e não como objetos passivos da nossa atenção (SILVA, 2012).Portanto, torna-se

imprescindível a padronização das terminologias de enfermagem a serem adotadas na prática de uma instituição, de forma a permitir uma comunicação efetiva e eficiente entre os profissionais de enfermagem e um planejamento concreto, englobando diagnósticos e intervenções de enfermagem para desenvolvimento de um plano de cuidados para a mulher e o recém-nascido, além de metas para avaliação do cuidado oferecido (TANNURE,2013).

Diante do exposto, e tendo em vista a importância da atuação de enfermagem, na assistência materno-infantil, torna-se relevante a construção de um banco de termos padronizados, que aborde os principais diagnósticos, e ações de enfermagem para tais pacientes, a fim de garantir uma melhor atuação da enfermagem, o aperfeiçoamento do cuidado diário, bem como a visibilidade das suas ações.

Por outro lado, é importante ressaltar que um dos grandes desafios da enfermagem, em suas diversas áreas de atuação, é mostrar que o cuidado prestado não está pautado apenas na realização de procedimentos prescritos por médicos, mas sim em um cuidado alicerçado em julgamento clínico dos problemas e potencialidades vivenciados pelos pacientes, com vistas a uma assistência que atenda as reais necessidades de cuidados de quem se assiste.

Por fim, cabe também dizer que a construção de um banco de termos padronizados, em enfermagem materno-infantil, além favorecer a quantificação da qualidade do cuidado prestado, pode também contribuir para a futura implementação das etapas do PE, no sistema de prontuário eletrônico adotado na maternidade do hospital em estudo.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Construir banco um banco de títulos de diagnósticos e prescrições de enfermagem específicas para a linha de cuidado materno-infantil.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar o treinamento da equipe de enfermeiros sobre o PE;
- Identificar os problemas de enfermagem relacionados à gestante/puérpera e neonato;
- Mapear problemas de enfermagem aos títulos de diagnósticos de enfermagem NANDA-I;
- Organizar os títulos de diagnósticos de enfermagem às Necessidades Humanas Básicas;
- Construir prescrições de enfermagem para resolver/minimizar os títulos de diagnósticos de enfermagem formulados;
- Validar a correspondência dos títulos de diagnósticos NANDA I formulados e as prescrições de enfermagem identificadas junto aos enfermeiros da maternidade.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Processo de Enfermagem

Na Enfermagem, a precursora Florence Nightingale tem permitido, até os dias atuais, que se avance no conhecimento sobre o processo de cuidar, considerado a essência do saber e do fazer de seus agentes (NOBREGA, 2009). Em sua trajetória em meados do século XIX ainda não existia o termo Processo de Enfermagem, porém, Florence já enfatizava a necessidade de ensinar as enfermeiras a observar e a fazer julgamentos sobre as observações feitas (ESPIRÍTO SANTO, 2006).

A expressão "Processo de Enfermagem" foi empregada pela primeira vez por Ida Orlando, em 1961, para explicar o cuidado de enfermagem, que segundo ela se tratava de um processo por conter os componentes: comportamento do paciente, reação da (o) enfermeira (o) e ação. Em 1967, o Processo de Enfermagem foi descrito por Helen Yura e Mary Walsh, que enfatizaram as habilidades intelectuais, interpessoais e técnicas que consideravam ser necessárias e essenciais à prática profissional. Em sua classificação o processo de enfermagem era composto por quatro fases: coleta de dados, planejamento, intervenção e avaliação (NOBREGA, 2009; KLETEMBERG, 2006).

No Brasil, o PE foi introduzido pela Professora Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970, que o definiu como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos (HORTA, 1979; KLETEMBERG, 2006). Na perspectiva de Horta, o ser humano ou pessoa refere-se ao indivíduo, família (ou pessoa significativa), grupo e comunidade que necessitam dos cuidados de enfermagem (NOBREGA, 2009).

Horta propôs o processo de enfermagem com seis fases, sendo estas:

- 1ª fase – Histórico de enfermagem: deve contemplar um roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano que torne possível a identificação de seus problemas (HORTA, 1979).
- 2ª fase – Diagnóstico de enfermagem: compreende a identificação das

necessidades do ser humano, e a determinação do grau de dependência da sua necessidade.

- 3ª fase - Plano assistencial com a função de determinar a assistência de enfermagem que o ser humano deveria receber diante do diagnóstico.
- 4ª fase-Plano de cuidados/prescrição de enfermagem, com implementação do plano assistencial, a luz de um roteiro diário que coordenasse a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano (HORTA, 1979);
- 5ª fase – Evolução de enfermagem: baseia-se no relato diário das mudanças que ocorrem no ser humano, enquanto estiver sob assistência profissional. Pela evolução é possível avaliar a resposta do ser humano a assistência implementada;
- 6ª fase – Prognóstico de enfermagem: segundo Horta funciona como avaliação dos cinco passos anteriores, por avaliar a capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e a luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem (HORTA, 1979).

Para Horta (1979), todo o processo de enfermagem pode ser considerado como sistemático, e esse conceito ainda perdura nos dias atuais, por consistir em etapas com iniciativas deliberadas para maximizar a eficiência e obter resultados em longo prazo além de ser dinâmico (DEL'ANGELO, 2010). O PE é um modelo metodológico que nos possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever as necessidades humanas de indivíduos, famílias e coletividades, em face de eventos do ciclo vital ou de problemas de saúde, reais ou potenciais, e determinar que aspectos dessas necessidades exigem uma intervenção profissional de enfermagem (NOREGA, 2009). Além disso, pode-se dizer que o PE auxilia os enfermeiros na tomada de decisões, cujo foco são os resultados esperados (TANNURE, 2013).

Atualmente o PE envolve a sequência de cinco etapas, embasadas na resolução 358 do Conselho Federal de enfermagem de 2009. (COFEN, 2009), sendo as cinco etapas:

- 1ª etapa: coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.
- 2ª etapa: diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.
- 3ª etapa: planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.
- 4ª etapa: implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.
- 5ª etapa: Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

3.2. Classificações de Enfermagem

Florence Nightingale foi a primeira enfermeira a reconhecer a importância dos dados relativos aos cuidados de saúde e a formalizar um processo de coleta para conhecer a frequência das doenças e danos à saúde. Mas, apenas a partir década de 1950, iniciam-se as discussões sobre o processo de enfermagem, a necessidade de obter dados que conduzam a uma melhor assistência e,

consequentemente, a documentação profissional, de modo a evidenciar a contribuição da Enfermagem nos diversos cenários de atuação (MARQUES, 2014).

As classificações favorecem a organização e a execução das etapas do processo de enfermagem, utilizando linguagens uniformizadas, além do agrupamento e da comparação dos dados para que se possa incluí-los em sistemas de dados de informação em saúde, favorecendo assim a tomada de decisões (CHIANCA, 2008).

As classificações têm a finalidade de estabelecer uma linguagem comum para os fenômenos, além de possibilitar à Enfermagem fornecer linguagens para serem utilizadas em diferentes etapas do processo, no produto do raciocínio e julgamento clínico acerca das respostas humanas aos problemas de saúde ou aos processos vitais. Além disso, as classificações são úteis na documentação da prática profissional, no desenvolvimento de sistemas eletrônicos de informação e do prontuário eletrônico, além de contribuir com dados para a formulação de políticas de saúde (McCLOSKEY, 2003; REDES; LUNNEY, 1997; CHIANCA 2012).

Com base na padronização dos termos de enfermagem, os profissionais conseguem pensar e falar mais claramente no contexto do trabalho em que desenvolvem o cuidado. Assim, têm-se à disposição alguns sistemas de classificação dos elementos da prática de enfermagem. Entre eles pode-se citar: a Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem NANDA I; a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC); a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC); e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (MARQUES, 2014; GARCIA, 2013; NOBREGA, 2009; CHIANCA, 2008).

3.2.1. Classificação dos diagnósticos de enfermagem

A atividade diagnóstica na enfermagem teve seus primeiros passos com a enfermagem moderna quando Florence, na guerra da Crimeia, auxiliada por 34 mulheres reconheceu e tratou problemas de saúde dos feridos de forma eficaz, reduzindo a mortalidade de 42% para apenas 2% (BENEDET & BUB, 2001).

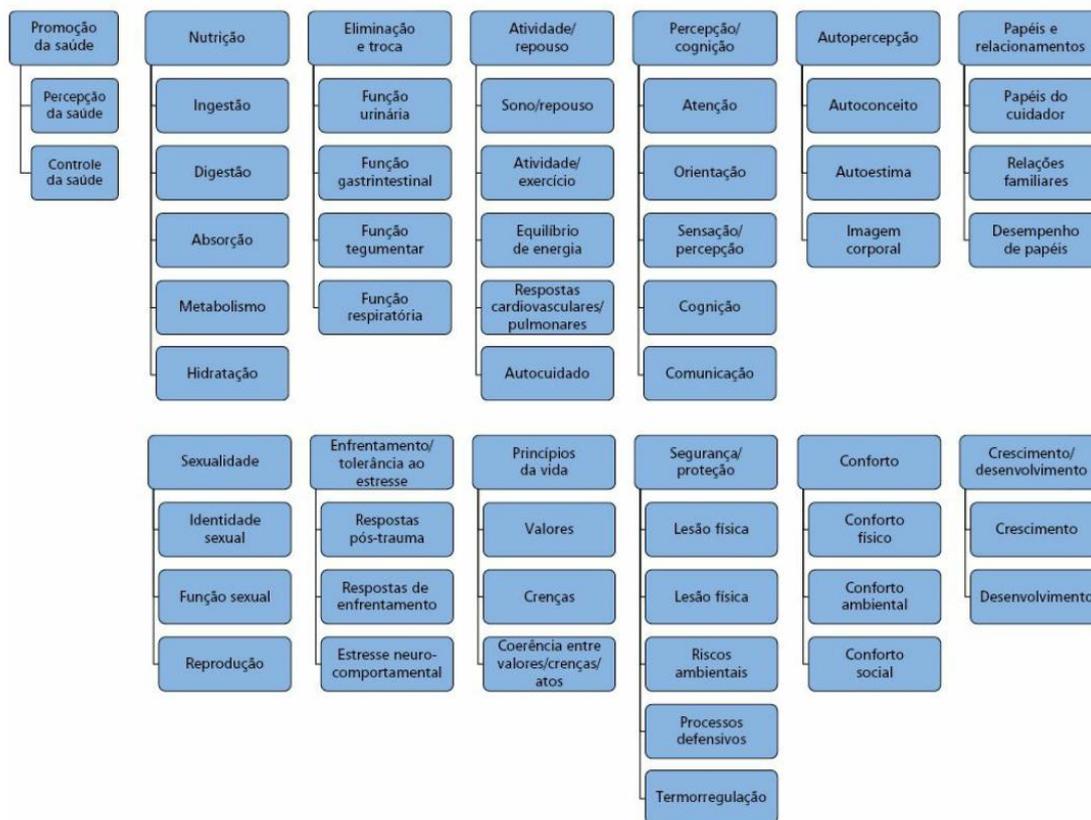
Porém o conceito de diagnóstico de enfermagem é consideravelmente novo, pois vem se desenvolvendo de forma mais ampla nos últimos 50 anos (NANDA I, 2015)

O termo diagnóstico de enfermagem foi utilizado pela primeira vez em 1953, por Vera Fry, que publicou um estudo em que foram identificados cinco áreas de necessidades do cliente. Em 1960, Faye Abdellah, introduziu um sistema de classificação para a identificação de 21 problemas clínicos do cliente (FARIA 1990, BARROS 2009). Já na década de 70 um grupo de enfermeiras norte-americanas reconheceu a necessidade de desenvolver uma terminologia para descrever os problemas de saúde diagnosticados e tratados por enfermeiros, e assim surgiu a I Conferencia Nacional sobre diagnósticos de enfermagem em St. Louis University, na qual deu origem a primeira lista de diagnósticos. Desde então a NANDA I, promove encontros bianuais com o objetivo de estudar, desenvolver e elaborar novos diagnósticos, bem como aprimorar os já existentes (BENEDET & BUB, 2001; BARROS 2009; NANDA I, 2015).

Em 1987, foi publicada a primeira classificação de diagnósticos de enfermagem, denominada Taxonomia I. Seus princípios de organização foram fundamentados nos nove padrões de resposta da pessoa humana: trocar, comunicar, relacionar, valorizar, escolher, mover, perceber, conhecer, sentir. Hoje se utiliza a taxonomia II projetada para ser multiaxial na sua forma, aumentando a flexibilidade da nomenclatura e possibilitando acréscimos, modificações e ainda tornando-se mais adequada para a utilização em bancos de dados. Trata-se de uma taxonomia que possui três níveis: domínios, classes e diagnósticos de enfermagem, sendo que a última versão contempla 13 domínios, 47 classes e 234 diagnósticos como mostra a figura 1 (NANDA I, 2015).

No Brasil, a NANDA-I foi apresentada numa publicação em português de 1990, pelas enfermeiras da Universidade Federal da Paraíba, lideradas pela Dr^a. Marga Coler e lançada no 1º Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem. A partir de então despertou-se o interesse pela classificação diagnóstica e hoje têm-se também outras classificações de diagnósticos de enfermagem no Brasil como exemplo a CIPE®. Por ter sido a primeira classificação disponível na língua portuguesa, a NANDA-I possui melhor divulgação no Brasil (BENEDET & BUB, 2001; SILVA, 2014).

Figura 1. Domínios, classes da Taxonomia II da NANDA-I.



Fonte: NANDA-I,2015.

3.2.2. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)

A NIC é uma classificação abrangente e padronizada das intervenções realizadas pelos enfermeiros. A sua utilização possibilita que sejam realizadas comparações entre intervenções de enfermagem de vários tipos, o que favorece a realização de pesquisas e a elaboração de protocolos fundamentados na prática baseada em evidências (SALGADO 2011, TANNURE 2008).

A equipe da NIC foi fundada em 1987, por pesquisadores da Universidade de Iowa, e sua primeira edição foi lançada em 1992, sendo que atualmente está em sua sexta edição. Assim como a NANDA-I, a NIC também foi codificada em uma estrutura taxonômica de vários níveis. Essa codificação foi proposta para facilitar o seu uso nos sistemas de informação computadorizados, além de facilitar sua manipulação pelos enfermeiros, de forma que pudesse ser articulada com outros sistemas de classificações. Sua primeira edição apresentou 336

intervenções, atualmente, possui sete domínios e 30 classes, com um total de 554 intervenções (BARROS,2009; BULECHEK et al, 2016).

Segundo a NIC, uma intervenção de enfermagem consiste em "*qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente*". As intervenções relacionadas aos cuidados diretos incluem ações de enfermagem fisiológicas e psicológicas. As intervenções de cuidados indiretos incluem tratamento realizado longe do paciente ou ao grupo de pacientes, mas favorecendo-os. Portanto, os cuidados indiretos incluem ações dirigidas ao gerenciamento do ambiente de cuidado do paciente e colaboração multidisciplinar. O tratamento iniciado pela enfermeira consiste em uma intervenção com base na resposta ao diagnóstico de enfermagem; ou seja, uma ação autônoma baseada no raciocínio científico (BULECHEK et al, 2016).

Quanto à estrutura, as intervenções NIC contemplam um título, uma definição e para cada uma delas são descritas atividades que os enfermeiros realizam para solucionar os problemas apresentados pelos pacientes. Os títulos e as definições são as partes padronizadas das intervenções, as quais não devem ser alteradas ao serem utilizadas. Isso possibilita a comunicação entre os diversos locais e a comparação dos resultados. O cuidado, no entanto, pode ser individualizado por meio da escolha de atividades/ações específicas (CHIANCA, 2008; BULECHEK et. al, 2016).

A estrutura taxonômica da classificação está organizada em três níveis.No nível um, o mais abstrato, estão os domínios (numerados de um a sete), que auxiliam a enfermeira a realizar a primeira escolha; no nível dois, as classes (identificadas por letras do alfabeto de A a Z, a, b, c, d), as quais proporcionam uma maior focalização do problema; no nível 3, as intervenções de enfermagem, cada uma com um código numérico único, para facilitar a informatização (BULECHEK et. al, 2016). A seguir serão descritos os domínios e classes da classificação NIC:

Domínio 1. Fisiológico: Básico- compõe cuidados que dão suporte ao funcionamento físico e é composto pelas classes A – Controle da atividade do exercício, B – Controle da eliminação, C – Controle da imobilidade, D – Suporte nutricional, E – Promoção do conforto físico, F – Facilitação do autocuidado.

Domínio 2. Fisiológico: Complexo- contém cuidados que são suporte à regulação homeostática e nele estão alocadas as classes G – Controle eletrolítico e ácido-básico, H – Controle de medicamentos, I – Controle neurológico, J – Cuidados Peri operatórios, K - Controle respiratório, L – Controle da pele/feridas, M –Termorregulação, N – Controle da perfusão tissular.

Domínio 3. Comportamental- possui cuidados que dão suporte ao funcionamento psicossocial e facilitam mudanças no estilo de vida presentes nas classes: O – Terapia comportamental, P – Terapia cognitiva, Q – Melhora da comunicação, R – Assistência no enfrentamento, S – Educação do paciente, T – Promoção do conforto psicológico.

Domínio 4. Segurança- compreende os cuidados que fornecem suporte à proteção contra danos e estão presentes 55 intervenções. Possui as classes U – Controle de crises e V- Controle de riscos.

Domínio 5. Família- compreende os cuidados que fornecem suporte à família e encontram-se as classes: W – Cuidados no nascimento de filhos, Z – Cuidado na educação de filhos e X – Cuidado ao longo da vida.

Domínio 6. Sistema de Saúde- estão os cuidados que fornecem suporte ao uso do sistema de atendimento à saúde. Compreende as classes Y – Mediação com o sistema de saúde, a – Controle do sistema de saúde e b – Controle de informações.

Domínio 7. Comunidade- compreende os cuidados que fornecem suporte à saúde da comunidade, assim estão alocadas as classes c – Promoção da saúde da comunidade e d – Controle de riscos na comunidade.

3.3. Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB)

A teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta fundamenta-se em uma abordagem humanista e empírica, a partir da teoria da motivação humana de Maslow. Admite o ser humano como parte integrante do universo e a partir dessa integração surgem os estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. Sendo assim, ela propõe que os seres

humanos têm necessidades básicas (LEOPARDI, 2006). Maslow classificou as necessidades humanas básicas em cinco níveis hierarquizados: necessidades fisiológicas; segurança e proteção; amor e pertencimento; estima e auto realização (HORTA, 1979).

Horta (1979) optou por aplicar a classificação derivada de Maslow e adaptada por João Mohana, em que o ser humano possui necessidades psicobiológicas, psíquicas, e psicossociais, que estão intimamente relacionadas, pois fazem parte de um todo indivisível (HORTA, 2011) (QUADRO 1)

QUADRO 1 - Classificação das Necessidades Humanas Básicas Segundo Horta.

Necessidades Psicobiológicas	Necessidades Psicossociais	Necessidades Psíquicas
Oxigenação, Hidratação, Nutrição, Eliminação, Sono e repouso, Exercício e atividade física, sexualidade, Abrigo mecânico corporal, mobilidade, Cuidado corporal, integridade Cutaneomucosa, Integridade física, regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular, Locomoção, Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa, ambiental, terapêutica.	Segurança, Amor, Liberdade, Comunicação, Criatividade, Aprendizagem, Gregária, Recreação, Lazer, Espaço, Orientação no tempo e no espaço, Aceitação, auto-realização, Autoestima, Participação, Autoimagem, Atenção	Religiosidade, Ética ou filosofia de vida

Fonte: Horta 1979, p.40.

A partir do estudo das NHB, Horta define que, o foco da enfermagem é levar o ser humano ao estado de equilíbrio, ou seja, à saúde, através do atendimento de suas necessidades básicas, as quais são constituídas

conceitualmente como problemas de enfermagem (LEOPARDI, 2006). A partir das NHB são estabelecidos e dois principais eixos que compõem sua teoria:

- 1) A enfermagem é um serviço prestado ao ser humano;
- 2) A enfermagem é parte integrante da equipe de saúde.

De acordo com o proposto por Horta, quando qualquer uma das necessidades se manifesta, observa-se algum grau de alteração nas demais, seja por desequilíbrio causado por falta ou excesso de qualquer uma delas. Para a teorista, após a satisfação de certas necessidades, novas surgirão, fazendo com que enfermeiro e paciente passem a adquirir uma nova abordagem em termos de prioridade diante da assistência a ser prestada (SALGADO, 2014). As necessidades são universais e estão inter-relacionadas, porém cada ser humano as expressa de maneira diferente, dependendo da situação socioeconômica e cultural, nível de escolaridade, ambiente, história de vida e idade, dentre outros fatores (HORTA, 1979).

Com o objetivo de ajustar-se aos conceitos e princípios estabelecidos por Horta (1979), Benedet & Bub (2001) reformularam a ordem e os títulos de algumas necessidades humanas propostas por Wanda Horta, definindo as necessidades como segue:

Necessidades Psicobiológicas

1. Regulação Neurológica

É a necessidade do indivíduo de preservar e/ou restabelecer o funcionamento do sistema nervoso com o objetivo de coordenar as funções e atividades do corpo e alguns aspectos do comportamento (BENEDET & BUB, 2001).

2. Percepção dos Órgãos dos Sentidos

Necessidade do organismo perceber o meio através de estímulos nervosos com o objetivo de interagir com os outros e perceber o ambiente (BENEDET & BUB, 2001).

3. Oxigenação

É a necessidade do organismo de obter o oxigênio através da ventilação, da difusão do oxigênio e dióxido de carbono entre os alvéolos e o sangue, do transporte de oxigênio para os tecidos periféricos e da remoção do dióxido de carbono; e da regulação da respiração com o objetivo de produzir energia (ATP) e

manter a vida(BEYERS & DUDAS, 1989; GUYTON & HALL, 2000 apud BENEDET & BUB, 2001).

4. Regulação Vascular

Necessidade do organismo de transportar e distribuir nutrientes vitais através do sangue para os tecidos e remover substâncias desnecessárias, com o objetivo de manter a homeostase dos líquidos corporais e a sobrevivência do organismo (GUYTON & HALL, 2000 apud BENEDET & BUB, 2001).

5. Regulação Térmica

É a necessidade do organismo em manter a temperatura central (temperatura interna) entre 36° e 37,3° C, com o objetivo de obter um equilíbrio da temperatura corporal (produção e perda de energia térmica) (BENEDET & BUB, 2001).

6. Hidratação

É a necessidade de manter em nível ótimo os líquidos corporais, compostos essencialmente pela água, com o objetivo de favorecer o metabolismo corporal (BENEDET & BUB, 2001).

7. Alimentação

É a necessidade do indivíduo em obter os alimentos necessários com o objetivo de nutrir o corpo e manter a vida (BENEDET & BUB, 2001).

8. Eliminação

É a necessidade do organismo de eliminar substâncias indesejáveis ou presentes em quantidades excessivas com o objetivo de manter a homeostase corporal(BENEDET & BUB, 2001).

9. Integridade Física

É a necessidade do organismo de manter as características de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso com o objetivo de proteger o corpo (BEYERS & DUDAS, 1989 apud BENEDET & BUB, 2001).

10. Sono e Repouso

É a necessidade do organismo em manter, durante um período diário, a suspensão natural, periódica e relativa da consciência; corpo e mente em estado de imobilidade parcial ou completa e as funções corporais parcialmente diminuídas com o objetivo de obter restauração (BENEDET & BUB, 2001).

11. Atividade Física

É a necessidade de mover-se intencionalmente através do uso da capacidade de controle e relaxamento dos grupos musculares com o objetivo de evitar lesões tissulares (vasculares, musculares, osteoarticulares), exercitar-se, trabalhar, satisfazer outras necessidades, realizar desejos, sentir-se bem, etc. (BENEDET & BUB, 2001).

12. Cuidado Corporal

É a necessidade do indivíduo para, deliberada, responsável e eficazmente, realizar atividades com o objetivo de preservar seu asseio corporal (BENEDET & BUB, 2001).

13. Segurança física e meio ambiente

É a necessidade de manter um meio ambiente livre de agentes agressores à vida com o objetivo de preservar a integridade psicobiológica (BENEDET & BUB, 2001).

14. Sexualidade

É a necessidade de integrar aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser, com o objetivo de obter prazer e consumir o relacionamento sexual com um parceiro ou parceira e procriar (BENEDET & BUB, 2001).

15. Regulação: Crescimento Vascular

É a necessidade do organismo em manter a manipulação celular e o crescimento tecidual dentro dos padrões da normalidade com o objetivo de crescer e desenvolver-se (BENEDET & BUB, 2001).

16. Terapêutica

É a necessidade do indivíduo de buscar ajuda profissional para auxiliar no cuidado à saúde com o objetivo de promover, manter e recuperar a saúde (BENEDET & BUB, 2001).

Necessidades Psicossociais

1. Comunicação

É a necessidade de enviar e receber mensagens utilizando linguagem verbal (palavra falada e escrita) e não-verbal (símbolos, sinais, gestos, expressões faciais) com o objetivo de interagir com os outros (BENEDET & BUB, 2001).

2. Gregária

É a necessidade de viver em grupo com o objetivo de interagir com os outros e realizar trocas sociais (BENEDET & BUB, 2001).

3. Recreação e Lazer

É a necessidade de utilizar a criatividade para produzir e reproduzir ideias e coisas com o objetivo de entreter-se, distrair-se e divertir-se (BENEDET & BUB, 2001).

4. Segurança Emocional

É a necessidade de confiar nos sentimentos e emoções dos outros em relação a si com o objetivo de sentir-se seguro emocionalmente (BENEDET & BUB, 2001).

5. Amor, Aceitação

É a necessidade de ter sentimentos e emoções em relação às pessoas em geral com o objetivo de ser aceito e integrado aos grupos, de ter amigos e família (BENEDET & BUB, 2001).

6. Autoestima, Autoconfiança, Auto Respeito

Necessidade de sentir-se adequado para enfrentar os desafios da vida, de ter confiança em suas próprias ideias, de ter respeito por si próprio, de se valorizar, de se reconhecer merecedor de amor e felicidade, de não ter medo de expor suas ideias, desejos e necessidades com o objetivo de obter controle sobre a própria vida, de sentir bem-estar psicológico e de perceber-se como o centro vital da própria existência (BRADEN, 1998 apud BENEDET & BUB, 2001).

7. Liberdade e Participação

É a necessidade que cada um tem de agir conforme a sua própria determinação dentro de uma sociedade organizada, respeitando os limites impostos por normas definidas, em resumo, o direito de concordar ou discordar, informar e ser informado, delimitar e ser delimitado com o objetivo de ser livre e preservar sua autonomia (BENEDET & BUB, 2001).

8. Educação para a Saúde/Aprendizagem

Necessidade de adquirir conhecimento e/ou habilidade para responder a uma situação nova ou já conhecida com o objetivo de adquirir comportamentos saudáveis e manter a saúde (BENEDET & BUB, 2001).

9. Auto Realização

É a necessidade de realizar o máximo com suas capacidades físicas, mentais, emocionais e sociais com o objetivo de ser o tipo de pessoa que deseja ser (KALISH, 1983 apud BENEDET & BUB, 2001).

10. Espaço

É a necessidade de delimitar-se no ambiente físico, ou seja, expandir-se ou retrair-se com o objetivo de preservar a individualidade e a privacidade (BENEDET & BUB, 2001).

11. Criatividade

É a necessidade de ter ideias e produzir novas coisas com o objetivo de realizar-se (BENEDET & BUB, 2001).

Necessidades Psicoespirituais

1. Espiritualidade

É a necessidade inerente aos seres humanos e está vinculada àqueles fatores necessários para o estabelecimento de um relacionamento dinâmico entre as pessoas e um ser ou entidade superior com o objetivo de sentir bem-estar espiritual. Consiste em ter crenças relativas ao significado da vida (BENEDET & BUB, 2001).

3.4. Mapeamento cruzado

O mapeamento cruzado é definido como um processo de explicar ou expressar algo, através do uso de palavras com significado igual ou semelhante (LUCENA & BARROS, 2005). O processo de mapeamento visa o fornecimento de uma explicação acerca de algo que ainda não se dispõe e que pode ser obtida a partir de traduções, determinação de semelhanças e diferenças entre termos, análise de dados em diferentes níveis de abstração ou através de um processo envolvendo três fases distintas (obtenção de uma listagem de termos, ligação entre os termos mais apropriados e agrupamento dos novos termos) (CHIANCA, 2002).

O mapeamento cruzado é uma ferramenta metodológica que liga palavras de sentido semelhante ou igual, por meio de um processo de tomada de decisão, usando estratégias indutivas ou dedutivas (COENEN, RYAN & SUTTON, 1997). Pode ser utilizado na análise de dados, contidos no processo de enfermagem, nos diferentes campos do cuidado, através da comparação entre as informações existentes nos prontuários dos pacientes e as classificações de referência para a prática de enfermagem (MOORHEAD & DELANEY, 1997).

Segundo Lucena & Barros (2005) diversos serviços de saúde desenvolveram sistemas próprios de coleta de dados, elaboração de diagnósticos e prescrições de enfermagem que podem ser úteis naquele serviço. Entretanto, esses dados, provavelmente, não podem ser utilizados em outro serviço porque não representam uma linguagem padronizada. Esta inconsistência leva à incapacidade de comparar dados de instituições diferentes ou mesmo dentro de uma mesma instituição, entre uma unidade e outra. Dessa forma, a documentação gerada, muitas vezes não é capaz de colaborar para o progresso do conhecimento da enfermagem. Com a padronização da linguagem em enfermagem será possível alimentar grandes bancos de dados (LUCENA & BARROS, 2005).

Assim, o mapeamento é um método que pode ser útil na análise das linguagens de enfermagem não padronizadas, quando comparadas às classificações de enfermagem, utilizam terminologia uniforme (BARROS, 2005).

O processo de mapeamento cruzado pressupõe o estabelecimento de regras que, segundo Moorhead & Delaney (1997), podem ser determinadas à medida que ele for sendo delineado. Essas regras devem ser baseadas em características tanto da estrutura dos dados coletados quanto da classificação utilizada.

Coenen, Ryan & Sutton (1997) realizaram um trabalho em que descreveram o processo de mapeamento utilizado para classificar intervenções identificadas em um sistema de informação de um hospital onde a NIC é usada para denominar as intervenções de enfermagem. Foram estabelecidas três regras básicas para realizar o mapeamento das intervenções: partiu-se do título da intervenção NIC para a atividade NIC; trabalhou-se direcionados pelos diagnósticos de enfermagem que eram utilizados na prática; ligou-se “significado” versus “palavras”, procurando usar intervenções NIC mais específicas e apropriadas.

No Brasil Guimarães (2000), utilizou o mapeamento cruzado para comparar as atividades prescritas pelas enfermeiras, a fim de atender ao diagnóstico de enfermagem “excesso de volume de líquidos”, com as principais intervenções propostas pela NIC para o referido diagnóstico.

3.5. Saúde Materno-infantil no Brasil

Desde o início do século XX, a saúde materno-infantil esteve presente nas ações de saúde pública com a implantação de diversos programas, que foram se consolidando ao longo dos anos. Em 1940, com a criação do Departamento Nacional da Criança, passou-se a enfatizar não apenas os cuidados com as crianças, mas também com as mães, no que se referia à gravidez e amamentação. Essa preocupação estatal passa por um longo período, do Estado Novo até o Regime Militar, em que o objetivo fundamental do estado brasileiro era o de produzir braços fortes para a nação com ações voltadas para as camadas urbanas mais pobres (CASSIANO, 2014).

No período da ditadura militar durante a década de 70, o movimento feminista, impulsionado pela percepção das desigualdades sociais existentes entre os gêneros e pela fragmentação da assistência prestada à população feminina, iniciou a busca por estratégias capazes de mudar o quadro existente na época. A partir de então surge alguns programas verticais de atenção à saúde materno-infantil: o Programa de Saúde Materno-Infantil (1975) e o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco (1978). Nessa fase as políticas eram voltadas para a saúde reprodutiva e foram predominantemente direcionadas para o excesso da “intervenção médica sobre o corpo feminino”, em particular por meio do uso e abuso da cesariana como forma de parir e a esterilização como método contraceptivo referencial (NETO, 2008; CASSIANO, 2014).

Em 1983, foi elaborado pelo Ministério da Saúde, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com a publicação do documento “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ações programáticas”, em 1984. Esse programa foi uma das maiores conquistas do movimento feminista, resultante da mobilização das mulheres brasileiras em busca da cidadania, dos direitos e do acesso ao espaço público. O PAISM foi o primeiro lançado pelo Governo Federal com o propósito de planejamento familiar no Brasil, o qual tem seus princípios e diretrizes voltados para a orientação do atendimento integral à saúde das mulheres e inclui, em suas ações, atividades educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde. Atende às necessidades clínico-ginecológicas, pré-natal, parto, puerpério, climatério, doenças sexualmente

transmissíveis, câncer de colo de útero e mama (BRASIL, 2011, CASSIANO, 2014).

O PAISM foi um dos maiores avanços na atenção à saúde da mulher e da criança. Constituiu um marco histórico de extrema importância para o Brasil, pois a partir dele foi a primeira vez que o governo atribuiu ações referentes à família. Serruya, Cecatti e Lago (2004) realizaram um estudo evidenciando que essa política foi bem estruturada, contudo não foi efetivamente implantada em todo o território nacional, e, apesar de proporcionar avanço expressivo dos direitos reprodutivos das mulheres brasileiras, sua implantação sofreu dificuldades políticas, financeiras e operacionais, o que impediu que o programa se transformasse, de fato, em agente transformador da saúde das mulheres (BRASIL, 2011b).

Diante disso, em junho de 2000, foi lançado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), pela Portaria/GM nº 569, que teve como elementos estruturadores a humanização e o respeito aos direitos reprodutivos. O PHPN foi implantado com o objetivo principal de reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, proporcionar atendimento humanizado e melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério das gestantes e do recém-nascido (NETO, 2008).

Com a implantação do PHPN, o atendimento destinado à saúde da mulher passa a ter um enfoque diferenciado. Inicia-se uma preocupação com a qualidade do atendimento, estabelecendo a humanização como um dos princípios norteadores da assistência. Outra novidade estabelecida pelo programa é o alojamento conjunto, ou seja, todo bebê que nascer com boas condições de saúde deve permanecer em contato com a mãe, durante todo o tempo e não somente durante a amamentação (CASSIANO, 2014).

Nas últimas décadas, com o auxílio do governo e da sociedade, o Brasil progrediu muito no atendimento à mulher e à criança. Dados do Ministério da Saúde apontam que, entre o período de 1990 e 2010, o Brasil reduziu a Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 141 para 68 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representa uma redução de 51%. Em relação à mortalidade infantil, houve decréscimo de cerca de 40% desses óbitos nas últimas duas décadas. Em 1990, a mortalidade infantil era de 26,6 óbitos por 1000 nascidos vivos, e em 2010, de 16,2 óbitos por 1000 nascidos vivos. Apesar do esforço, os níveis da

mortalidade permanecem elevados quando comparados com os níveis de outros países com semelhantes índices de desenvolvimento econômico (BRASIL, 2011).

Com o objetivo de vencer desafios e melhorar cada vez mais o atendimento à gestante e à criança, priorizando a atenção continuada à saúde, o governo vem desenvolvendo novas estratégias de ações em relação à saúde materno infantil, e dentre elas pode-se citar as Redes de Atenção à Saúde, e a criação da Rede Cegonha.

A rede Cegonha, lançada em 2011, tem como objetivo aplicar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com foco no parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança, garantia de acesso, acolhimento e resolutividade e a redução da taxa de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011b). Portanto, constata-se que atualmente a PHPN e Rede cegonha, vem direcionando os cuidados prestados nas unidades de saúde, a mulher, neonato e criança (CASSIANO, 2014).

A enfermagem é comumente conhecida como a arte do cuidar e no contexto obstétrico e neonatal esse cuidado é potencializado, pois o profissional deve lidar com uma mulher que passou por mudanças recentes, sendo agora mãe e com alterações fisiológicas importantes, e um recém-nascido que depende exclusivamente de cuidados do outro (SANTOS; LACERDA; OLIVEIRA, 2015). Contemporaneamente a enfermagem vem se utilizando de inúmeras estratégias, no sentido de atender com maior qualidade aos sujeitos que buscam cuidados para sua saúde. No que se refere à assistência prestada a população materno – infantil cabe ao enfermeiro prestar uma assistência humanizada a mulher e ao recém-nascido, na maternidade em quaisquer fases (pré-parto/parto/puerpério), além de prestar os cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões (SILVA *et al*, 2015).

No ambiente da maternidade é fundamental que o enfermeiro faça educação em saúde, tenha uma escuta qualificada e preste um atendimento com acolhimento e humanização, o que contribui na confiança e tranquilidade da mulher e familiares.

O PE é um instrumento que permite ao enfermeiro prestar uma assistência de qualidade, tal qual se espera para a saúde materno-infantil com foco na humanização do cuidado prestado. Além disso, o uso do PE favorece uma

assistência individualizada a gestante/puérpera e recém-nascido, fundamentada no conhecimento científico (SANTOS & RAMOS, 2012).

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico. Segundo Polit e Beck (2011), o estudo metodológico é aquele que propõe melhorar a obtenção, a organização, a confiabilidade e a validade de ferramentas de levantamento de dados. Além disso, trata do aperfeiçoamento, do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa.

4.2. LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Maternidade de um Hospital público de grande porte, localizado na região norte do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. A escolha por esta instituição se deve a sua demanda no que se refere à implementação das etapas do processo de enfermagem nas unidades.

A maternidade em estudo foi inaugurada em 30 de julho de 2007 e seu funcionamento está pautado em um atendimento humanizado à gestante, à parturiente, à puérpera e ao neonato. Na rede de saúde de Belo Horizonte é a maternidade de referência para a região norte para atendimentos exclusivos para mulheres com gravidez confirmada e puérperas até 30 dias após o parto. Mensalmente, a maternidade realiza uma média de 234 partos, incluindo partos normais e cirúrgicos, com média de internação de três dias. Sua estrutura física é composta pelos seguintes ambientes: centro de parto com dois leitos de acolhimento; três quartos tipo PPP(pré-parto, parto e pós-parto imediato); centro obstétrico com 1 sala de cesariana e 1 sala de litotomia; alojamento conjunto com 25 leitos, nos quais as puérperas permanecem com o neonato e acompanhante 24 horas; unidade de cuidados Canguru com 4 leitos, nos quais permanecem puérperas e neonatos prematuros e/ou de baixo peso; e unidades de cuidados

neonatais com dez leitos para neonatos que necessitem de suporte de maior complexidade para sobrevivência.

Na maternidade estão lotados 28 enfermeiros, 84 técnicos de enfermagem, distribuídos nos seguintes setores: admissão e classificação de risco (quatro enfermeiros; oito técnicos de enfermagem), bloco obstétrico (um enfermeiro, nove enfermeiros obstetras, 24 técnicos de enfermagem), alojamento conjunto (oito enfermeiros, 20 técnicos de enfermagem), unidade Canguru e UCPn (Unidade de cuidados Progressivos Neonatal) (seis enfermeiros, 32 técnicos de enfermagem).

4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para a realização deste estudo se considerou como população todos os enfermeiros alocados na unidade materno-infantil do Hospital e que fossem especialistas em enfermagem nas áreas de cuidados materno-infantil. A unidade conta com 28 enfermeiros e todos foram alocados na pesquisa por terem especialização na área materno-infantil.

4.4. COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada nos meses de junho a setembro de 2017 e dividida em quatro etapas:

4.4.1. Primeira etapa: inserção do pesquisador na equipe, elaboração do instrumento para identificação dos problemas de enfermagem e treinamento da equipe.

Nesta etapa, o enfermeiro pesquisador foi inserido na equipe como enfermeiro auxiliar da educação permanente, a fim de atender as demandas

educacionais do setor, além de fazer parte da equipe como enfermeiro assistencial.

Foi elaborado um formulário específico para a coleta dos problemas de enfermagem, identificados no momento da entrevista e exame físico de cada paciente. Tal instrumento consta de data da internação, iniciais do paciente, bem como espaço para descrição dos problemas levantados no momento do histórico de enfermagem, individualmente, para as gestantes/puérperas e neonatos (APÊNDICE A).

Após a formulação do instrumento todos os enfermeiros da unidade foram treinados sobre o PE, suas fases, a necessidade de implementação do mesmo, além de apresentação dos objetivos e fases da pesquisa na unidade. O treinamento aconteceu entre os dias 22 a 31 de maio de 2017, e os enfermeiros foram divididos em três turnos: manhã, tarde e noite, de acordo com a escala de trabalho, sendo que cada turma contou com uma média de quatro enfermeiros. Para o treinamento foi utilizado exposição visual com auxílio de datashow e, após exposição, foi aberta a discussão sobre as fases de coleta de dados na unidade, apresentação do formulário criado para coleta dos problemas de enfermagem e divisão do número de pacientes para coleta dos problemas de enfermagem por enfermeiros.

4.4.2. Segunda etapa: coleta dos problemas de enfermagem, normalização de conteúdo.

Nesta etapa foram coletados, pelos enfermeiros, os problemas de enfermagem para cada paciente da unidade, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). A identificação dos problemas de enfermagem ocorreu durante 15 dias com todos os pacientes que deram entrada na maternidade, o que gerou o preenchimento de 328 formulários. Cabe ressaltar que a escolha por esse período se deve à alta rotatividade de pacientes na maternidade e, assim, foi possível contemplar de forma mais apropriada o perfil da população atendida.

A coleta dos problemas de enfermagem foi realizada diariamente, em formulário específico, tendo como arcabouço e auxílio o instrumento de coleta de dados da unidade. Para coleta dos problemas de enfermagem, a equipe de enfermeiros do alojamento foi dividida em três turnos: manhã, tarde e noite; o enfermeiro da manhã era responsável por realizar a entrevista e exame físico de todos os pacientes alocados nos leitos ímpares; os enfermeiros do período da tarde eram responsáveis pelos pacientes dos leitos pares, e o enfermeiro noturno ficou responsável pelos pacientes da enfermaria de cuidados Canguru. No bloco obstétrico, os problemas eram coletados assim que cada paciente dava entrada ao mesmo e cada enfermeiro realizava a anamnese e exame físico das admissões em seu horário de trabalho. Na UCPn, por contar com 10 leitos, a equipe também foi dividida por horário de trabalho, manhã, tarde, e noite, sendo que o enfermeiro da manhã ficou responsável pela coleta dos problemas de enfermagem dos pacientes nos leitos 1, 2, 3, o enfermeiro da tarde pelos pacientes dos leitos 4, 5, 6, e o enfermeiro da noite pelos pacientes dos leitos 7, 8, 9, 10.

Após a coleta dos problemas foi realizada a eliminação das repetições e normalização do conteúdo, correções de ortografia, análise de sinonímia, adequação de tempos verbais, uniformização de gênero (feminino, masculino) e número (singular, plural) (SALGADO, 2011). Segundo Pavel & Nolet (2001), para a realização de uma pesquisa terminológica, os termos identificados devem ser atualizados, para distinguir os sinônimos, e excluir as repetições.

4.4.3. Terceira etapa: mapeamento cruzado dos problemas de enfermagem aos títulos de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I; organização dos títulos de diagnósticos de enfermagem às Necessidades Humanas Básicas (NHB);

Após a normalização de conteúdo dos problemas de enfermagem identificados, realizou-se o mapeamento dos mesmos aos DE, por meio da classificação de diagnósticos de enfermagem NANDA-I, versão 2015/2017 (NANDA I, 2015). A fim de organização, os problemas identificados foram separados em dois grupos: gestantes/puérperas e o grupo Neonato.

Segundo Moorhead&Delaney (1997), o mapeamento é definido como um processo de explicar ou expressar algo, através do uso de palavras com significado igual ou semelhante. O mapeamento pode ser utilizado para comparar dados de enfermagem não padronizados com a linguagem padronizada, além de ser utilizado na análise de dados, contidos no processo de enfermagem, nos diferentes campos do cuidado (LUCENA & BARROS, 2005; CHIANCA 2002).

Nesta etapa do estudo, o intuito foi mapear os problemas de enfermagem aos DE da NANDA-I. O mapeamento cruzado é realizado para a identificação de termos usados e que podem ser compreendidos a partir de uma linguagem padronizada. Assim, o processo de mapeamento cruzado pressupõe o estabelecimento de regras, que podem ser delineadas, de acordo com o objetivo que se deseja alcançar (LUCENA & BARROS, 2005).

Para o estudo foram definidas as seguintes regras:

1. Buscar garantir o sentido das palavras contidas em cada DE;
2. Procurar usar a palavra-chave inclusa no diagnóstico de enfermagem;
3. Procurar garantir a consistência entre o problema de enfermagem e o DE a ser ligado;
4. Ligar o diagnóstico procurando usar primeiro o título, depois características definidoras e fatores relacionados.

Após o mapeamento dos problemas de enfermagem aos DE NANDA-I voltados para saúde materno-infantil, estes foram organizados às NHB (BENEDET & BUB, 2001), com o intuito de conhecer quais as necessidades mais afetadas no público alvo.

4.4.4. Quarta etapa: levantamento das prescrições de enfermagem, validação pelos enfermeiros dos títulos de diagnósticos e prescrições de enfermagem e criação do banco de dados.

Nessa etapa, para cada DE mapeado para a população de neonato e gestantes/puérperas foram estabelecidas prescrições de enfermagem com base nas referências propostas pela NIC e o livro “diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do hulw/ufpb utilizando a cipe[®] do ano 2011”

Após o mapeamento dos problemas aos DE e levantamento das prescrições de enfermagem ocorreu validação dos mesmos, pelos enfermeiros especialistas da maternidade, os quais concordaram em participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

Para realizar a validação foi solicitado o nome completo do enfermeiro, o tempo de formação, nível máximo de especialização na área de enfermagem e tempo de atuação em saúde materno-infantil/maternidade.

Como estratégia para avaliação da validade dos diagnósticos e das prescrições de enfermagem utilizou-se a técnica Delphi. Esta técnica permite obter consenso de um grupo a respeito de um determinado fenômeno, além de representar uma ferramenta útil para a formação de um julgamento de grupo de juízes. O grupo é composto por profissionais, efetivamente engajados, na área em que está se desenvolvendo o estudo (FARO, 1997; POMPEO, 2014).

Para validação e concordância foram desenvolvidos três instrumentos: o primeiro com as orientações necessárias para a realização da validação (APÊNDICE D); o segundo com os diagnósticos e prescrições de enfermagem para as gestantes/puérperas (APÊNDICE E); e o terceiro com os diagnósticos e prescrições de enfermagem para os neonatos (APÊNDICE F). Esses instrumentos foram entregues, pessoalmente, a cada enfermeiro após o aceite em participar do estudo e assinatura do TCLE.

Após a entrega dos formulários aos enfermeiros, estabeleceu-se um período de 10 dias para a devolução dos mesmos. Após o prazo, um total de 28 enfermeiros retornaram em tempo determinado os formulários devidamente respondidos.

Após a validação do catálogo dos diagnósticos e prescrições de enfermagem, estes foram agrupados em um banco de dados informatizado, contemplando separadamente, os diagnósticos e ações de enfermagem para as gestantes e/puérperas e neonato. Foi realizada uma oficina com os enfermeiros da instituição e apresentado o banco de dados, o qual posteriormente foi entregue para a diretoria do hospital, a fim de ser implementado no sistema eletrônico.

4.5. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados se utilizou o programa *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 20.0 para Windows. A análise descritiva dos dados demográficos dos enfermeiros (idade, sexo, tempo de formação) foi feita por meio do cálculo de distribuição de frequência absoluta e percentuais, medidas de tendência central (média) e de variabilidade (desvio padrão).

A concordância entre os enfermeiros foi verificada utilizando taxa de concordância do comitê, que é obtida pelo cálculo da porcentagem em cada domínio, com a seguinte fórmula:

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{número de participantes que concordaram}}{\text{Número total de participantes}} \times 100$$

Para interpretação dos resultados foi estabelecido o nível de concordância ideal maior ou igual a 90% (ALEXANDRE & COLUCI, 2015).

4.5. ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitados os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/12 que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012), esta pesquisa foi submetida à análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sobre o número CAAE 30219214.1.0000.5149 (APÊNDICE G).

5. RESULTADOS

Os resultados deste estudo incluem: caracterização sociodemográfica dos enfermeiros; identificação dos problemas de enfermagem; mapeamento dos problemas de enfermagem aos DE; Organização dos diagnósticos à às Necessidades Humanas Básicas; levantamento das prescrições de enfermagem; e por último, realizou-se o processo de validação dos diagnósticos e prescrições de enfermagem. A seguir são apresentadas as etapas dos resultados deste estudo.

5.1. Caracterização dos enfermeiros

A amostra estudada foi constituída por 28 enfermeiros que trabalham diretamente na assistência a gestante, puérpera e neonato, na maternidade do hospital em estudo. Todos os enfermeiros eram especialistas na área materno-infantil.

Houve predomínio de especialistas do sexo feminino (96,4%). Quanto à idade a média foi de 36 anos ($\pm 6,41$), sendo a idade mínima 26 e máxima 47 anos (TABELA 1).

Tabela 1. Caracterização dos enfermeiros, Belo Horizonte, MG, Brasil – 2017.

Caracterização da amostra	N	%
Sexo feminino	27	96,4
Sexo masculino	1	3,6
Idade		
25 – 30 anos	7	25,0
31 – 35 anos	8	28,6
36 – 40anos	4	14,3
41 – 45 anos	7	25,0
+ 45 anos	2	7,1
Tempo de formação		
1 - 5 anos	4	14,3
6 - 10 anos	13	46,4
11 - 15 anos	2	7,2
16 - 20 anos	6	21,4

+ 20 anos	3	10,7
Experiência profissional na área materno-infantil		
1-5 anos	6	21,4
6-10 anos	9	32,2
11-15 anos	9	32,1
16-20 anos	4	14,3

Fonte: do autor.

Em relação ao tempo de formação profissional, os enfermeiros caracterizavam-se por terem no mínimo 2 anos e no máximo 21 anos, com média de formação de 11,36(\pm 6,08) anos. Os enfermeiros com formação entre 6 e 10 anos constituíram grande parte da amostra (46,4%), e todos os enfermeiros relataram ser especialistas em saúde materno-infantil.

5.2. Identificação dos problemas de enfermagem

Nos 328 formulários em que os enfermeiros registraram os problemas de enfermagem identificados, obteve-se 47 (44,3%) problemas de enfermagem para os neonatos e, 59 (55,7%) problemas de Enfermagem para as gestantes/puérperas após a normalização de conteúdo. A seguir, são apresentados os problemas identificados (TABELAS 2 e 3).

Tabela 2. Problemas de enfermagem identificados para os neonatos, Belo Horizonte, MG, Brasil – 2017.

Problemas de Enfermagem	N	%
1. Apneia grave	10	3,
2. Fratura em clavícula E	15	4,6
3. Presença de bossa serosanguinolenta craniana	18	5,5
4. Prematuridade extrema	18	5,5
5. Ausência de diurese nas primeiras 24 horas de vida	28	8,5
6. Baixo peso ao nascer	30	9,1
7. RN lento para a sucção	38	11,6
8. Pele frágil	41	12,5
9. RN gigante para a idade gestacional	45	13,7
10. Frênulo no ápice da língua	49	15,0
11. Presença de escoriações faciais decorrente do	59	18,0

parto fórceps		
12. Pele desidratada	68	20,7
13. Presença de vômitos	68	20,7
14. Uso de fórmula complementar na amamentação	95	29,0
15. Dificuldade de ganho de peso neonatal	95	29,0
16. Presença de acesso venoso central de inserção periférica	97	29,6
17. Sonda Nasogástrica	106	32,3
18. Ganho de peso ineficaz	110	33,5
19. Monilíase Oral	112	34,1
20. Hipoglicemia neonatal	115	35,0
21. Descontrole glicêmico	115	35,0
22. Presença de cateter umbilical	117	35,7
23. Monilíase de períneo	143	43,6
24. Temperatura corporal elevada	143	43,6
25. Desequilíbrio de temperatura corporal	143	43,6
26. Oscilação de temperatura corporal	143	43,6
27. Esforço respiratório	158	48,2
28. Taquipneia	158	48,2
29. Queda de saturação O ²	169	51,5
30. Imaturidade pulmonar	179	54,6
31. Sucção e pega ineficaz	187	57,0
32. Nutrição desequilibrada	190	58,0
33. Mucosas hipocoradas	201	61,3
34. Prematuridade	201	61,2
35. Dor aguda	208	63,4
36. Uso de antibioticoterapia	212	64,6
37. Uso de cateter nasal	219	66,8
38. Hiperemia anal	252	76,8
39. Períneo hiperemiado	252	76,8
40. Sífilis neonatal	267	81,4
41. Sono prejudicado	286	87,2
42. Sucção ineficaz	289	88,1
43. Presença de acesso venoso periférico	299	91,1
44. Icterícia Neonatal	301	91,8
45. RN em fototerapia	301	91,8
46. Dificuldade de pega na amamentação	301	91,8
47. Dificuldade na amamentação	318	97,0

Fonte: do autor

Notas:

RN - Recém-nascido.

Nota-se que os principais problemas de enfermagem registrados para os neonatos estão relacionados à: Dificuldade na amamentação (97%), Dificuldade de pega na amamentação (91,8%), Icterícia Neonatal (91,8%), RN em fototerapia (91,8%), Sucção ineficaz (88%), Sono prejudicado (87,2%), Sífilis neonatal (81,4%), Hiperemia anal (76,8%) e Períneo hiperemiado (76,8%).

Para as gestantes/puérperas seis problemas apresentaram frequência superior a 75%: Dor aguda (97,3%), presença de acesso venoso periférico (96,95%), sono prejudicado (87,5%), dificuldade na amamentação (87,2%), mamas ingurgitadas (81,4%) e presença de vômitos (79,1%).

Tabela 3. Problemas de enfermagem identificados para as gestantes/puérperas. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.

Problemas de Enfermagem	N	%
1. Vítima de violência sexual	3	0,9
2. Infecção fúngica oral	18	5,5
3. Hemorragia puerperal	26	7,9
4. Hiperemia anal	27	8,2
5. Síncope	39	11,9
6. Trabalho de parto prolongado	39	11,9
7. Vínculo mãe-filho prejudicado	39	11,9
8. Mastite	44	13,4
9. Pele desidratada	47	14,3
10. Ardência ao urinar	59	18,0
11. Mamilo invertido	66	20,1
12. Multiparidade	67	20,4
13. Infecção do trato urinário	68	20,7
14. Descontrole glicêmico	76	23,2
15. Pré-eclâmpsia materna	86	26,2
16. Baixa autoestima	87	26,5
17. Presença de ferida operatória (cesárea)	89	27,1
18. Presença de Sonda vesical de demora	89	27,1
19. Uso de drogas na gestação	89	27,1
20. Diabetes gestacional	90	27,4
21. Não amamentação	92	28,0
22. Insegurança materna aos cuidados com o RN	97	29,6
23. Uso de bico intermediário	98	29,9
24. Edema de períneo	98	29,9
25. Mamilo plano	101	30,9
26. Tristeza	102	31,0
27. Edemas de MMII	112	34,1
28. Mucosas hipocoradas	112	34,1

29. Falta de apetite	113	34,4
30. Falta de conhecimento com os cuidados com o RN	114	34,8
31. Obesidade	115	35,1
32. Temperatura corporal elevada	116	35,4
33. Desequilíbrio de temperatura corporal	116	35,4
34. Puérpera fumante	116	35,4
35. Puérpera adolescente	116	35,4
36. Medo	117	35,7
37. Insegurança na amamentação	128	39,0
38. Laceração	128	39,0
39. Nutrição desequilibrada	128	39,0
40. Taquipneia	128	39,0
41. Baixa escolaridade	128	39,0
42. Dificuldade no posicionamento ao seio materno	129	39,3
43. Puérpera chorosa	134	40,9
44. Nível de hemoglobina abaixo do normal	145	44,2
45. Aumento da pressão Arterial	149	45,4
46. Prisão de ventre	156	47,6
47. Ansiedade materna	165	19,8
48. Lóquios de odor Fétido	177	54,0
49. Sangramento aumentado no pós-parto	186	56,7
50. Ausência de colostro	189	57,6
51. Traumas mamilares	200	61,0
52. Insônia	205	62,5
53. Uso de antibioticoterapia	209	63,7
54. Presença de vômitos	230	79,1
55. Mamas ingurgitadas	267	81,4
56. Dificuldade na amamentação	286	87,2
57. Sono prejudicado	287	87,5
58. Presença de acesso venoso periférico	318	97,0
59. Dor aguda	319	97,3

Fonte: do autor

Notas:

RN- recém-nascido

MMII – membros inferiores

5.3. Mapeamento dos problemas de enfermagem aos títulos de diagnósticos de enfermagem, segundo a classificação NANDA I 2015 – 2017

Nessa fase do estudo os problemas de enfermagem identificados previamente foram mapeados aos títulos de diagnósticos de enfermagem presentes na classificação NANDA – I (NANDA-I, 2015)

A partir dos problemas de enfermagem identificados para a população da maternidade em um dado momento, um total de 42 títulos de diagnósticos de enfermagem da classificação NANDA- I foram encontrados para os neonatos e, 57 títulos de diagnósticos para as gestantes/puérperas.

As tabelas 4 e 5 apresentam o resultado do mapeamento dos conjuntos de problemas aos diagnósticos de enfermagem correspondentes.

Tabela 4. Mapeamento dos problemas aos títulos de diagnósticos de enfermagem da população neonatal, Belo Horizonte, MG- Brasil, 2017.

Títulos de diagnósticos de Enfermagem NANDA I 2015-2017	Problemas de Enfermagem
1. Amamentação ineficaz	Sucção ineficaz; Dificuldade na amamentação Ganho de peso ineficaz; Dificuldade de ganho de peso neonatal; Dificuldade na pega na amamentação; Sucção e pega ineficaz Frênulo no ápice da língua RN lento para a sucção
2. Amamentação interrompida	Uso de formula complementar na amamentação Sucção e pega ineficaz RN lento para a sucção Sucção ineficaz
3. Constipação	Nutrição desequilibrada Descontrole glicêmico Dificuldade de ganho de peso neonatal
4. Deglutição prejudicada	Frênulo no ápice da língua Sucção e pega ineficaz Dificuldade na pega na amamentação
5. Dor aguda	Sonda Nasogástrica Uso de cateter nasal Monilíase oral Fratura em clavícula esquerda Dor aguda
6. Eliminação urinária prejudicada	Ausência de diurese nas primeiras 24 horas de vida
7. Hipertermia	Temperatura corporal elevada Desequilíbrio de temperatura corporal

8. Hipotermia		Oscilação de temperatura corporal Desequilíbrio de temperatura corporal
9. Icterícia neonatal		Icterícia Neonatal RN em fototerapia
10. Integridade da pele prejudicada		Sonda Nasogástrica Presença de acesso venoso periférico Presença de acesso venoso central de inserção periférica Pele frágil Presença de escoriações faciais decorrente do parto fórceps Presença de bossa serosanguinolenta craniana Presença de cateter umbilical
11. Integridade prejudicada	tissular	Mucosas hipocoradas Monilíase oral Hiperemia anal Monilíase de períneo Períneo hiperemiado
12. Mucosa prejudicada	oral	Mucosas hipocoradas Monilíase oral
13. Náusea		Dificuldade de ganho de peso neonatal Presença de vômitos
14. Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais		Sucção ineficaz Dificuldade na amamentação Ganho de peso ineficaz Dificuldade na pega na amamentação Sucção e pega ineficaz Frênulo no ápice da língua RN lento para a sucção Descontrole glicêmico
15. Padrão de sono prejudicado	sono	Sono prejudicado RN em fototerapia Sonda Nasogástrica Presença de acesso venoso periférico
16. Padrão ineficaz de alimentação lactente	de do	Dificuldade de ganho de peso neonatal Descontrole glicêmico Presença de vômitos Sucção ineficaz Dificuldade na pega na amamentação Uso de fórmula complementar na amamentação

		Sucção e pega ineficaz RN lento para a sucção
17.	Padrão respiratório ineficaz	Esforço respiratório Queda de saturação O ² Taquipneia Apneia grave Imaturidade pulmonar
18.	Perfusão tissular periférica ineficaz	Queda de saturação O ² Pele frágil Imaturidade pulmonar
19.	Risco de aspiração	Apneia grave Imaturidade pulmonar Sonda Nasogástrica Frênulo no ápice da língua Sucção e pega ineficaz
20.	Risco de choque	Sífilis neonatal Prematuridade extrema Prematuridade
21.	Risco de comportamento desorganizado do lactente	de do Presença de acesso venoso periférico Presença de acesso venoso central de inserção periférica Presença de bossa serosanguinolenta craniana Sonda Nasogástrica Uso de cateter nasal RN em fototerapia Fratura em clavícula esquerda
22.	Risco de constipação	Uso de formula complementar na amamentação Nutrição desequilibrada Presença de vômitos
23.	Risco de crescimento desproporcional	Dificuldade de ganho de peso neonatal Baixo peso ao nascer Sucção ineficaz Dificuldade na amamentação Ganho de peso ineficaz Dificuldade de pega na amamentação RN gigante para a idade gestacional
24.	Risco de desenvolvimento atrasado	de Baixo peso ao nascer Prematuridade extrema Prematuridade Nutrição desequilibrada

	Dificuldade de ganho de peso neonatal
25. Risco de desequilíbrio eletrolítico	Dificuldade na amamentação Ganho de peso ineficaz Uso de fórmula complementar na amamentação Sucção e pega ineficaz
26. Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	Dificuldade na amamentação Pele desidratada Fratura em clavícula esquerda Uso de antibioticoterapia Sífilis neonatal Ausência de diurese nas primeiras 24 horas de vida Prematuridade Baixo peso ao nascer Presença de acesso venoso periférico Presença de acesso venoso central de inserção periférica.
27. Risco de função cardiovascular prejudicada	Presença de acesso venoso central de inserção periférica. Prematuridade extrema Prematuridade Apneia grave Imaturidade pulmonar
28. Risco de glicemia instável	Nutrição desequilibrada Presença de vômitos Dificuldade de ganho de peso neonatal Dificuldade na amamentação Sucção e pega ineficaz RN lento para a sucção
29. Risco de hipotermia	RN em fototerapia Desequilíbrio de temperatura corporal Oscilação de temperatura corporal
30. Risco de infecção	Sonda Nasogástrica Monilíase oral Baixo peso ao nascer Prematuridade extrema Prematuridade Hiperemia anal Monilíase de períneo Períneo hiperemiado Ausência de diurese nas primeiras 24 horas de vida

31. Risco de integridade da pele prejudicada	Pele desidratada Pele frágil
32. Risco de integridade tissular prejudicada	Mucosas hipocoradas
33. Risco de lesão	Pele desidratada Pele frágil Mucosas hipocoradas Sonda nasogástrica Uso de cateter nasal Icterícia neonatal
34. Risco de lesão de córnea	RN em fototerapia
35. Risco de mucosa oral prejudicada	Mucosas hipocoradas
36. Risco de olho seco	RN em fototerapia Pele desidratada
37. Risco de perfusão tissular periférica ineficaz	Presença de acesso venoso periférico Queda de saturação O ² Pele frágil
38. Risco de sangramento	Presença de acesso venoso periférico Presença de acesso venoso central de inserção periférica. Presença de cateter umbilical Prematuridade extrema
39. Risco de volume de líquidos deficiente	Sucção ineficaz Dificuldade na amamentação Dificuldade de pega na amamentação Uso de fórmula complementar na amamentação Sucção e pega ineficaz Frênulo no ápice da língua RN lento para a sucção
40. Troca de gases prejudicada	Esforço respiratório Queda de saturação O ² Taquipneia Apneia grave Imaturidade pulmonar
41. Termorregulação ineficaz	Temperatura corporal elevada Desequilíbrio de temperatura corporal Oscilação de temperatura corporal
42. Ventilação espontânea prejudicada	Esforço respiratório Queda de saturação O ² Taquipneia

Apneia grave
Imaturidade pulmonar

Fonte: do autor.
RN – recém-nascido
O² – Oxigênio

Tabela 5. Mapeamento dos problemas aos títulos de diagnósticos de Enfermagem da população de gestantes/puérperas, Belo Horizonte, MG – Brasil, 2017.

Títulos de diagnósticos de Enfermagem NANDA I 2015-2017	Problemas de enfermagem
1. Amamentação ineficaz	Dificuldade na amamentação Uso de bico intermediário Mamas ingurgitadas Ausência de colostro Insegurança na amamentação Mamilo plano Mamilo invertido Mastite Dificuldade no posicionamento ao seio materno
2. Amamentação interrompida	Traumas mamilares Não amamentação Insegurança na amamentação Mamilo invertido Mastite
3. Constipação	Prisão de ventre Nutrição desequilibrada
4. Controle ineficaz de saúde	Puérpera fumante Uso de drogas na gestação
5. Dor	Infecção fúngica oral Mamas ingurgitadas Mastite Lasceração Ardência ao urinar
6. Dor aguda	Dor aguda
7. Eliminação urinária prejudicada	Ardência ao urinar Presença de Sonda vesical de demora Infecção do trato urinário
8. Hipertermia	Infecção do trato urinário

	Temperatura corporal elevada
9. Hipotermia	Desequilíbrio de temperatura corporal
10. Insônia	Sono prejudicado Insônia
11. Integridade da pele prejudicada	Traumas mamilares Presença de acesso venoso periférico Lasceração Presença de ferida operatória (cesárea)
12. Integridade tissular prejudicada	Infecção fúngica oral Hiperemia anal Edema de períneo
13. Leite materno insuficiente	Ausência de colostro Não amamentação Mamilo invertido
14. Manutenção ineficaz da saúde	Baixa escolaridade Puérpera adolescente
15. Mucosa oral prejudicada	Infecção fúngica oral Mucosas hipocoradas
16. Náusea	Presença de vômitos Nutrição desequilibrada
17. Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	Falta de apetite
18. Obesidade	Diabetes gestacional Obesidade
19. Padrão respiratório ineficaz	Taquipneia Síncope
20. Padrão de sono prejudicado	Sono prejudicado Insônia
21. Perfusão tissular periférica ineficaz	Edemas de MMII
22. Proteção ineficaz	Pele desidratada Lasceração Presença de ferida operatória (cesárea) Insônia

23. Risco de choque	Lóquios de odor fétido Hemorragia puerperal Baixa de hemoglobina Sangramento aumentado no pós-parto Pré-eclâmpsia materna
24. Risco de constipação	Falta de apetite Prisão de ventre
25. Risco de débito cardíaco diminuído	Hemorragia puerperal Baixa de hemoglobina Sangramento aumentado no pós-parto Hipertensão Arterial Pré-eclâmpsia materna Síncope
26. Risco de desequilíbrio eletrolítico	Nutrição desequilibrada Falta de apetite Descontrole glicêmico Presença de vômitos
27. Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	Lóquios de odor Fétido Desequilíbrio de temperatura corporal
28. Risco de função cardiovascular prejudicada	Hipertensão Arterial Pré-eclâmpsia materna Síncope Hemorragia puerperal Baixa de hemoglobina Sangramento aumentado no pós-parto
29. Risco de glicemia instável	Diabetes gestacional Obesidade Prisão de ventre Nutrição desequilibrada Falta de apetite Presença de vômitos
30. Risco de hipotermia	Desequilíbrio de temperatura corporal
31. Risco de infecção	Mamas ingurgitadas Pele desidratada Presença de acesso venoso periférico Lasceração Presença de ferida operatória (cesárea) Hiperemia anal Edema de períneo Presença de Sonda vesical de demora Lóquios de odor fétido Hemorragia puerperal Baixa de hemoglobina Trabalho de parto prolongado

	Uso de antibioticoterapia
32. Risco de integridade da pele prejudicada	Mamas ingurgitadas Mamilo plano Pele desidratada
33. Risco de integridade tissular prejudicada	Mucosas hipocoradas Edema de períneo
34. Risco de lesão	Mucosas hipocoradas Mamas ingurgitadas Mamilo plano Pele desidratada
35. Risco de mucosa oral prejudicada	Mucosas hipocoradas
36. Risco de perfusão tissular periférica ineficaz	Edemas de MMII Hipertensão Arterial sistêmica
37. Risco de recuperação cirúrgica retardada	Presença de ferida operatória (cesárea) Hipertensão Arterial sistêmica Pré-eclampsia materna
38. Risco de sangramento	Sangramento aumentado no pós-parto Lóquios de odor fétido Trabalho de parto prolongado Multiparidade
39. Risco de volume de líquidos deficiente	Nutrição desequilibrada Falta de apetite Descontrole glicêmico Presença de vômitos
40. Termorregulação ineficaz	Temperatura corporal elevada Desequilíbrio de temperatura corporal
41. Troca de gases prejudicada	Taquipneia Síncope Baixa de hemoglobina
42. Ventilação espontânea prejudicada	Baixa de hemoglobina Síncope Taquipneia
43. Ansiedade	Dificuldade no posicionamento ao seio materno Sono prejudicado Ansiedade materna
44. Baixa autoestima	Baixa autoestima

<p>situacional</p> <p>45.Conhecimento deficiente</p>	<p>Falta de conhecimento com os cuidados com o RN Baixa escolaridade</p>
<p>46.Controle emocional instável</p>	<p>Puérpera chorosa Tristeza Vítima de violência sexual (gestante)</p>
<p>47.Disposição para processo de criação de filhos melhorado</p>	<p>Uso de bico intermediário Dificuldade na amamentação Insegurança na amamentação</p>
<p>48.Maternidade prejudicada</p>	<p>Vínculo mãe-filho prejudicado Insegurança materna aos cuidados com o RN</p>
<p>49.Medo</p>	<p>Medo</p>
<p>50.Processo de criação dos filhos ineficaz</p>	<p>Falta de conhecimento com os cuidados com o RN Baixa escolaridade Não amamentação Dificuldade na amamentação</p>
<p>51.Regulação do humor prejudicada</p>	<p>Puérpera chorosa Tristeza</p> <p>Ansiedade materna</p>
<p>52.Risco de binômio mãe-feto perturbado</p>	<p>Vínculo mãe-filho prejudicado Insegurança materna aos cuidados com o RN</p>
<p>53.Risco de maternidade prejudicada</p>	<p>Vínculo mãe-filho prejudicado Insegurança materna aos cuidados com o RN Baixa escolaridade</p>
<p>54.Risco de processo de criação de filhos ineficaz</p>	<p>Falta de conhecimento aos cuidados com o RN Baixa escolaridade</p>
<p>55.Risco de tomada de decisão emancipada prejudicada</p>	<p>Puérpera adolescente</p>
<p>56.Síndrome do trauma de estupro</p>	<p>Vítima de violência sexual (gestante)</p>

57. Tristeza crônicaTristeza
Puérpera chorosa

Fonte: do autor

RN – recém-nascido
MMII- membros inferiores**5.4. Organização dos títulos de diagnósticos de enfermagem às necessidades humanas básicas**

Nesta etapa, os títulos de diagnósticos de enfermagem foram organizados às necessidades humanas básicas. Os resultados desse processo estão apresentados em números absolutos e percentuais de acordo com o total de diagnósticos.

As tabelas 6 e 7 mostram os mapeamentos dos títulos de diagnósticos de enfermagem às necessidades humanas básicas para os neonatos e gestantes/puérperas, respectivamente.

Tabela 6. Organização dos títulos de diagnósticos de Enfermagem às Necessidades Humanas Básicas para os neonatos, Belo Horizonte/MG. 2017.

Necessidades psicobiológicas		N	%
Oxigenação	Ventilação espontânea prejudicada	3	7,1
	Troca de gases prejudicada		
	Padrão respiratório ineficaz		
Hidratação	Risco de volume de líquidos deficiente	2	4,8
	Risco de desequilíbrio eletrolítico		
Nutrição	Amamentação ineficaz	5	11,9
	Amamentação interrompida		
	Deglutição prejudicada		
	Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais		
	Padrão ineficaz de alimentação do lactente		
Eliminação	Constipação	5	11,9
	Eliminação urinária prejudicada		
	Icterícia neonatal		

	Náusea Risco de constipação		
Sono e repouso	Padrão de sono prejudicado	1	2,4
Atividade física	Risco de comportamento desorganizado do lactente	1	2,4
Integridade física e cutâneo mucosa	Integridade da pele prejudicada Integridade tissular prejudicada Mucosa oral prejudicada Risco de integridade da pele prejudicada Risco de integridade tissular prejudicada Risco de lesão Risco de lesão de córnea Risco de mucosa oral prejudicada	8	19,0
Regulação térmica	Hipertermia Hipotermia Risco de desequilíbrio na temperatura corporal Risco de hipotermia Termorregulação ineficaz	5	11,9
Regulação vascular	Perfusão tissular periférica ineficaz Risco de função cardiovascular prejudicada Risco de perfusão tissular periférica ineficaz Risco de sangramento Risco de glicemia instável Risco de choque	6	14,3
Crescimento celular	Risco de crescimento desproporcional Risco de desenvolvimento atrasado	2	4,8
Percepção dos órgãos dos sentidos	Dor aguda Risco de olho seco	2	4,8
Segurança física/ meio ambiente	Risco de aspiração Risco de infecção	2	4,8
Total		42	100

Os títulos de diagnósticos (n=42) elencados aos neonatos foram organizados às necessidades Psicobiológicas, sendo 19% à necessidade Integridade física e cutâneo mucosa, seguido por 14,3% à necessidade de Regulação Vascular. Para os neonatos não foram identificados títulos de diagnósticos referentes às necessidades psicossociais e psicoespirituais.

Em relação ao mapeamento dos títulos de diagnósticos elencados para as gestantes/puérperas as necessidades psicobiológicas compreenderam 66,7% do total de diagnósticos. Desses, 14% refere-se à necessidade “Integridade física e cutâneo mucosa”. Já no que diz respeito às necessidades psicossociais, 12,3% referem-se à necessidade de “Amor, afeto, atenção”. Não houve diagnósticos mapeados as necessidades psicoespirituais.

Tabela 7. Organização dos títulos de diagnósticos de Enfermagem às Necessidades Humanas Básicas, para gestantes/puérperas, Belo Horizonte/MG. 2017.

Necessidades psicobiológicas		N	%
Oxigenação	Padrão respiratório ineficaz	3	5,3
	Troca de gases prejudicada		
	Ventilação espontânea prejudicada		
Hidratação	Risco de desequilíbrio eletrolítico	2	3,5
	Risco de volume de líquidos deficiente		
Nutrição	Amamentação ineficaz	5	8,8
	Amamentação interrompida		
	Leite materno insuficiente		
	Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais		
	Obesidade		
Eliminação	Constipação	4	7,0
	Eliminação urinária prejudicada		
	Náusea		
	Risco de constipação		
Sono e repouso	Padrão de sono prejudicado	1	1,7
	Insônia		
Integridade física e cutâneo mucosa	Integridade da pele prejudicada	8	14,0
	Integridade tissular prejudicada		
	Mucosa oral prejudicada		
	Risco de integridade da pele prejudicada		

	Risco de integridade tissular prejudicada Risco de lesão Risco de mucosa oral prejudicada Risco de recuperação cirúrgica retardada		
Regulação térmica	Hipertermia Hipotermia Risco de desequilíbrio na temperatura corporal Risco de hipotermia Termorregulação ineficaz	5	8,8
Regulação vascular	Perfusão tissular periférica ineficaz Risco de choque Risco de débito cardíaco diminuído Risco de função cardiovascular prejudicada Risco de glicemia instável Risco de perfusão tissular periférica ineficaz Risco de sangramento	7	12,3
Percepção dos órgãos dos sentidos: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa.	Dor Dor aguda	2	3,5
Segurança física, meio ambiente, abrigo.	Proteção ineficaz Manutenção ineficaz da saúde Risco de infecção	3	5,3
Necessidade Psicossocial			
Segurança emocional	Ansiedade Controle emocional instável Medo Regulação do humor prejudicada Síndrome do trauma de estupro Tristeza crônica	6	10,5
Amor, Afeto, Atenção	Maternidade prejudicada Risco de maternidade prejudicada Disposição para processo de criação de filhos melhorado Processo de criação dos filhos ineficaz	7	12,3

	Risco de binômio mãe-feto perturbado Risco de processo de criação de filhos ineficaz Risco de tomada de decisão emancipada prejudicada		
Educação para a saúde/ aprendizagem	Controle ineficaz de saúde Conhecimento deficiente	2	3,5
Autoimagem, Autoestima, aceitação	Baixa autoestima situacional	1	1,7
Total		57	100

5.5. Levantamento das prescrições de enfermagem

Para cada título de diagnóstico de enfermagem correspondente a população de neonato e gestante/puérpera foram identificadas as prescrições de enfermagem adequadas.

As tabelas 8 e 9 mostram o levantamento das prescrições de enfermagem para a população de neonatos e gestantes/puérpera, respectivamente.

Tabela 8. Levantamento das prescrições de enfermagem para os neonatos, Belo Horizonte/MG. 2017.

Títulos de Diagnósticos	Ações de enfermagem	N	%	Índice de Validação
1. Amamentação ineficaz	Oferecer oportunidade precoce de contato mamãe/ bebê para amamentar até duas horas após o nascimento; Avaliar causas do comprometimento para a amamentação exclusiva; Avaliar o ganho de peso do bebê; Monitorar a capacidade de sucção do bebê; Observar o bebê junto ao peito para determinar a posição correta, e o padrão de sucção e deglutição; Auxiliar o padrão de	7	2,5	100

	deglutição/sucção do bebê; Demonstrar o treinamento de sucção não nutritiva quando adequado;			
2. Amamentação interrompida	Oferecer suplementação apenas quando necessário; Apoiar o binômio mãe-filho no estabelecimento de vínculo afetivo; Orientar a mãe sobre a lactação; Orientar a mãe sobre extração de leite materno;	4	1,4	100
3. Constipação	Identificar os fatores causadores ou contribuintes de constipação; Registrar a primeira eliminação de fezes do recém-nascido; Monitorar ingestão da dieta; Monitorar sinais e sintomas de constipação; Monitorar as eliminações intestinais; Monitorar ruídos hidroaéreos; Estimular a eliminação através de exercícios; Usar laxantes/supositório, quando necessário;; Pesar o bebê diariamente;	9	3,2	100
4. Deglutição prejudicada	Monitorar /avaliar o reflexo de sucção durante a amamentação; Observar o bebê junto ao peito para determinar a posição correta, e o padrão de sucção e deglutição; Orientar quanto ao posicionamento correto do recém-nascido ao seio materno; Estimular a sucção não nutritiva; Monitorar a necessidade de outra via para alimentação; Monitorar frequência respiratória; Monitorar peso do bebê diariamente; Observar sinais de aspiração;	8	2,8	100
5. Dor aguda	Monitorar sinais vitais e comportamento do recém-nascido; Envolver em fraldas/cueiros para	7	2,5	100

promover o sono e sensação de segurança;
 Oferecer ambiente calmo e tranquilo;
 Promover sono e repouso do recém-nascido;
 Selecionar e implementar uma medida de controle da dor não farmacológica;
 Oferecer alívio ideal para dor com analgésico, quando prescritos;
 Encorajar a presença da família do recém-nascido durante momento de dor;

6. Eliminação urinária prejudicada	<p>Registrar a primeira eliminação urinária do recém-nascido; Monitorar frequência da eliminação urinária quanto frequência, quantidade, cor e odor; Observar sinais de infecção; Realizar balanço hídrico; Verificar uso de medicação que comprometem a eliminação urinária; Verificar presença de bexigoma; Realizar sondagem vesical de alívio, quando necessário;</p>	7	2,5	100
7. Hipertermia	<p>Monitorar a temperatura de 4 em 4 horas; Monitorar cor e temperatura da pele; Monitorar a ingestão e eliminação; Administrar medicamentos antitérmicos, quando necessário; Administrar banho morno; Aplicar compressas frias; Manter o recém-nascido hidratado; Observar sinais de desidratação; Realizar balanço hídrico; Remover excessos de roupa; Verificar temperatura do berço aquecido ou incubadora e corrigir;</p>	11	3,9	100
8. Hipotermia	<p>Evitar correntes de ar no ambiente; Remover o paciente do frio e colocá-lo em berço aquecido; Remover roupas frias ou</p>	10	3,5	100

	<p>molhadas, e colocar roupas secas; Monitorar a temperatura do paciente; Monitorar cor e temperatura da pele; Observar presença de tremores; Observar sinais precoces de hipotermia; pele fria, palidez, extremidades cianóticas; Monitorar sinais vitais; Monitorar estado respiratório; Monitorar estado nutricional;</p>			
9. Icterícia neonatal	<p>Observar os sinais de icterícia; Orientar a família sobre os procedimentos e os cuidados de fototerapia; Colocar as luzes de fototerapia, na altura adequada; Aplicar óculos para evitar contato direto com a luz Retirar os óculos apenas na hora da amamentação; Observar sinais de desidratação (fontanelas deprimidas, turgescência da pele diminuído, perda de peso); Pesar o bebê diariamente; Encorajar a família a participar da fototerapia;</p>	8	2,8	100
10. Integridade da pele prejudicada	<p>Avaliar a hidratação da pele; Avaliar a necessidade de curativo e cobertura para a lesão; Avaliar e registrar a lesão; Inspeccionar áreas onde há risco de existirem lesões; Monitorar sinais de flebite (dor, vermelhidão, calor na pele, edema); Examinar vermelhidão, calor exagerado ou frenagem na pele e nas mucosas; Monitorar áreas de vermelhidão e ruptura da pele; Monitorar erupções e escoriações na pele; Realizar mudança de decúbito;</p>	9	3,2	100
11. Integridade	<p>Monitorar características da lesão,</p>	5	1,8	96,4

tissular prejudicada	<p>cor, tamanho e odor; Realizar curativo adequado para cada tipo de lesão; Orientar o paciente sobre os procedimentos e cuidados com a lesão; Examinar vermelhidão, calor exagerado ou frenagem na pele e nas mucosas; Monitorar estado nutricional;</p>			
12. Mucosa oral prejudicada	<p>Monitorar a mucosa oral regularmente; Estabelecer uma rotina de cuidados orais; Aplicar medicações, caso necessário; Orientar cuidados com higiene oral do recém-nascido; Aplicar hidratantes labiais quando necessários;</p>	5	1,8	100
13. Náusea	<p>Observar os indicadores não verbais de desconforto; Realizar lavagem gástrica, por sonda orogástrica, caso necessário; Monitorar a frequência respiratória; Posicionar o recém-nascido em decúbito lateral após a amamentação;</p>	4	1,4	96,4
14. Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	<p>Monitorar a capacidade de sucção do bebê; Observar o bebê junto ao seio materno, para determinar posição correta e o padrão de sucção/deglutição; Oferecer suplementação na amamentação, caso necessário; Monitorar a ingestão da dieta; Monitorar sinais vitais; Pesar o bebê diariamente;</p>	6	2,1	100
15. Padrão de sono prejudicado	<p>Oferecer um ambiente calmo e tranquilo; Determinar o padrão de sono; Envolver em fraldas/cueiros para promover o sono e proporcionar uma sensação de segurança;</p>	6	2,1	100

	<p>Usar rolo de cobertor junto as costas em decúbito lateral; Ensinar a mãe a fazer massagem no recém-nascido; Manter o recém-nascido aquecido;</p>			
16. Padrão ineficaz de alimentação do lactente	<p>Avaliar o padrão de sucção/deglutição do recém-nascido; Investigar problemas de absorção; Observar os indicadores não verbais de desconforto gástricos; Inserir sonda nasogastrica, ou orogastrica, quando necessário; Verificar a colocação correta da sonda, conforme protocolo; Verificar o fluxo de gotejamento na hora da alimentação; Monitorar a sensação de plenitude, náusea e vômito; Verificar os resíduos antes de todas as alimentações; Pesar o recém-nascido diariamente; Apoiar a amamentação ao seio; Avaliar o crescimento do recém-nascido;</p>	11	3,9	96,4
17. Padrão respiratório ineficaz	<p>Posicionar o paciente de forma a maximizar o potencial ventilatório; Avaliar a perfusão tissular; Identificar sinais de cianose; Monitorar frequência e ritmo respiratório; Monitorar a administração de oxigênio; Remover secreções por aspiração, quando necessário; Auscultar sons respiratórios, observando áreas de ventilação diminuídas ou ausentes, e presença de ruídos adventícios; Administrar broncodilatadores, conforme adequado; Administrar ar ou oxigênio umidificado, conforme adequado;</p>	9	3,2	100
18. Perfusão tissular periférica ineficaz	<p>Usar recursos para aliviar a pressão, quando adequado; Monitorar a capacidade de urinar e</p>	7	2,5	100

	<p>evacuar; Avaliar temperatura da pele; Monitorar a presença de cianose, tromboflebite; Monitorar a frequência cardíaca do recém-nascido; Monitorar níveis de saturação de oxigênio; Monitorar sinais vitais;</p>			
19. Risco de aspiração	<p>Monitorar a função pulmonar; Aspirar secreções traqueobrônquicas; Monitorar reflexo de náusea e a capacidade de deglutir; Posicionar o recém-nascido em 45° em berço; Alimentar o recém-nascido em pequenas porções; Monitorar o recém-nascido durante a amamentação ou administração da dieta; Verificar a correta colocação da sonda nosogástrica; Consulta com fonoaudiólogo, conforme adequado;</p>	8	2,8	92,8
20. Risco de choque	<p>Monitorar o estado circulatório; pressão sanguínea, temperatura e cor da pele; Monitorar sinais de oxigenação tissular inadequada; Monitorar as primeiras respostas compensatórias de perda de líquidos: aumento da frequência cardíaca, diminuição de pressão arterial; Inserir acesso venoso periférico de grosso calibre; Administrar líquidos EV, quando necessário; Administrar concentrados de hemácias e/ou plasma, quando adequado; Administrar O² quando adequado;</p>	7	2,5	96,4
21. Risco de comportamento desorganizado do lactente	<p>Envolver o recém-nascido em fraldas/cueiros para promover o sono e proporcionar uma sensação de segurança;</p>	4	1,4	100

	<p>Usar um rolo ou cobertor junto às costas do recém-nascido para posicioná-lo lateralmente; Oferecer um ambiente calmo e tranquilo; Facilitar o contato pele a pele mamãe e bebê;</p>			
22. Risco de constipação	<p>Monitorar sinais e sintomas de constipação; Monitorar ruídos hidroaéreos; Monitorar a primeira alimentação do recém-nascido; Registrar a primeira eliminação do recém-nascido; Monitorar o peso do recém-nascido;</p>	5	1,8	96,4
23. Risco de crescimento desproporcional	<p>Monitorar os estímulos (luz, ruídos, manuseio); Controlar os horários dos cuidados ao bebê e de sua alimentação; Agrupar as atividades de cuidado; Proporcionar espaço aos pais na unidade e junto ao leito do bebê; Oferecer aos pais informações precisas e reais quanto a condição, tratamento e necessidades do bebê; Informar aos pais as preocupações e as questões do desenvolvimento de bebês prematuros; Oferecer descanso quando o bebê evidenciar sinais de estresse (palidez, oscilação da frequência cardíaca); Evitar estimulação excessiva; Oferecer limites que mantenham a flexão das extremidades; Avaliar os reflexos motores e neurológicos do recém-nascido;</p>	10	3,5	100
24. Risco de desenvolvimento atrasado	<p>Monitorar os estímulos (luz, ruídos, manuseio); Controlar os horários dos cuidados ao bebê e de sua alimentação; Agrupar as atividades de cuidado; Proporcionar espaço aos pais na unidade e junto ao leito do bebê;</p>	10	3,5	92,8

	<p>Oferecer aos pais informações precisas e reais; quanto a condição, tratamento e necessidades do bebê; Informar aos pais as preocupações e as questões do desenvolvimento de bebês prematuros; Oferecer descanso quando o bebê evidenciar sinais de estresse (palidez, oscilação da frequência cardíaca); Evitar estimulação excessiva; Oferecer limites que mantenham a flexão das extremidades; Avaliar os reflexos motores e neurológicos do recém-nascido;</p>			
25. Risco de desequilíbrio eletrolítico	<p>Administrar eletrólitos conforme prescrição; Monitorar perda de líquidos (ex diarreia, vômito); Monitorar peso do recém-nascido diariamente; Monitorar eliminações urinárias e fecais; Monitorar infusões venosas; Monitorar o ritmo cardíaco e frequência respiratória; Monitorar sinais vitais; Observar sinais de edemas;</p>	8	2,8	100
26. Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<p>Monitorar a temperatura a cada 6 horas; Monitorar cor e temperatura da pele; Dar banho no recém-nascido com água aquecida Promover ingestão adequada de líquidos e nutrientes; Adaptar a temperatura do ambiente as necessidades do recém-nascido; Fornecer berço aquecido ao recém-nascido, quando adequado; Ensinar os pais e familiares sobre a termorregulação; Manterá roupa de cama limpa e seca;</p>	8	2,8	100
27. Risco de	Realizar uma avaliação da	5	1,8	100

função cardiovascular prejudicada	circulação periférica (ex. pulsos, edema, enchimento capilar, cor e temperatura das extremidades); Promover redução de estresse do recém-nascido; Monitorar frequência cardíaca; Monitorar cor do recém-nascido; Monitorar sinais vitais;			
28. Risco de glicemia instável	Monitorar os níveis da glicose sanguínea, se indicado; Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polifagia, fraqueza, letargia; Monitorar sinais de hipoglicemia: tremedeira, transpiração, ansiedade, viscosidade, palidez, fome, náusea, letargia; Facilitar e administrar dieta, quando necessário; Estimular amamentação ao seio materno;	5	1,8	100
29. Risco de hipotermia	Monitorar temperatura do recém-nascido; Cobrir o recém-nascido; Monitorar cor e temperatura da pele; Posicionar o recém-nascido em berço aquecido, se adequado; Retirar roupas molhadas; Orientar pais e familiares sobre cuidados para evitar hipotermia; Manter a roupa de cama limpa e seca; Monitorar sinais vitais;	8	2,8	100
30. Risco de infecção	Ensinar técnicas de lavagem das mãos aos pais e familiares do recém-nascido; Estimular amamentação precoce; Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção; Monitorar vulnerabilidade a infecção; Realizar curativos ao acesso venoso central de inserção periférica, como o protocolo; Providenciar cuidado adequado à pele em áreas edemaciadas;	10	3,5	100

	<p>Examinar a condição de qualquer incisão cirúrgica; Monitorar Sinais vitais; Monitorar sinais e sintomas de infecção; Realizar cuidados com o coto umbilical a cada troca de fraldas;</p>			
31. Risco de integridade da pele prejudicada	<p>Avaliar a hidratação da pele; Cortar as unhas; Hidratar a pele; Monitorar o estado nutricional; Evitar uso de lençóis com textura mais grossa; Trocar fraldas sempre que necessário; Manter os lençóis limpos, secos e lisos; Examinar diariamente a pele do neonato;</p>	9	3,2	100
32. Risco de integridade tissular prejudicada	<p>Examinar diariamente a pele de pacientes com riscos de fissuras; Monitorar áreas de descoloração em pele e mucosas; Observar mudanças na pele e mucosa; Monitorar áreas de vermelhidão e ruptura da pele; Avaliar a hidratação da pele; Monitorar ingestão da dieta;</p>	6	2,1	100
33. Risco de lesão	<p>Examinar áreas de vermelhidão da pele; Monitorar cor da pele; Observar mudanças na pele e mucosa; Monitorar hidratação; Realizar mudança de decúbito;</p>	5	1,8	100
34. Risco de lesão de córnea	<p>Posicionar o recém-nascido com óculos apropriados para realização de fototerapia; Realizar higiene ocular com SF 0,9%;</p>	2	0,7	96,4
35. Risco de mucosa oral prejudicada	<p>Estabelecer uma rotina de cuidado oral; Cuidados orais diariamente após a amamentação; Identificar risco de</p>	5	1,8	96,4

	desenvolvimento de estomatite; Monitorar a mucosa oral regularmente; Aplicar lubrificante para hidratar os lábios e a mucosa oral quando necessário;			
36. Risco de olho seco	Realizar higiene ocular com SF 0,9%; Verificar hidratação do recém-nascido; Manter a mucosa do olho pérvia;	3	1,0	100
37. Risco de perfusão tissular periférica ineficaz	Avaliar a perfusão periférica do recém-nascido; Avaliar a temperatura e a coloração da pele; Avaliar hidratação do recém-nascido; Avaliar sinais vitais; Avaliar níveis de saturação de oxigênio;	5	1,8	92,8
38. Risco de sangramento	Avaliar exames hematológicos; Avaliar sinais e sintomas de choque; Identificar fatores de risco para sangramento; Monitorar sinais vitais;	4	1,4	100
39. Risco de volume de líquidos deficiente	Monitorar o balanço hídrico; Monitorar eliminação urinária; Monitorar infusões venosas; Monitorar exames laborais (eletrólitos); Registrar peso diariamente;	5	1,8	100
40. Troca de gases prejudicada	Avaliar a perfusão tissular; Elevar o decúbito; Identificar sinais de cianose; Monitorar a administração de oxigênio; Monitorar a frequência e ritmo respiratório; Verificar saturação de oxigênio;	6	2,1	100
41. Termorregulação ineficaz	Avaliar coloração e a temperatura da pele; Ensinar os pais e familiares sobre a termorregulação; Identificar fatores de risco para	6	2,1	100

	hipertermia; Monitorar a temperatura corporal do recém-nascido; Monitorar a temperatura e umidade da incubadora e berço aquecido; Monitorar sinais vitais;			
42. Ventilação espontânea prejudicada	Aspirar vias aéreas; Manter as vias aéreas pérvias; Monitorar administração de oxigênio; Monitorar a coloração da pele e a perfusão periférica; Manter o tubo endotraqueal pérvio; Monitorar a fixação do tubo endotraqueal;	6	2,1	100
Total		284	100	

Fonte: do autor

Para o cuidado com os neonatos foi levantado um total de 284 prescrições de enfermagem, com média de 6,8 ações para cada título de diagnóstico de enfermagem.

Já para as gestante/puérperas, após o levantamento obteve-se 404 prescrições de enfermagem, com média de 7,1 prescrições por título de diagnóstico.

Tabela 9. Levantamento das prescrições de enfermagem para gestante/puérpera, Belo Horizonte/MG. 2017.

Títulos de diagnósticos	Prescrições de Enfermagem	N	%	Índice de validação
1. Amamentação o ineficaz	Oferecer oportunidade precoce de contato mamãe/ bebê para amamentar até duas horas após o nascimento; Auxiliar os pais a identificar os indícios de despertar o bebê para o aleitamento; Encorajar a mãe a pedir ajuda do enfermeiro nas primeiras tentativas; Ensinar o posicionamento do	12	3,0	100

	<p>recém-nascido durante a amamentação; Proporcionar ambiente calmo e tranquilo Orientar a mãe para observar a sucção do bebê; Encorajar a mãe a oferecer ambos os seios em cada mamada; Orientar a mãe a posicionar-se corretamente na amamentação; Monitorar a integridade da pele dos bicos do seio; Orientar cuidados dos bicos dos seios; Monitorar o reflexo de descida de leite; Orientar sobre ordenha, armazenamento do leite materno;</p>			
2. Amamentação o interrompida	<p>Monitorar a integridade da pele dos bicos do seio; Orientar cuidados dos bicos dos seios; Monitorar o enchimento crescente das mamas; Oferecer informações sobre vantagens e desvantagens da amamentação exclusiva; Corrigir conceitos errôneos sobre amamentação; Oferecer apoio às decisões maternas Orientar sobre técnicas de relaxamento, inclusive massagens nas mamas; Aplicar bolsas de gelo 4x ao dia na região axilar as mamas por 20 minutos; Aplicar ataduras as mamas quando adequado; Orientar sobre técnicas de extração de leite materno; Supervisionar ordenha de leite materno; Administrar medicamentos que suprimam a lactação, se apropriado;</p>	12	3,0	100
3. Constipação	<p>Monitorar sinais e sintomas de</p>	8	2,0	100

	<p>constipação; Detectar sinais de fecaloma; Monitorar ruídos hidroaéreos; Identificar os fatores (medicamentos, repouso no leito, dieta) que possam contribuir para constipação; Encorajar o aumento na ingestão de líquidos; Investigar padrão de eliminação da paciente; Orientar o paciente a ingerir dietas com teor elevado de fibras; Registrar frequência e características das fezes;</p>			
4. Controle ineficaz de saúde	<p>Encaminhar o paciente a outros provedores de cuidados de saúde; conforme necessário (ex. Serviço social) Estimular o autocuidado conforme a condição clínica da paciente; Promover independência com o autocuidado; Estimular a comunicação verbal e não verbal; Proporcionar privacidade para a paciente;</p>	5	1,8	100
5. Dor	<p>Assegurar que a paciente receba cuidados precisos de analgesia; Investigar com a paciente fatores que aliviam/pioram a dor; Oferecer informações sobre a dor, como suas causas, tempo de duração e desconfortos decorrentes de procedimentos; Selecionar e implementar medida não farmacológicas para alívio da dor (ex compressa frias no local, massagem, deambulação); Ensinar medidas não farmacológicas para controle da dor; Avaliar a eficácia da medicação de controle da dor; Favorecer sono e repouso adequados para facilitar o controle da dor; Registrar característica da dor;</p>	9	3,2	100

	Verificar o nível de desconforto da paciente;			
6. Dor aguda	Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia; Investigar com o paciente fatores que aliviam/pioram a dor; Oferecer informações sobre a dor, como suas causas, tempo de duração e desconfortos decorrentes de procedimentos; Selecionar e implementar medida não farmacológicas para alívio da dor (ex compressa frias no local, massagem, deambulação); Ensinar medidas não farmacológicas para controle da dor; Estimular verbalização da dor; Registrar característica da dor; Verificar o nível de desconforto da paciente;	8	2,0	100
7. Eliminação urinária prejudicada	Monitorar a eliminação urinária, incluindo a frequência, o odor, volume, cor; Monitorar sinais e sintomas de retenção urinária; Ensinar a paciente sinais e sintomas de infecção do trato urinário; Orientar paciente a registrar o débito urinário quando necessário; Ensinar a paciente a obter amostras de jato intermediário de urina; Inserir sonda vesical quando necessário; Motivar aumento de ingestão de líquidos Orientar higiene íntima;	8	2,0	100
8. Hipertermia	Aplicar compressa fria nas regiões frontal, axilar e inguinal; Monitorar a temperatura a cada 4 horas; Monitorar cor e temperatura da pele; Administrar medicação, quando	10	2,5	100

	necessário; Avaliar resposta a medicação; Orientar banho morno; Investigar a causa da hipertermia; Manter hidratação da pele; Monitorar coloração da pele; Monitorar e registrar sinais neurológicos;			
9. Hipotermia	Explicar a parturiente a causa de calafrio pós-parto; Remover o paciente do frio e colocá-lo em ambiente aquecido; Monitorar a temperatura do paciente; Cobrir paciente com cobertores, quando necessário; Monitorar cor e temperatura da pele; Monitorar o estado respiratório; Investigar sinais de infecção; Monitorar sinais vitais; Orientar banho com água morna; Promover conforto da paciente;	10	2,5	100
10. Insônia	Adaptar o ambiente (ex. iluminação, ruído, temperatura) para promover o sono; Adaptar o horário de administração de medicamentos de modo a apoiar o ciclo de sono/ estado de alerta do paciente; Identificar remédios para dormir que o paciente está utilizando; Ensinar técnicas de relaxamento; Identificar o motivo de perturbação do sono; Apoiar a puérpera a descansar dormir enquanto o recém-nascido dorme; Providenciar ambiente calmo e seguro;	7	1,7	100
11. Integridade da pele prejudicada	Estimular deambulação; Hidratar a pele; Inspeccionar cicatrização da laceração e cirurgia de cesariana; Monitorar características da lesão, cor, tamanho e odor;	10	2,5	100

	<p>Examinar o local da incisão buscando hiperemia, edema; Limpar lesão com soro fisiológico 0,9%; Aplicar curativo adequado para cada tipo de ferida; Orientar paciente e a família sobre sinais e sintomas de infecção; Orientar sobre o uso de hidratante; Orientar o paciente sobre as formas de cuidados da incisão durante o banho;</p>			
12. Integridade tissular prejudicada	<p>Monitorar características da lesão, cor, tamanho e odor; Realizar curativos quando necessários Orientar o paciente sobre os procedimentos e cuidados com a lesão Orientar hidratação; Examinar vermelhidão, calor exagerado; ou frenagem na pele e nas mucosas; Monitorar estado nutricional;</p>	6	1,5	100
13. Leite materno insuficiente	<p>Encorajar a mãe a oferece ambos os seios em cada amamentação; Estimular a ingestão de líquidos; Monitorar reflexo de descida do leite; Ensinar técnicas de aleitamento materno;</p>	4	1,0	100
14. Manutenção da saúde alterada	<p>Identificar grau de apoio familiar; Verificar sistemas de apoio em uso; Encaminhar o paciente a outros provedores de cuidados de saúde, conforme necessário (ex. Serviço social); Estimular o autocuidado;</p>	4	1,0	100
15. Mucosa oral prejudicada	<p>Monitorar os lábios, mucosas e as gengivas quanto a hidratação,</p>	5	1,2	96,4

	<p>cor, textura e presença de resíduos e infecção; Desencorajar o tabagismo; Monitorar a mucosa oral regularmente; Estabelecer uma rotina de cuidados orais; Aplicar hidratantes labiais quando necessários;</p>			
16.Náusea	<p>Realizar um levantamento completo sobre a náusea, incluindo frequência, duração; Assegurar que drogas eméticas sejam dadas para prevenir a náusea, quando possível; Ensinar técnica de relaxamento durante as náuseas; Investigar fatores que promovem náuseas; Oferecer alimentos de fácil ingestão; Oferecer pequenos cubos de gelo; Orientar a mastigação lenta dos alimentos; Orientar a paciente a não se deitar duas horas após as refeições; Usar higiene oral frequente para promover o conforto; Oferecer líquidos frios quando adequado Pesar o paciente regularmente;</p>	11	2,7	100
17.Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	<p>Avaliar estado nutricional; Avaliar o apetite da paciente; Encorajar uma ingestão calórica adequada ao tipo de corpo e ao estilo de vida; Identificar preferências alimentares; Encorajar um aumento de ingestão de proteínas, ferro e vitamina C; Monitorar tendências de perda de peso; Monitorar ocorrência de náuseas; Pesar a paciente diariamente; Monitorar o nível de energia, mal-</p>	10	2,5	100

	estar, fadiga e fraqueza; Oferecer alimentos e líquidos nutritivos, quando necessário;			
18. Obesidade	Determinar o desejo e a motivação do paciente para reduzir o peso e gordura corporal; Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por hábitos favoráveis; Ensinar a selecionar alimentos saudáveis; Orientar a paciente sobre programa de manejo do peso;	4	1,0	100
19. Padrão respiratório ineficaz	Avaliar a perfusão tissular; Identificar sinais de cianose; Monitorar frequência e ritmo respiratório; Monitorar a administração de oxigênio; Auscultar sons respiratórios, observando presença de ruídos adventícios; Avaliar padrão respiratório; Avaliar sistema cardiovascular; Elevar a cabeceira da cama; Orientar o paciente sobre a maneira de tossir eficiente; Administrar broncodilatadores conforme adequado; Ensinar paciente a usar inaladores prescritos; Administrar ar ou oxigênio umidificado, conforme adequado;	12	3,3	96,4
20. Padrão de sono prejudicado	Determinar o padrão de sono/atividade do paciente; Ensinar técnicas de relaxamento Adaptar o horário de administração de medicamentos de modo a apoiar o ciclo de sono/estado de alerta do paciente; Orientar a puérpera a descansar e dormir enquanto o recém-nascido dorme; Identificar o motivo da perturbação do sono; Providenciar um meio calmo e	6	1,5	96,4

	seguro;			
21. Perfusão tissular periférica ineficaz	Cobrir os membros inferiores com lençóis; Desencorajar o uso de roupas apertadas; Ensinar sobre sinais e sintomas da trombose venosa profunda; Estimular deambulação; Monitorar coloração/temperatura dos membros; Monitorar parestesia (dormência, formigamento, hiperestesia, hipoestesia) Monitorar a presença de tromboflebite e trombose venosa profunda; Monitorar os efeitos da medicação anticoagulante;	9	2,2	100
22. Proteção ineficaz	Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção; Monitorar vulnerabilidade a infecção; Examinar a condição de qualquer incisão cirúrgica/ ferida; Encorajar o repouso; Manter técnicas de isolamento quando adequado; Providenciar quarto individual se necessário; Monitorar sinais vitais;	7	1,7	100
23. Risco de choque	Monitorar o estado circulatório; pressão sanguínea, temperatura e cor da pele; Monitorar sinais de oxigenação tissular inadequada; Monitorar as primeiras respostas compensatórias de perda de líquidos: aumento da frequência cardíaca, diminuição de pressão arterial; Inserir acesso venoso periférico de grosso calibre; Administrar líquidos EV, quando necessário; Administrar concentrados de hemácias e/ou plasma, quando adequado;	7	1,7	92,8

	Administrar O ² quando adequado;			
24. Risco de constipação	Avaliar padrão intestinal; Ensinar exercícios abdominais para estímulo do peristaltismo; Garantir que a dieta inclua alimentos ricos em fibras, para evitar constipação; Monitorar ruídos hidroaéreos; Orientar consumo de líquidos e de fibras; Encorajar o aumento na ingestão de líquidos para promover a mobilidade intestinal; Encorajar a deambulação precoce;	7	1,7	100
25. Risco de débito cardíaco diminuído	Evitar uso de estimulantes orais; Retardar o banho; Orientar repouso; Monitorar a pressão arterial de 4 em 4 horas; Monitorar sinais vitais de 6 em 6 horas;	5	1,2	100
26. Risco de desequilíbrio eletrolítico	Verificar a hidratação da paciente; Monitorar a quantidade de líquidos ingeridos; Manter acesso venoso desobstruídos; Administrar eletrólitos conforme prescrição; Monitorar perda de líquidos (ex diarreia, vômito); Verificar sinais vitais;	6	1,5	96,4
27. Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	Monitorar a temperatura a cada 6 horas; Monitorar cor e temperatura da pele; Promover ingestão adequada de líquidos e nutrientes; Adaptar a temperatura do ambiente as necessidades do paciente; Encaminhar paciente para banho morno Manter hidratação da pele; Manter a paciente livre de corrente de ar Monitorar sinais vitais;	8	2,0	96,4

28. Risco de função cardiovascular prejudicada	Realizar uma avaliação da circulação periférica (ex. pulsos, edema, enchimento capilar, cor e temperatura das extremidades); Monitorar frequência cardíaca; Monitorar sinais vitais; Reconhecer alterações na pressão sanguínea; Promover redução de estresse; Orientar sobre a importância de relatar imediatamente qualquer desconforto no peito;	6	1,5	92,8
29. Risco de glicemia instável	Monitorar os níveis da glicose sanguínea; Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polifagia, fraqueza, letargia, cefaleia, embasamento da visão; Monitorar sinais de hipoglicemia: tremedeira, transpiração, ansiedade, viscosidade, palidez, fome, náusea, cefaleia; Administrar insulinas ou hipoglicemiantes orais como prescritos; Encorajar a ingestão oral de líquidos; Facilitar a adesão à dieta específica;	6	1,5	96,4
30. Risco de hipotermia	Monitorar temperatura do paciente; Cobrir o paciente; Monitorar cor e temperatura da pele; Ensinar o paciente a manter ingestão calórica suficiente para manter a temperatura corporal; Investigar sinais de infecção; Manter paciente livre de corrente de ar; Monitorar sinais vitais;	7	1,7	100
31. Risco de infecção	Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção; Monitorar vulnerabilidade a infecção; Providenciar cuidado adequado à	14	3,5	100

pele em áreas edemaciadas;
 Examinar a condição de qualquer
 incisão cirúrgica;
 Avaliar cicatrização da ferida;
 Ensinar sobre infecção perineal
 associada a falta de higiene local;
 Promover ingestão nutricional
 adequada;
 Encorajar aumento da
 mobilidade, quando for o caso;
 Orientar paciente sobre sinais de
 infecção e sobre o momento de
 relatá-los;
 Orientar cuidados com o local da
 incisão durante o banho;
 Monitorar vermelhidão, edema,
 equimose, supuração e
 aproximação no local de
 episiotomia;
 Reforçar técnicas adequadas do
 períneo para evitar infecção;
 Monitorar os lóquios quanto às
 características, à quantidade, à
 cor e à presença de coágulos;
 Monitorar sinais vitais;

32. Risco de integridade da pele prejudicada	Remover fita adesiva e resíduos da pele; Oferecer apoio as áreas edemaciadas; Providenciar higiene íntima, conforme necessário; Orientar o autocuidado da higiene íntima; Manter os lençóis limpos; Examinar diariamente a pele de pacientes com riscos de fissuras; Inspeccionar áreas de risco para úlceras por pressão; Orientar autocuidado com a pele; Orientar uso de hidratante;	9	2,2	100
33. Risco de integridade tissular prejudicada	Examinar diariamente a pele de pacientes com riscos de fissuras; Monitorar áreas de descoloração em pele e mucosas; Observar mudanças na pele e mucos; Monitora áreas de vermelhidão e ruptura da pele;	5	1,2	100

	Orientar uso de hidratantes;			
34. Risco de lesão	Examinar áreas de vermelhidão da pele; Monitorar cor da pele; Observar mudanças na pele e mucosa; Monitorar hidratação; Orientar hidratação; Realizar mudança de decúbito;	6	1,5	100
35. Risco de mucosa oral prejudicada	Estabelecer uma rotina de cuidado oral Identificar risco de desenvolvimento de estomatite; Desencorajar o hábito de fumar; Monitorar a mucosa oral regularmente; Aplicar lubrificante para hidratar os lábios e a mucosa oral quando necessário;	5	1,2	100
36. Risco de perfusão tissular periférica ineficaz	Monitorar enchimento capilar; Monitorar presença de tromboflebite, trombose venosa profunda; Cobrir os membros inferiores com lençóis leves; Ensinar sobre administração de medicação; Ensinar sinais e sintomas de trombose venosa profunda; Estimular a deambulação; Monitorar o aparecimento de lesões nos pés; Orientar uso de meias elásticas compressivas;	8	2,0	100
37. Risco de recuperação cirúrgica retardada	Monitorar Sinais vitais; Avaliar incisão cirúrgica; Avaliar processo de cicatrização; Motivar cuidados de higiene com a incisão cirúrgica; Orientar o retorno para a retirada de pontos cirúrgicos após 7 dias; Encorajar para a ingestão adequada de nutrientes; Ensinar cuidados de higiene com a incisão cirúrgica; Examinar a condição da incisão	8	2,0	100

38. Risco de sangramento	cirúrgica; Monitorar os lóquios quanto as características, a cor e a presença de coágulos; Monitorar e registrar a altura uterina; Avaliar tônus uterino; Identificar risco de hemorragia; Identificar sinais de choque hipovolêmico; Massagear suavemente o fundo do útero até que esteja firme;	6	15	100
39. Risco de volume de líquidos deficiente	Pesar diariamente a paciente; Manter registro preciso da ingestão e eliminação; Monitorar o estado de hidratação; Monitorar estado nutricional; Avaliar prega cutânea; Encorajar ingestão de líquidos; Monitorar quantidade de líquidos ingeridos; Monitorar coloração da urina; Verificar sinais vitais;	9	2,2	100
40. Termorregulação ineficaz	Monitorar a temperatura de 4 em 4 horas; Monitorar cor e temperatura da pele; Monitorar os sinais e sintomas de hipotermia e hipertermia e relatá-los; Promover ingestão adequada de nutrientes; Avaliar coloração e a temperatura da pele; Identificar fatores de risco para hipertermia;	6	1,5	100
41. Troca de gases prejudicada	Monitorar a frequência o ritmo a profundidade e o esforço das respirações Monitorar ruídos respiratórios, como sibilos e roncos; Monitorar mudanças em SaO ² ; Avaliar perfusão periférica; Avaliar sistema cardiovascular	5	1,2	100
42. Ventilação espontânea	Aspira vias aéreas; Manter vias aéreas pérvias;	8	2,0	100

prejudicada	<p>Monitorar mudanças em SaO²; Administrar oxigênio, como prescrito; Monitorar a administração de oxigênio; Monitorar a coloração da pele e perfusão periférica; Monitorar sinais de sofrimento respiratório; Administrar broncodilatadores, conforme adequado;</p>			
43. Ansiedade	<p>Ajudar a paciente a reconhecer sua ansiedade; Dar explicações claras e sucintas sobre cuidados prestados; Esclarecer as expectativas; Ouvir atentamente o paciente; Oferecer reais informações sobre diagnósticos, tratamento e prognósticos; Ensinar técnicas de relaxamento; Estimular mecanismos de adaptação saudáveis; Explorar com a paciente os meios para resolver os problemas que lhe causam ansiedade; Monitorar nível de ansiedade; Respeitar silêncios e choros que permitam a paciente entrar em contato com suas emoções;</p>	10	2,5	100
44. Baixa autoestima situacional	<p>Encorajar a paciente a identificar seus pontos positivos; Reforçar os pontos pessoais positivos identificados pelo paciente; Evitar críticas negativas; Transmitir confiança na capacidade da paciente para lidar com as situações; Encorajar uma maior responsabilidade por si mesmo, quando adequado Investigar as razões de culpas e autocrítica; Elogiar o progresso das pacientes na direção das metas;</p>	6	1,5	100
45. Conhecimento o deficiente	<p>Determinar o conhecimento dos pais sobre os cuidados dos</p>	6	1,5	100

	<p>bebês; Ensinar habilidades de cuidados o recém-nascido; Fazer orientações para alta; Avaliar a compreensão sobre autocuidado e cuidados com o recém-nascido; Ensinar autocuidado; Avaliar disponibilidade para aprender;</p>			
46. Controle emocional instável	<p>Discutir os sentimentos que a mãe pode ter em relação ao bebê, quando adequado; Demonstrar confiança na capacidade da mãe para os cuidados com o recém-nascido; Informar a mãe sobre sinais e sintomas da depressão pós-parto que pode ocorrer após a alta; Monitorar como a paciente se sente em relação as mudanças em seu corpo após o nascimento;</p>	4	1,0	100
47. Disposição para processo de criação de filhos melhorado	<p>Oferecer-se como ouvinte; Incentivar o cuidado com o recém-nascido Estimular o autocuidado materno; Estimular autoconfiança materna; Incentivar amamentação;</p>	5	1,2	100
48. Maternidade prejudicada	<p>Oferecer-se como ouvinte; Encorajar mãe do recém-nascido a verbalizar sentimentos e preocupações; Oferecer a orientação antecipada; necessária em diferentes níveis do desenvolvimento infantil; Estimular a autoconfiança materna; Estimular a mãe na participação dos cuidados com o recém-nascido; Incentivar a amamentação exclusiva Auxiliar a mãe e identificar o temperamento do seu bebê; Modelar e incentivar a interação com os filhos; Encorajar a mãe a visitar o bebê</p>	9	2,2	96,4

	no berçário;			
49. Medo	Demonstrar calma; Passar algum tempo com a paciente; Avaliar grau de medo; Avaliar a resposta ao ensino com autocuidado; Encorajar comunicação sobre medo;	5	1,2	100
50. Processo de criação dos filhos ineficaz	Encorajar a mãe do recém-nascido a verbalizar sentimento e preocupações Encaminhar a recursos da comunidade, quando adequado; Encaminhar para tratamento de abuso de substancias, quando necessário; Orientar a puérpera sobre cuidados com o recém-nascido; Auxiliar aos pais a planejar os cuidados ao bebê durante estado de alerta; Orientar a importância do vínculo mãe e filho;	6	1,5	100
51. Regulação do humor prejudicada	Avaliar o humor (ex sinais, sintomas, história pessoal); Oferecer ou encaminhar o paciente para tratamento de abuso de substancias; Administrar medicamentos reguladores de humor, como prescrito; Escutar a paciente; Oferecer ambiente calmo;	5	1,2	100
52. Risco de binômio mãe-feto perturbado	Informar a mãe sobre os sintomas da depressão pós-parto que pode ocorrer após a alta; Estimular o autocuidado materno; Orientar sobre a importância do vínculo mãe e filho; Auxiliar a paciente a adaptar a perda do filho idealizado, e aceitar a criança que nasceu; Manter quando possível o bebê junto aos pais;	5	1,2	100

53. Risco de maternidade prejudicada	Oferecer-se como ouvinte; Monitorar os efeitos do recém-nascido na estrutura familiar; Determinar a imagem que a mãe faz do filho antes do nascer; Orientar autocuidado; Orientar cuidados como recém-nascido; Estimular amamentação exclusiva;	6	1,5	92,8
54. Risco de processo de criação de filhos ineficaz	Escutar os problemas e as preocupações dos pais sem fazer julgamento; Explicar o desenvolvimento normal do bebê; Promover precoce com o bebê;	3	0,7	100
55. Risco de tomada de decisão emancipada prejudicada	Estabelecer já na admissão hospitalar a comunicação com a paciente; Facilitar a articulação das metas de cuidado; Facilitar a tomada de decisão conjunta Proporcionar as informações solicitadas pela paciente; Servir de ligação entre a paciente e família; Buscar auxílio, se necessário;	6	1,5	100
56. Síndrome do trauma de estupro	Promover uma pessoa para dar suporte e permanecer com a paciente; Explicar os procedimentos legais a paciente; Determinar o estado mental e físico; Implementar aconselhamento; Oferecer medicação para prevenção de gravidez e antibiótica profilática contra doenças venéreas; Encaminhar a paciente para o programa de assistência a casos de estupros;	6	1,5	100
57. Tristeza Crônica	Ouvir a paciente ativamente; Avaliar auto estima; Demonstrar empatia, cordialidade;	4	1,0	100

Auxiliar o paciente a identificar pontos fortes e reforçá-los.

Total

40
4

100

Fonte: do autor

Notas:

Ex – exemplo

EV – endovenosa

SaO²- saturação de oxigênio

O²- oxigênio

5.6. Validação do banco de títulos de diagnósticos das prescrições de enfermagem mapeadas

Todos os enfermeiros (28) compuseram a amostra para validar os títulos diagnósticos de enfermagem e as prescrições de enfermagem.

Na primeira rodada os enfermeiros analisaram a correspondência de 42 títulos de diagnósticos com 284 prescrições de enfermagem da NIC para os neonatos e 57 títulos de diagnósticos com 404 prescrições de enfermagem da NIC para as gestantes/pérperas. Nível de concordância acima de 90,0% foi obtido em 100% dos diagnósticos e prescrições de enfermagem para os neonatos e gestantes/puérperas.

6. DISCUSSÃO

O PE representa um método sistemático de prestação de assistência de enfermagem. É constituído por cinco etapas, sendo elas: investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e intervenções de enfermagem (NÓBREGA; NÓBREGA; SILVA, 2011). Estas, quando aplicadas adequadamente, são efetivas para o planejamento e implementação de um cuidado individualizado e humanizado e capaz de suprir as necessidades básicas do paciente assistido.

Este processo é considerado sistemático uma vez que é constituído por etapas deliberadas de forma a maximizar a eficiência e obter resultados. O PE proporciona ao enfermeiro a habilidade de ir e vir na formulação dos diagnósticos e no planejamento e implementação de intervenções de enfermagem (DEL ANGELO *et al*, 2010).

O DE, como segunda etapa do processo, é definido como uma ferramenta que possibilita, dentre outras ações, individualizar o cuidado através da identificação dos problemas de enfermagem, de forma a planejar um conjunto de atividades que supram as necessidades do paciente, atendendo a curto ou longo prazo, os resultados esperados para aquele indivíduo. Elaborar diagnósticos de enfermagem e prescrições de enfermagem é de competência exclusiva do enfermeiro (COFEN, 2009).

A formulação de DE guia as ações, qualifica e humaniza a assistência prestada ao paciente além de facilitar a comunicação e favorecer a continuidade da assistência (INÁCIO *et al*, 2010). No entanto, muitas vezes, estes diagnósticos são subestimados, ou sua formulação e emprego para guiar a prática tem certa resistência por parte dos profissionais na sua aplicação prática, uma vez que no cotidiano do enfermeiro, existe um excesso de atividades burocráticas, voltadas para controle de material, gerenciamento de pessoal, registros e relatórios, fato que ocasiona rupturas no processo do cuidado do paciente e podem comprometer a assistência prestada (DEL ANGELO *et al*, 2010; SILVA, NÓBREGA, MACEDO, 2012; SANTOS 2012).

Dentro do PE, os DE tornam-se uma ferramenta ímpar, uma vez que favorecem a tomada de decisão pelo enfermeiro a partir de um julgamento clínico baseado no conhecimento científico, auxiliado pela experiência, percepção e

intuição na busca por elaborar julgamentos baseados em evidências (DEL ANGELO, 2010). Desta forma, o planejamento e a implementação das intervenções de enfermagem tenderão ao alcance dos resultados esperados para a propedêutica que melhor atenderá as necessidades humanas básicas daquele paciente, a partir de um atendimento sistematizado.

O PE é entendido como um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional da enfermagem e a documentação da prática profissional, aumentando a visibilidade e o reconhecimento (SANTOS; RAMOS, 2012).

No que diz respeito ao processo de trabalho do enfermeiro, a utilização do PE promove um atendimento diferenciado, uma vez que permite promover um cuidado individualizado de acordo com as necessidades de cada paciente, assegurando ao enfermeiro habilidades e autonomia para executar as ações, a fim de subsidiar resultados positivos para a equipe (SANTOS; LACERDA; OLIVEIRA, 2015). Além disso, o uso do PE implica na utilização do raciocínio clínico, pois permite identificar de que forma esses diagnósticos se apresentam como instrumento qualificador da assistência (NOBREGA, 2011).

Com o objetivo de proporcionar uma melhor compreensão, entendimento e discussão dos resultados obtidos nesta pesquisa, a discussão será dividida nos seguintes tópicos: diagnósticos e prescrições de enfermagem para os neonatos; diagnósticos e prescrições de enfermagem para as gestantes/puérperas.

6.1. Títulos de diagnósticos e prescrições de enfermagem para os neonatos

Ao nascerem, os neonatos passam por um processo de adaptação fisiológica, de forma a assumirem gradativamente o controle de suas funções vitais (INÁCIO *et al*, 2010; SILVA, 2018). Desta forma, conhecer os principais problemas e diagnóstico de enfermagem, frente às necessidades humanas básicas destes indivíduos, torna-se imprescindível para o planejamento, implementação e avaliação das intervenções de enfermagem.

Em relação aos diagnósticos de enfermagem identificados para os neonatos constatou-se os mais relevantes: amamentação ineficaz, amamentação interrompida, deglutição prejudicada, icterícia neonatal, integridade tissular prejudicada, nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais, sono prejudicado, risco de comportamento desorganizado do lactente, risco de

glicemia instável, risco de hipotermia, risco de infecção, risco de lesão de córnea, risco de olho seco, e risco de volume de líquidos deficiente. De acordo com o estudo realizado em uma maternidade no interior de São Paulo, identificou-se que os principais diagnósticos de enfermagem foram: Privação do sono, risco de infecção, dor, risco de integridade da pele prejudicada, atraso no crescimento e no desenvolvimento, risco de aspiração, amamentação interrompida, termorregulação ineficaz (DEL'ANGELO, 2010). Portanto, percebe-se que para os neonatos são importantes diagnósticos associados ao período de adaptação à vida extra-uterina relativos à atividade/repouso, segurança/proteção, nutrição, eliminação, pele/tecido, resposta neurológica (NANDA I, 2015).

Dentre os diagnósticos de enfermagem identificados nesse estudo, os relacionados à amamentação foram relevantes, conforme resultados de estudo realizado em alojamento conjunto de uma maternidade em 2018 (COSTA, *et. al*, 2018). Sabe-se que o aleitamento materno é um ato universal e natural da mulher e propicia muitos benefícios à saúde do neonato e da mãe, devendo ser estimulado e recomendado pelos profissionais de toda a equipe de saúde durante o período de internação na maternidade.

O diagnóstico de Amamentação ineficaz é definido pela NANDA-I como “a insatisfação ou dificuldade que a mãe, bebê ou criança experimenta com o processo de amamentação” (NANDA-I, 2015). A atuação do enfermeiro na amamentação com orientações e ações precisas pode aumentar a qualidade da assistência e da adesão da puérpera no processo de aleitamento.

Os neonatos estão mais susceptíveis a infecção devido à transição do meio estéril (útero) para o ambiente contaminado. Além disso, os prematuros possuem fragilidade biológica, em especial do sistema imunológico e são constantemente submetidos a procedimentos de alta complexidade durante o período de internação (DEL' ANGELO, 2010). Neste sentido o DE Risco de infecção é sempre apropriado, conforme resultado obtido no presente estudo.

O padrão de Sono Prejudicado está diretamente associado a situações que envolvem superestimulação ambiental, presença de ruídos, iluminação contínua, manipulação excessiva, exposição a procedimentos dolorosos e interrupções repetidas dos ciclos de sono (DEL'ANGELO, 2010). Sabe-se que a privação do sono leva o neonato a um Risco de comportamento desorganizado do lactente, o

que pode gerar a ele alterações no sistema fisiológico incluindo arritmias cardíacas, dessaturação de oxigênio e intolerâncias alimentares.

No alojamento conjunto e unidades de cuidados intensivos neonatal é comum que seja formulado o DE icterícia neonatal. Este é definido como: coloração amarelo-alaranjada da pele e das mucosas após 24 horas de vida como resultado da bilirrubina não conjugada na circulação. Para o tratamento da icterícia é aconselhável o uso da fototerapia a fim de evitar complicações como a síndrome de kernicterus, que se caracteriza por lesão no tecido nervoso face o aumento da bilirrubina indireta (NANDA-I, 2015).

Ao enfermeiro e sua equipe cabe a execução dos cuidados com o portador de icterícia e em uso de fototerapia, como: orientar a família sobre os procedimentos e os cuidados de fototerapia; colocar as luzes de fototerapia, na altura adequada; aplicar óculos para evitar contato direto com a luz; retirar os óculos apenas na hora da amamentação; observar sinais de desidratação (fontanelas deprimidas, turgescência da pele diminuído, perda de peso); Pesar o bebê diariamente e encorajar a família a participar da fototerapia para a prevenção do aparecimento de outros problemas como lesão de córnea, risco de olho seco e risco de hipotermia (BULECHEK *et. al*, 2016; BARICHELLO, 2010).

Neste estudo foi possível verificar que 100% dos diagnósticos identificados nos neonatos são relativos às suas necessidades psicobiológicas, relacionados à oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, atividade física, mecânica corporal, motilidade e locomoção, integridade física e cutâneo mucoso, regulação térmica, regulação vascular, crescimento celular, regulação imunológica, percepção dos órgãos dos sentidos. Tal fato pode estar relacionado ao período pelo qual passam os neonatos, pois o nascimento é considerado uma fase crítica, denominada de período de transição devido a sua imaturidade fisiológica e adaptações orgânicas (DEL' ANGELO, 2010; FERNANDES &KIMURA, 2005). Estudo realizado em 2008 com o objetivo de sistematizar a assistência prestada ao binômio mãe-lactente fundamentada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, no estado da Paraíba, obteve como resultado para o neonato a prevalência de diagnósticos e intervenções voltados as necessidades psicobiológicas de nutrição como sucção e deglutição prejudicados,

corroborando com os achados do estudo (ALBURQUEQUE; NOBRÉGA; FONTES, 2008).

Considera-se que as necessidades humanas básicas de um neonato em internamento são prioritariamente de ordem psicobiológica e, neste sentido, Horta (1979) ressalta que as necessidades humanas são interrelacionadas e fazem parte de um todo indivisível do ser humano de tal forma que, quando uma se manifesta todas as outras sofrem algum grau de alteração. Assim, as prioridades para a assistência de enfermagem ao neonato têm de ser ajustadas sistematicamente em um plano de prescrições adequadas às suas demandas fisiológicas.

Dessa forma, as prescrições de enfermagem são estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover, manter e restaurar o estado de saúde psicobiológico do neonato para favorecer a saúde e solucionar as respostas humanas alteradas (NÓBREGA; NÓBREGA; SILVA, 2011).

Na presente pesquisa a maior parte das prescrições de enfermagem (46%) pertencem ao domínio Fisiológico Complexo da NIC definido como cuidados que dão suporte a regulação homeostática, relacionados ao controle eletrólito e ácido básico, controle neurológico, controle respiratório, controle de pele/feridas, termorregulação, controle da perfusão tissular.(BULECHEK et. al, 2016). Constata-se, portanto, que a assistência neonatal deve priorizar cuidados de enfermagem que atendam às necessidades fisiológicas, principalmente por ser estes vulneráveis a infecções e patologias, devido a adaptação ao novo meio, por terem o sistema imunológico ainda em formação e adaptação (LIMA, 2012; KLIENGMAN, 2004) .

Além do domínio fisiológico complexo, o domínio família esteve presente na pesquisa nas classes: cuidados no nascimento dos filhos, cuidados na educação dos filhos. Os neonatos são totalmente vulneráveis e dependentes de cuidados logo após seu nascimento, para um desenvolvimento saudável e harmonioso (GOMES, et. al, 2015). Estudo realizado em um centro obstétrico de um hospital publico de Santa Catarina, com o objetivo de conhecer as divergências relacionadas aos cuidados prestados aos recém-nascidos, demonstrou que a compreensão dos cuidados com o recém-nascido esta centrado no ser humano, assim revelando a importância da inserção na família na

participação dos cuidados e intervenções prestadas aos neonatos (MULLER, ZAMPIERE, 2014).

Portanto, cabe ao enfermeiro especialista em neonatologia conhecer e considerar na sua prática as principais intercorrências neonatais, reduzir a morbimortalidade neonatal e as complicações inerentes ao processo de nascimento, a partir do pensamento crítico, raciocínio clínico e baseado em evidências fortes para o estabelecimento tanto dos diagnósticos de enfermagem como das intervenções de enfermagem essenciais à assistência neonatal, sistematizando o seu cuidado.

6.2. Diagnósticos e prescrições de enfermagem para as gestantes/puérperas

No período da gestação e puerpério a mulher passa por inúmeras transformações que perpassam as esferas biológicas, psicológicas e sociais (VIEIRA *et al*, 2011). Estas transformações, embora comuns nesta fase da vida, precisam ser enfrentadas com o apoio de profissionais capacitados, uma vez que tais alterações podem causar problemas nessas esferas fisiológicas e sociais. Dessa forma, identificar as possíveis complicações/problemas de enfermagem torna-se relevante ao passo que podem favorecer a mulher um melhor cuidado oferecido.

Para as gestantes/puérperas os diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram: amamentação ineficaz, dor aguda, insônia, integridade da pele prejudicada, náusea, padrão de sono prejudicado, proteção ineficaz, risco de infecção, risco de integridade da pele prejudicada, risco de lesão, ansiedade, processo de criação dos filhos ineficaz. Estudo realizado em uma maternidade na cidade de João Pessoa, cujo objetivo foi desenvolver afirmativas de diagnósticos de enfermagem para parturientes e puérperas utilizando o modelo dos setes eixos da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem também evidenciou a necessidade de tais diagnósticos, conforme encontrado na presente investigação (SILVA, NÓBREGA, MACEDO, 2012). Assim, pode-se dizer que aspectos relacionados à amamentação, cuidados com a pele, disfunções do sono, ansiedade são fundamentais para subsidiar uma assistência adequada a esta população.

Estudo realizado com puérperas evidenciou a presença do DE Amamentação ineficaz em 26,6% das entrevistadas (VIEIRA *et al*, 2010). Nesse estudo os principais fatores de risco para a população foram a falta de conhecimento sobre amamentação e fatores culturais, o quais ocasionaram comportamentos inapropriados (VIEIRA *et al*, 2010). Portanto, cabe a enfermagem garantir intervenções como escuta qualificada, informações adequadas e educação em saúde sobre cuidados com as mamas e cuidados na amamentação, a fim de garantir a possibilidade de uma amamentação adequada.

Segundo o Ministério da Saúde, o aleitamento materno é um ato universal e natural da mulher e propicia benefícios imensuráveis ao recém-nascido e a mãe, sendo assim deve ser estimulado e recomendado as mulheres, quando indicado. O sucesso em uma amamentação adequada depende de uma interação entre mãe-filho, família, profissional e sociedade, sendo importante que todos estejam preparados para dar apoio/suporte à mãe e ao RN no manejo da lactação/amamentação (BRASIL, 2011).

O DE dor aguda é definido como “Experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão, de início súbito ou lento e intensidade leve a intensa” (NANDA, 2015). Para as gestantes/puérperas a percepção dolorosa durante o trabalho de parto e também puérperio, está diretamente interligada a estes períodos, devido fatores fisiológicos como a dilatação do colo uterino e contração, bem como a presença de laceração no trabalho de parto, episiotomia, e a própria ferida operatória (cesariana) (SILVA; NOBREGA; MACEDO, 2012). Ao enfermeiro cabe a promoção e a facilitação de um parto saudável, fisiológico e sem intervenções desnecessárias, promovendo ambiente calmo além de oferecer técnicas de alívio da dor, com exercício respiratório, deambulação e mudança de posição, massagem, hidroterapia, a qual também deve ser oferecida no período do puérperio (STRAPASSON & NEDEL, 2010; MAFETONI, SHIMO, 2014).

Segundo estudo de Silva; Nóbrega e Macedo, (2012), o DE integridade da pele prejudicada é um dos fenômenos mais comuns entre as puérperas, tendo como principais características definidoras: posição incorreta na amamentação, incisões cirúrgicas no parto normal e cesáreo e presença de acesso venoso periférico. Nas gestantes/puérperas alguns rompimentos de pele são inerentes aos tratamentos propostos, porém outros podem ser evitados, como por exemplo,

aqueles relacionados a posição incorreta na amamentação, nesse sentido cabe ao enfermeiro auxiliar no manejo e prevenção destes fatores com educação em saúde, assim traçando um plano de cuidados que estimulem a amamentação correta.

O sono e repouso é uma necessidade que o organismo tem de manter, durante um período do dia, a suspensão natural, periódica e relativa de consciência (SILVA; NOBREGA; MACEDO, 2012). Nas gestantes/puérperas, o fator que mais contribui para a alteração no padrão de sono é a necessidade de acordar várias vezes para cuidar da criança e a adaptação do próprio organismo para tal período. Sendo assim, cabe a enfermagem promover ambiente calmo e tranquilo que favoreça o descanso, ensinar técnicas de relaxamento, além de oferecer orientações para melhor adaptação durante esse período e possibilitar como sonecas durante o dia enquanto o bebê dorme (BULECHEK, *et. al.* 2016).

Segundo a NANDA-I (2015), o DE náusea é definido como “Fenômeno subjetivo de uma sensação desagradável na parte de trás da garganta e do estômago, que pode ou não resultar em vômito”. Tal DE é comum nas gestantes/puérperas no âmbito da maternidade, por passarem por um período de adaptação hormonal, por ficarem de jejum por longos períodos, além dos efeitos de anestésicos. Cabe a enfermagem oferecer alimentos de fácil digestão, oferecer cubos de gelo, e administração de medicações eméticas, quando necessárias (BULECHEK, *et. al.*, 2016).

O risco de lesão é definido como: vulnerabilidade à lesão física por condições ambientais que interagem com os recursos adaptativos e defensivos do indivíduo, que pode comprometer a saúde (NANDA-I, 2015). No estudo as gestantes/puérperas são vulneráveis ao aparecimento de lesões principalmente nas mamas, por apresentarem fatores de riscos como o ingurgitamento mamário e pega incorreta das mamas pelos neonatos durante a amamentação. Um estudo realizado em 2010 em Porto Alegre, cujo objetivo foi conhecer os significados da maternidade frente às necessidades das puérperas no alojamento conjunto demonstrou que dentre todas as dificuldades encontradas pelas mulheres no puerpério, as principais tinham relação à amamentação envolvendo questões sociais, culturais e estéticas (STRAPASSON E NEDEL, 2010).. Portanto, cabe ao enfermeiro atuar como facilitador e educador, a fim de esclarecer a importância do aleitamento materno para reduzir as dificuldades desse processo, Oferecer

oportunidade precoce de contato mamãe/ bebê para amamentar até duas horas após o nascimento, monitorar a integridade da pele dos bicos, aplicar bolsas de gelo 4x ao dia na região axilar as mamas por 20 minutos (BULECHEK, *et. al*, 2016).

A parturição pode desencadear sentimentos de medo e angústia relacionada à falta de conhecimento da maternidade. Em um estudo, cujo objetivo foi desenvolver afirmativas de diagnósticos de enfermagem para parturientes e puérperas, utilizando o modelo dos setes eixos da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem a ansiedade estava diretamente relacionada à “falta de experiência na maternidade”, principalmente nas primigestas e por separação do sistema de apoio em situação potencialmente estressante. Corroborando com o achado na presente pesquisa o DE Ansiedade caracteriza o público da maternidade (SILVA; NOBREGA; MACEDO, 2012; VIEIRA *et al*, 2010).

Apesar do papel materno já ser um fato esperado culturalmente pela mulher, a gestante/puérpera ao perceber a nova situação, pode se sentir incapaz de enfrentar a dificuldade de transição do papel de mãe, ocasionando o DE processo de criação de filhos ineficaz que segundo a NANDA-I é definido como: “Processo de gestação, nascimento e cuidados do recém-nascido que não combinam com o contexto ambiental, as normas e as expectativas” (NANDA-I, 2015; SILVA, MARQUES, 2012). Dessa forma, cuidados de enfermagem que envolvam encorajar a mãe do recém-nascido a verbalizar sentimento e preocupações, orientar a puérpera sobre cuidados com o recém-nascido, auxiliar aos pais a planejar os cuidados ao bebê durante estado de alerta, orientar a importância do vínculo mãe e filho podem contribuir para a segurança destas mulheres.

Diferentemente do que foi observado nos neonatos, em relação aos diagnósticos apresentados às gestantes/puérperas apenas 66,7% destes correspondem às necessidades psicobiológicas, sendo os demais eram relativos às necessidades psicossociais (33,3%). Corroborando com a presente pesquisa o estudo de Silva, Nóbrega e Macedo em 2012 mapearam os DE as NHB e dentre os 68 DE, 51 foram mapeados a Necessidades psicobiológicas. O fato ocorre uma vez que o organismo da mulher sofre alterações orgânicas desencadeadas pelo ciclo gravídico puerperal, além disso, na parturição e puérperio, a involução

das alterações psicobiológicas são prioritárias na assistência de enfermagem. Além de alterações no âmbito fisiológico a mulher no período gravídico e puerperal sofre alterações e adaptações hormonais que ocasionam repercussões psicossociais que merecem também o olhar da enfermagem, a fim tornar a gestante/puérpera protagonista no cuidado.

As intervenções de enfermagem fazem parte do plano assistencial, traçado com o objetivo de eliminar ou reduzir um diagnóstico de enfermagem, buscando alcançar a meta ou resultado preestabelecido (NÓBREGA; NÓBREGA; SILVA, 2012).

No estudo a maioria das intervenções estão mapeadas ao domínio fisiológico complexo da NIC, relacionados ao controle eletrolítico e ácido-básico, controle de medicamentos, controle neurológico, controle de pele/ferida, termorregulação, controle da perfusão tissular, demonstrando assim que no período de gestação e puerpério o corpo da mulher por sofrer alterações orgânicas e fisiológicas, após o parto o foco da assistência é para a involução dessas alterações (SILVA; NÓBREGA; MACEDO, 2012) sendo assim, o domínio fisiológico complexo possui como objetivo prestar cuidados que dão suporte à regulação homeostática e cuidados que garantam suporte ao funcionamento físico, e minimizar (BULECHEK et. al, 2016).

Portanto, no que tange ao cuidado oferecido às gestantes/puérperas, cabe ao enfermeiro ter autonomia em atuar no decorrer da gestação e puerpério, conhecer na sua prática as principais alterações que ocorrem no período gravídico e puerperal, ser fonte de apoio direto ao autocuidado e auxílio aos cuidados que demandem maior complexidade, além de identificarem e planejarem o plano de cuidados com diagnósticos e prescrições de enfermagem. (VIEIRA et al, 2011).

7.CONCLUSÃO

Este estudo permitiu identificar e construir um banco de diagnósticos e as prescrições de enfermagem para a clientela de uma maternidade. Além disso, também foi possível mapear os diagnósticos à teoria das NHB e as ações de enfermagem propostas pela NIC. O processo de validação obteve índice maior que 90% para todos os diagnósticos e prescrições de enfermagem que compuseram o banco entre os enfermeiros da unidade que efetivamente participaram do estudo.

Foram analisados 328 formulários com problemas de enfermagem identificados pelos 28 enfermeiros nos pacientes. Após exclusão das repetições e normalização de conteúdo chegou-se a 47 problemas de enfermagem para os neonatos e 59 para as gestantes/puérperas, A partir dos problemas de enfermagem formulou-se 42 títulos de diagnósticos de enfermagem para neonatos e 57 para gestantes/puérperas. Os títulos de diagnósticos de enfermagem para os neonatos foram mapeados às Necessidades Humanas Básicas. Obteve-se 100% referentes às necessidades psicobiológicas (19% relacionadas à integridade física e cutâneo mucosa; 14,3% à regulação vascular). Para as gestantes/puérperas, 66,7% dos títulos de diagnósticos referiam-se às necessidades psicobiológicas (14% relacionadas à necessidade de integridade física e cutâneo mucosa) e 33,3% às necessidades psicossociais (12,3% de necessidades de amor, afeto e atenção). Foram identificadas para os diagnósticos referentes aos neonatos 284 prescrições de enfermagem, com média de 6,8 prescrições por título de diagnóstico, sendo elas mapeadas a 44 intervenções da Nursing Interventions Classification (NIC). Para as gestantes/puérperas foram identificadas 404 prescrições de enfermagem para os títulos de diagnósticos, com média de 7,1 prescrições por título de diagnóstico. Estas foram mapeadas a 61 intervenções NIC. Assim, o banco a ser inserido no sistema informatizado do hospital foi composto por 42 diagnósticos de enfermagem e 284 prescrições de enfermagem para os neonatos e 57 diagnósticos de enfermagem e 404 prescrições de enfermagem para as gestantes/puérperas.

O presente estudo demonstrou como o uso de linguagem padronizada pela enfermagem através da utilização de classificações de diagnósticos e

intervenções de enfermagem pode colaborar com a prática assistencial da profissão, permitindo documentar problemas identificados nos pacientes e tratamentos de enfermagem prescritos. Aqueles englobando necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais de interesse da enfermagem que possam favorecer um plano de cuidados adequados e sistematizado por meio de prescrições de enfermagem apropriadas e relevantes a assistência de enfermagem naquele contexto.

Implementar o pensamento crítico e o raciocínio clínico são competências valiosas para a identificação dos problemas de enfermagem, formulação de diagnósticos de enfermagem e seleção de prescrições pertinentes para cada paciente individualmente, o que pode favorecer e agilizar a recuperação clínica e alta do paciente especialmente pela prevenção de agravos.

Foi possível identificar que alguns dos problemas de enfermagem estão diretamente correlacionados a outros, bem como que um único problema pode estar associado a vários DE. Desta forma, o planejamento de ações deve levar em consideração estes pontos relevantes de forma a elaborar adequadamente o plano de cuidados.

Diante do exposto, vale ressaltar que é de grande relevância que cada unidade possua um banco de diagnósticos e intervenções de enfermagem para possíveis complicações de seus pacientes. Desta forma, a unidade poderá padronizar a linguagem no que diz respeito à atenção oferecida a seus usuários.

Uma limitação para a realização deste estudo foi a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros o que dificultou, por vezes, a coleta dos problemas de enfermagem identificados por eles nos pacientes. Alguns deles trabalham no período noturno no atendimento a uma grande demanda de cuidados além da execução de atividades administrativas que se acumulam naquele período de trabalho e os afastam da assistência direta às gestantes/puérperas e neonatos. Espera-se que a partir da utilização do sistema informatizado, incluindo prontuário eletrônico e o banco de diagnósticos e prescrições de enfermagem, possa-se alcançar uma documentação mais efetiva do cuidado revelando indicadores de melhoria na qualidade da assistência prestada a essa clientela.

O banco informatizado pode ainda contribuir na melhor organização e planejamento do cuidado, favorecer uma melhor distribuição da carga de trabalho dos profissionais de enfermagem e dar visibilidade à prática assistencial de

enfermagem na unidade. Espera-se também fomentar novas projeções para investigação sobre a temática em outras maternidades com o intuito de contribuir para a documentação da prática profissional no cenário da atenção obstétrica/neonatal.

REFERENCIAS

ALBURQUEQUE, C.C; NÓBREGA, M.M.L; FONTES, W. D. **Sistematização da assistência de enfermagem a um binômio mãe - lactentes utilizando a teoria das necessidades humanas básicas e a cipe© versão 1.0.** Revista Ciência Cuidado e Saúde. V.7, n. 3, p. 392-398, Maringá, 2008.

ANDRADE RD, SANTOS JS, MAIA MAC, MELLO DF. **Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança.** Esc Anna Nery Rev Enferm v. 19, n 1, p. 181-186, 2015.

AYRES JRCM.**Cuidado e reconstrução das práticas de saúde.** Interface; v.8, nº14, p. 73-92, 2003.

BARICHELO E; TEIXEIRA A.B.J; GOMES S.N. **Cuidados ao recém nascido em fototerapia: o conhecimento da equipe de enfermagem.** Revista eletrônica de enfermagem, v. 12, n. 2, p. 342-347, Minas Gerais, 2010.

BENEDET, S.A; BUB, M.B.C. **Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA.** Florianópolis: Bernúncia, 2. ed. rev. e ampl. 2001. 209 p.

BEYERS, M.; DUDAS, S. Enfermagem médico-cirúrgica: tratado de prática clínica. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989. 4v. apud BENEDET, S.A; BUB, M.B.C. **Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA.** Florianópolis: Bernúncia, 2. ed. rev. e ampl. 2001. 209 p.

BULECHEK,G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J.; WAGNER,C.M.**Nic - classificação Das Intervenções de Enfermagem.** 6ª edição. São Paulo,Elsevier, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução nº 466,12.** Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

CARVALHO EC, OLIVEIRA-KUMAKURA ARS, MORAIS SCR.V. **Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação.** RevBrasEnferm [Internet]. 2017 mai-jun;70(3):690-6.

CASSIANO, A. C. M; CARLUCCI, E. M. S.; GOMES, C. F.; BENNEMANN, R. M. **Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde.** Revista do Serviço Público Brasília, v. 65, n 2, p. 227-244, 2014.

CERULLO, J.A.S.B.; CRUZ, D.A.L.M. **Raciocínio clínico e pensamento crítico.** Revista Latinoamericana de Enfermagem. [S.l.], v.18, n.1, 2010.

COLUCI, M. Z. O. ALEXANDRE, N. M.C. **Construção de instrumentos de medida na área da saúde.** Revista *Ciência e saúde coletiva*. vol.20, n.3, p.925-936, 2015.

COSTA EFG, ALVES VH, SOUZA RMP. **Atuação do enfermeiro no manejo clínico da amamentação: estratégias para o aleitamento materno.** Revista Fund. Care Online. vol.10, n.1,p.217-223, 2018

CHIANCA, T. C. M; BULECHECK, G. M; MCCLOSKEY, J. C. **Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) - Avaliação e Atualização.**Nursing (São Paulo), São Paulo, v. 6, n. 67, p. 34-40, dez. 2002.

CHIANCA, T.C.M. **A pesquisa em enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática.** In: TANNURE, M.C; GONÇALVES, A.M.P. Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 168 p.

CHIANCA, T. C. M; SALGADO P. O.;ALBUQUERQUE J. P.; CAMPOSC.C; MEIRE CHUCRE TANNURE^V; ERCOLE, F. F. **Mapping nursing goals of an Intensive Care Unit to the Nursing Outcomes Classification.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, vol.20, n.5 p.854-862, 2012.

COENEN, A; RYAN, P; SUTTON, J. **Mapping nursing interventions from a hospital information system to the nursing interventions classification (NIC).**Nurs. Diagn., v. 8, n. 4, p. 145-151, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Resolução COFEN nº358/2009, de 15 de outubro de 2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: COFEN, 2009.

DEL'ANGELO N, GÓES FSN, DALRI MCB, LEITE AM, FURTADO MCC, CARMEN SCOCHI GS. **Diagnósticos de enfermagem de prematuros sob cuidados intermediários.** Revista Brasileira Enfermagem, Brasília, v. 63 nº5, p. 755- 761, out. 2010.

DONABEDIAN, A.**An introduction to quality assurance in health care.** Oxford: Oxford University Press, 1990.

FEHRING, R.J. **Validation diagnostic labels: standardized methodology.** In: Huley, ME. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the Sixth Conference. St. Louis: Mosby Co., 1986, p.183-190.

FEHRING, R.J. **Methods to validate nursing diagnoses.**Heart & Lung, v. 16, n. 6, p. 625-29, 1987.

FURUYA R.K; NAKAMURA, F.R.Y; GASTALDI,A.B; ROSSI, L.A. **Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão**

integrativa de literatura. Revista Gaúcha Enfermagem (Online). Porto Alegre, vol.32, n 1, março 2011.

GARCIA, T. R; NÓBREGA, M. M. L. **Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar.** In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 7, 2004. Belo Horizonte, MG. Anais. Belo Horizonte: ABEn, 2004, p. 31-44.

GARCIA, T. R; NÓBREGA, M. M. L. **Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa.** Esc. Anna Nery Rev. Enferm., Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 188-193, mar. 2009.

GARCIA, TR, CARVALHO, EC, DALRI, MCB. **Sistematização da Prática de Enfermagem: uma dimensão do trabalho gerencial do enfermeiro.** PROENF Gestão, v.2,n.1 p. 9-24, 2012.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Fundamentos de Guyton: tratado de fisiologia médica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 810p. apud BENEDET, S.A; BUB, M.B.C. Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. Florianópolis: Bernúncia, 2. ed. rev. e ampl. 2001. 209 p.

HERMIDA PMV. **Desvelando a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.** Rev. bras. enferm. [online]. 2007, vol.57, n.6, pp. 733-737. ISSN 0034-7167.

HORTA, WA. **Processo de enfermagem.** São Paulo: EPU - Editora da Universidade de São Paulo, 1979. 99 p.

Kletemberg, DF, Siqueira MD, Mantovani MF. **Uma história do processo de enfermagem nas publicações da revista brasileira de enfermagem no período 1960-1986.** Esc Anna Nery R Enferm 2006 dez; 10 (3): 478 – 86.

LEOPARDI, MT. **Teoria e Método em Assistência de Enfermagem.** Florianopolis. Editora Soldadoft, 2006. 396p.

LUCENA, A.F. **Mapeamento dos diagnósticos e intervenções de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva.** 2006.210 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, São Paulo, 2006.

LUCENA, A.F; BARROS, A.L.B.L. **Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem.** Acta paulista enfermagem, SãoPaulo,v.18, n.1, p. 82-88, mar. 2005.

LUNNEY, M. **Aplicação do processo de enfermagem: estudo de casos e análises.** Porto Alegre; Artemed, 2005.

MAFETONI, R.R. SHIMO, A. K.K. **Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa.** Revista Mineira de Enfermagem. V.18, n.2, p. 505-512. Belo Horizonte, 2014.

- MARQUES, DKA, SOUZA, G.L.L, SILVA, A.F, NÓBREGA, M.M. L. **Conjunto Internacional de Dados Mínimos de Enfermagem: estudo comparativo com instrumentos de uma clínica pediátrica.**Revista Brasileira de Enfermagem. V.67, n4, p.588-593, 2014.
- MOORHEAD, S; DELANEY, C. **Mapping nursing intervention data into the nursing interventions classification (NIC): process and rules.**Nurs. Diagn., v. 8, n. 4, p. 137-144, 1997.
- MOORHEAD,S.; JOHNSON,M.; MERIDEAN ML.; SWANSON, E.**Noc - Classificação Dos Resultados de Enfermagem.** São Paulo: Elsevier, 2016.
- MULLER, E. B. ZAMPIERI, M.F.M. **Divergências em relação aos cuidados com o recém-nascido no centro obstétrico.** Escola Ana Nery Revista de Enfermagem. V.18, n.2, p.247-256, Rio de Janeiro, 2013.
- NETO, R.G.X;LEITE, J.L; FULL, P.S.C; CUNHA, I.C.K; CLEMENTE, A.S; SOCOR, M; DIAS,M.S.A , PONTES, M.A.C. **Qualidade da atenção ao pré-natal na Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará.** Revista Brasileira Enfermagem, v. 61,n.5,p. 595-602, 2008.
- NÓBREGA, M.M.L; SILVA, K.L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem.** Belo Horizonte: ABEn, 2. ed., 2008/2009. 232p.
- NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017.** Porto Alegre: Artmed; 2017. 496 p.
- PIRES D; **A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 62, nº5, p. 739-744, 2009.
- POLIT, D. F; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** Porto Alegre: Artes Medicas, 4. ed., 2011. 393p.
- PRIGOL, A.P; BARUFFI,L.M.**O papel do enfermeiro no cuidado a puérpera.** Revista Enfermagem UFSM, v.7, n.1, p. 1-8, 2017.
- QUEIROZ, B.F.B,;GARANHANI ML. **Construindo significados do cuidado de enfermagem no processo de formação: uma pesquisa fenomenológica.** Ciência Cuidado Saúde, vol. 11, nº4, p.775-783, 2012.
- SALGADO, PO; CHIANCA, TCM. **Identification and mapping of the nursing diagnoses and actions in an Intensive Care Unit.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, p. 928-935, 2011.
- SANTOS, E., LACERDA, A., OLIVEIRA JÚNIOR, A. **Sistematização da assistência de enfermagem no alojamento conjunto: dificuldades e benefícios.** Revista de enfermagem UFPEv. 9, n. 2, p.592-600, jan. 2015
- STRAPASSON, M.R.; NEDEL, M.N.B. **Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade.** Revista Gaúcha Enfermagem, v. 31, n. 3, p. 521-528, 2010.

SILVA, R.M; FARIAS, M.C.A.D; SOUSA, A.K.A; ABREU, R.M.S.X; SILVA R.A. **Atuação da enfermagem em alojamento conjunto: percepção de puérperas.** REBES, v. 5, n. 3, p. 35-44, jul. 2014.

SILVA A. F, NÓBREGA, M.M.L, MACEDO, W.C.M. Diagnósticos/resultados de enfermagem para parturientes e puérperas utilizando a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2012 abr/jun;14(2):267-76

TANNURE, M.C; GONÇALVES, A.M.P. **Sistematização da Assistência de Enfermagem:** Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 168 p.

TANNURE, M.C; SALGADO, PO; CHIANCA, TCM. **Mapeamento cruzado: títulos diagnósticos formulados segundo a CIPE® versus diagnósticos da NANDA Internacional.** Rev. bras. enferm., Brasília , v. 67, n. 6, p. 972-978, 2014 .

Apêndice B- Termo de consentimento livre e esclarecido-paciente e familiar.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com o item IV da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa envolvendo seres humanos)

Título do Estudo: Construção de banco de dados com diagnósticos e intervenções de enfermagem em um hospital de ensino de Belo Horizonte

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____ .

Prezado paciente e/ou familiar,

A assistência de enfermagem prestada a um paciente é composta por um plano de cuidados que abrange as etapas do Processo de Enfermagem (PE), definido como um instrumento tecnológico utilizado para favorecer o cuidado, para organizar as condições necessárias à realização do cuidado e para registrar a prática profissional de enfermagem. Dentre as etapas do PE estão a formulação de diagnósticos de enfermagem e a proposta de intervenções específicas para cada indivíduo. Percebe-se que as atividades atualmente realizadas pelo enfermeiro necessitam de melhora e implementação de diagnósticos de enfermagem e prescrição de intervenções de enfermagem, o que irá individualizar e melhorar o cuidado prestado a cada paciente internado, evidenciando a necessidade de estudo para mapear os diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem aos aspectos clínicos do paciente e problemas de enfermagem.

OBJETIVOS DO ESTUDO: Essa pesquisa tem como objetivos mapear intervenções de enfermagem a diagnósticos de enfermagem e estes a problemas de enfermagem, e analisar a concordância do mapeamento, a fim de construir um banco de dados a ser integrado ao prontuário eletrônico do paciente.

PROCEDIMENTOS: Ao concordar em participar do estudo, eu _____ serei alocado para o estudo e permito que os problemas de enfermagem possam ser identificados baseados em minhas condições

clínicas, psicossociais e unidade hospitalar em que me encontro. O levantamento será realizado através de visitas aos leitos e coleta de dados do prontuário.

CONFIABILIDADE: A informação obtida é considerada CONFIDENCIAL e minha identificação será tratada como informação sigilosa.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Não há desconfortos e riscos para o sujeito em estudo e benefícios serão a prática das funções legais do enfermeiro que levarão a melhora da assistência de enfermagem prestada ao paciente. O participante tem direito a recusa em participar do estudo e isto não implica em prejuízo ou penalização.

DÚVIDAS: Em caso de dúvida, poderei entrar em contato com Tânia Couto Machado Chianca, coordenadora deste projeto, na Escola de Enfermagem da UFMG, na Avenida Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia - Belo Horizonte/MG. Telefone: (31)3409-9887 ou junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, Avenida Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, sala 2005. Telefone: (31) 3409-4592.

CONSENTIMENTO: Estou ciente de que minha participação é voluntária e que poderei recusar ou abandonar o estudo sem qualquer prejuízo pessoal ou profissional. Todas as informações prestadas por mim serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima. Eu li este formulário e recebi as instruções necessárias.

Agradecemos sua colaboração e solicitamos a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

Assinatura paciente e/ou familiar

Dra. Tânia Couto Machado Chianca

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, Avenida Antônio Carlos, 6627,

Unidade Administrativa II, sala 2005. Telefone: (31) 3409-4592.

Apêndice C- Termo de consentimento livre e esclarecido- Enfermeiro

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com o item IV da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa envolvendo seres humanos).

Título do Estudo: Construção de banco de dados com diagnósticos e intervenções de enfermagem em um hospital de ensino de Belo Horizonte

Belo Horizonte, _____ de
_____ de _____ .

Prezado enfermeiro (a),

A assistência de enfermagem prestada a um paciente é composta por um plano de cuidados que abrange as etapas do Processo de Enfermagem (PE), definido como um instrumento tecnológico utilizado para favorecer o cuidado, para organizar as condições necessárias à realização do cuidado e para registrar a prática profissional de enfermagem. Dentre as etapas do PE estão a formulação de diagnósticos de enfermagem e a proposta de intervenções específicas para o indivíduo. A resolução COFEN nº 358/2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem e determina que o PE deve ser realizado em todos os ambientes em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, cabendo privativamente ao enfermeiro o diagnóstico de enfermagem bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas. Percebe-se que as atividades atualmente realizadas pelo enfermeiro não abrangem os diagnósticos de enfermagem e/ou prescrição de intervenções de enfermagem, evidenciando a necessidade de estudo para mapear os diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem aos aspectos clínicos do paciente e problemas de enfermagem identificados pelo enfermeiro.

OBJETIVOS DO ESTUDO: Essa pesquisa tem como objetivos mapear intervenções de enfermagem aos diagnósticos de enfermagem e estes a problemas de enfermagem, e analisar a concordância com o mapeamento realizado, a fim de construir um banco de dados a ser integrado ao prontuário eletrônico do paciente.

PROCEDIMENTOS: Ao concordar em participar do estudo, eu _____serei alocado para a amostra do estudo com o objetivo de avaliar, através de concordância, o mapeamento entre diagnósticos e intervenções enfermagem realizado previamente. A concordância será realizada através de preenchimento de instrumento elaborado e o qualquer gasto é de responsabilidade dos pesquisadores.

CONFIABILIDADE: A informação obtida é considerada **CONFIDENCIAL** e minha identificação será tratada como informação sigilosa.

RISCOS E BENEFÍCIOS: Os riscos desta pesquisa são mínimos, e estão relacionados a risco de constrangimento por exposição dos sujeitos e a quebra de sigilo das informações obtidas na pesquisa. Para minimizar estes riscos, a coleta de dados será realizada em local reservado, para proporcionar privacidade. Além disso, os instrumentos de coleta de dados serão identificados por códigos numéricos, garantindo assim o anonimato dos sujeitos envolvidos, e permanecerão em posse da pesquisadora por um período de cinco anos e, após, serão incinerados. Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual. O participante tem direito a recusa em participar do estudo e isto não implica em prejuízo ou penalização.

DÚVIDAS: Em caso de dúvida, poderei entrar em contato com Tânia Couto Machado Chianca, coordenadora deste projeto, na Escola de Enfermagem da UFMG, na Avenida Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia - Belo Horizonte/MG. Telefone: (31) 3409-9887 ou junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, Avenida Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, sala 2005. Telefone: (31) 3409-4592.

CONSENTIMENTO: Estou ciente de que minha participação é voluntária e que poderei recusar ou abandonar o estudo sem qualquer prejuízo pessoal ou

profissional. Todas as informações prestadas por mim serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima. Eu li este formulário e recebi as instruções necessárias.

Agradecemos sua colaboração e solicitamos a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

Assinatura do enfermeiro(a)

Tânia Couto Machado Chianca

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, Avenida Antônio Carlos, 6627,
Unidade Administrativa II, sala 2005. Telefone: (31) 3409-4592.

Apêndice D- Orientações para a realização da concordância dos diagnósticos e prescrições de enfermagem.

Orientações para a realização da concordância dos diagnósticos e prescrições de enfermagem.

Caro Enfermeiro,

A partir dos problemas identificados por vocês para gestantes, puérperas e neonatos na unidade foi realizado um mapeamento com os diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional. Nesse momento, oferecemos as seguintes orientações para o preenchimento de dois formulários com os diagnósticos de enfermagem a fim de verificar sua concordância com o mapeamento realizado:

1) O formulário 1 trata-se da lista dos diagnósticos e prescrições de enfermagem passíveis de identificação junto às gestantes e puerperas atendidas na unidade. Na primeira coluna apresentamos os diagnósticos de enfermagem para os quais você deverá assinalar se concorda ou não concorda com a sua pertinência entre as pacientes atendidas por você. Assinale com um X a opção escolhida.

2) O formulário 2 trata-se da lista dos diagnósticos prescrições de enfermagem passíveis de identificação junto aos neonatos atendidos na unidade. Na primeira coluna apresentamos os diagnósticos de enfermagem para os quais você deverá assinalar se concorda ou não concorda com a sua pertinência entre os pacientes neonatos atendidos por você. Assinale com um X a opção escolhida.

Para os casos em que você discordar há um espaço no qual, se julgar necessário, poderá colocar suas observações, justificando sua resposta e fazendo sugestões.

Apêndice E- Formulário para concordância diagnósticos e prescrições para gestantes/puérperas.

Diagnósticos	Prescrições de enfermagem	Concordo	Não Concordo	Observações
1. Amamentação o ineficaz	<p>Oferecer oportunidade precoce de contato mamãe/ bebê para amamentar até duas horas após o nascimento</p> <p>Auxiliar os pais a identificar os indícios de despertar o bebê para o aleitamento</p> <p>Encorajar a mãe a pedir ajuda do enfermeiro nas primeiras tentativas</p> <p>Ensinar o posicionamento do recém-nascido durante a amamentação</p> <p>Proporcionar ambiente calmo e tranquilo</p> <p>Orientar a mãe para observar a sucção do bebê</p> <p>Encorajar a mãe a oferecer ambos os seios em cada mamada</p> <p>Orientar a mãe a posicionar-se corretamente na amamentação</p> <p>Monitorar a integridade da pele dos bicos do seio</p> <p>Orientar cuidados dos bicos dos seios</p> <p>Monitorar o reflexo de descida de leite</p> <p>Orientar sobre ordenha, armazenamento do leite materno.</p>			
2. Amamentação o interrompida	<p>Monitorar a integridade da pele dos bicos do seio</p> <p>Orientar cuidados dos bicos dos seios</p> <p>Monitorar o enchimento crescente das mamas</p> <p>Oferecer informações sobre vantagens e desvantagens da amamentação exclusiva</p> <p>Corrigir conceitos errôneos sobre amamentação</p> <p>Oferecer apoio às decisões maternas</p> <p>Orientar sobre técnicas de relaxamento, inclusive massagens nas mamas.</p>			

	<p>Aplicar bolsas de gelo 4x ao dia na região axilar as mamas por 20 minutos</p> <p>Aplicar ataduras as mamas quando adequado</p> <p>Orientar sobre técnicas de extração de leite materno</p> <p>Supervisionar ordenha de leite materno</p> <p>Administrar medicamentos que suprimam a lactação, se apropriado.</p>			
3. Constipação	<p>Monitorar sinais e sintomas de constipação</p> <p>Detectar sinais de fecaloma</p> <p>Monitorar ruídos hidroaéreos</p> <p>Identificar os fatores (ex. medicamentos , repouso no leito, dieta) que possam contribuir para constipação</p> <p>Encorajar o aumento na ingestão de líquidos</p> <p>Investigar padrão de eliminação da paciente</p> <p>Orientar o paciente a ingerir dietas com teor elevado de fibras</p> <p>Registrar frequência e características das fezes</p>			
4. Controle ineficaz de saúde	<p>Encaminhar o paciente a outros provedores de cuidados de saúde, conforme necessário (ex. Serviço social)</p> <p>Estimular o autocuidado conforme a condição clínica da paciente</p> <p>Promover independência com o autocuidado</p> <p>Estimular a comunicação verbal e não verbal</p> <p>Proporcionar privacidade para a paciente</p>			
5. Dor	<p>Assegurar que a paciente receba cuidados precisos de analgesia</p> <p>Investigar com a paciente fatores que aliviam/pioram a dor</p> <p>Oferecer informações sobre a dor, como suas causas, tempo de duração e desconfortos decorrentes de procedimentos</p>			

	<p>Selecionar e implementar medida não farmacológicas para alívio da dor (ex compressa frias no local, massagem, deambulação)</p> <p>Ensinar medidas não farmacológica para controle da dor.</p> <p>Avaliar a eficácia da medicação de controle da dor</p> <p>Favorecer sono e repouso adequados para facilitar o controle da dor</p> <p>Registrar característica da dor</p> <p>Verificar o nível de desconforto da paciente</p>			
6. Dor aguda	<p>Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia</p> <p>Investigar com o paciente fatores que aliviam/pioram a dor</p> <p>Oferecer informações sobre a dor, como suas causas, tempo de duração e desconfortos decorrentes de procedimentos</p> <p>Selecionar e implementar medida não farmacológicas para alívio da dor (ex compressa frias no local, massagem, deambulação)</p> <p>Ensinar medidas não farmacológicas para controle da dor</p> <p>Estimular verbalização da dor</p> <p>Registrar característica da dor</p> <p>Verificar o nível de desconforto da paciente</p>			
7. Eliminação urinária prejudicada	<p>Monitorar a eliminação urinária, incluindo a frequência, o odor, volume, cor.</p> <p>Monitorar sinais e sintomas de retenção urinaria</p> <p>Ensinar a paciente sinais e sintomas de infecção do trato urinário</p> <p>Orientar paciente a registrar o débito urinário quando necessário</p> <p>Ensinar a paciente a obter amostras de jato intermediário de urina.</p> <p>Inserir sonda vesical quando necessário</p>			

	<p>Motivar aumento de ingestão de líquidos</p> <p>Orientar higiene íntima</p>			
8. Hipertermia	<p>Aplicar compressa fria nas regiões frontal, axilar e inguinal</p> <p>Monitorar a temperatura a cada 4 horas</p> <p>Monitorar cor e temperatura da pele</p> <p>Administrar medicação, quando necessário</p> <p>Avaliar resposta a medicação</p> <p>Orientar banho morno</p> <p>Investigar a causa da hipertermia</p> <p>Manter hidratação da pele</p> <p>Monitorar coloração da pele</p> <p>Monitorar e registrar sinais neurológicos</p>			
9. Hipotermia	<p>Explicar a parturiente a causa de calafrio pós-parto</p> <p>Remover o paciente do frio e colocá-lo em ambiente aquecido</p> <p>Monitorar a temperatura do paciente</p> <p>Cobrir paciente com cobertores, quando necessário.</p> <p>Monitorar cor e temperatura da pele</p> <p>Monitorar o estado respiratório</p> <p>Investigar sinais de infecção</p> <p>Monitorar sinais vitais</p> <p>Orientar banho com água morna</p> <p>Promover conforto da paciente</p>			
10. Insônia	<p>Adaptar o ambiente (ex. iluminação, ruído, temperatura) para promover o sono.</p> <p>Adaptar o horário de administração de medicamentos de modo a apoiar o ciclo de sono/ estado de alerta do paciente</p> <p>Identificar remédios para dormir que o paciente está utilizando</p> <p>Ensinar técnicas de relaxamento</p> <p>Identificar o motivo de perturbação do sono</p> <p>Apoiar a puérpera a descansar</p>			

	<p>dormir enquanto o recém-nascido dorme Providenciar ambiente calmo e seguro</p>			
11. Integridade da pele prejudicada	<p>Estimular deambulação Hidratar a pele Inspeccionar cicatrização da laceração e cirurgia de cesariana Monitorar características da lesão, cor, tamanho e odor. Examinar o local da incisão buscando hiperemia, edema. Limpar lesão com soro fisiológico 0,9% Aplicar curativo adequado para cada tipo de ferida Orientar paciente e a família sobre sinais e sintomas de infecção. Orientar sobre o uso de hidratante Orientar o paciente sobre as formas de cuidados da incisão durante o banho.</p>			
12. Integridade tissular prejudicada	<p>Monitorar características da lesão, cor, tamanho e odor Realizar curativos quando necessários Orientar o paciente sobre os procedimentos e cuidados com a lesão Orientar hidratação Examinar vermelhidão, calor exagerado ou frenagem na pele e nas mucosas. Monitorar estado nutricional.</p>			
13. Leite materno insuficiente	<p>Encorajar a mãe a oferece ambos os seios em cada amamentação Estimular a ingestão de líquidos Monitorar reflexo de descida do leite Ensinar técnicas de aleitamento materno</p>			
14. Manutenção da saúde alterada	<p>Identificar grau de apoio familiar Verificar sistemas de apoio em uso</p>			

	<p>Encaminhar o paciente a outros provedores de cuidados de saúde, conforme necessário (ex. Serviço social)</p> <p>Estimular o autocuidado</p>			
15. Mucosa oral prejudicada	<p>Monitorar os lábios, mucosas e as gengivas quanto a hidratação, cor, textura e presença de resíduos e infecção.</p> <p>Desencorajar o tabagismo</p> <p>Monitorar a mucosa oral regularmente</p> <p>Estabelecer uma rotina de cuidados orais</p> <p>Aplicar hidratantes labiais quando necessários</p>			
16. Náusea	<p>Realizar um levantamento completo sobre a náusea, incluindo frequência, duração.</p> <p>Assegurar que drogas eméticas sejam dadas para prevenir a náusea, quando possível</p> <p>Ensinar técnica de relaxamento durante as náuseas.</p> <p>Investigar fatores que promovem náuseas</p> <p>Oferecer alimentos de fácil ingestão</p> <p>Oferecer pequenos cubos de gelo</p> <p>Orientar a mastigação lenta dos alimentos</p> <p>Orientar a paciente a não se deitar duas horas após as refeições</p> <p>Usar higiene oral frequente para promover o conforto.</p> <p>Oferecer líquidos frios quando adequado</p> <p>Pesar o paciente regularmente</p>			
17. Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	<p>Avaliar estado nutricional</p> <p>Avaliar o apetite da paciente</p> <p>Encorajar uma ingestão calórica adequada ao tipo de corpo e ao estilo de vida</p> <p>Identificar preferências alimentares</p> <p>Encorajar um aumento de ingestão de proteínas, ferro e vitamina C</p>			

	<p>Monitorar tendências de perda de peso</p> <p>Monitorar ocorrência de náuseas</p> <p>Pesar a paciente diariamente</p> <p>Monitorar o nível de energia, mal-estar, fadiga e fraqueza;</p> <p>Oferecer alimentos e líquidos nutritivos, quando necessário.</p>			
18. Obesidade	<p>Determinar o desejo e a motivação do paciente para reduzir o peso e gordura corporal</p> <p>Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por hábitos favoráveis</p> <p>Ensinar a selecionar alimentos saudáveis.</p> <p>Orientar a paciente sobre programa de manejo do peso</p>			
19. Padrão respiratório ineficaz	<p>Avaliar a perfusão tissular</p> <p>Identificar sinais de cianose</p> <p>Monitorar frequência e ritmo respiratório.</p> <p>Monitorar a administração de oxigênio</p> <p>Auscultar sons respiratórios, observando presença de ruídos adventícios</p> <p>Avaliar padrão respiratório</p> <p>Avaliar sistema cardiovascular</p> <p>Elevar a cabeceira da cama</p> <p>Orientar o paciente sobre a maneira de tossir eficiente</p> <p>Administrar broncodilatadores conforme adequado</p> <p>Ensinar paciente a usar inaladores prescritos</p> <p>Administrar ar ou oxigênio umidificado, conforme adequado.</p>			
20. Padrão de sono prejudicado	<p>Determinar o padrão de sono/atividade do paciente</p> <p>Ensinar técnicas de relaxamento</p> <p>Adaptar o horário de administração de medicamentos de modo a apoiar o ciclo de sono/ estado de alerta do paciente</p> <p>Orientar a puérpera a descansar e dormir enquanto o</p>			

	<p>recém-nascido dorme Identificar o motivo da perturbação do sono Providenciar um meio calmo e seguro</p>			
21. Perfusão tissular periférica ineficaz	<p>Cobrir os membros inferiores com lençóis Desencorajar o uso de roupas apertadas Ensinar sobre sinais e sintomas da trombose venosa profunda Estimular deambulação Monitorar coloração/temperatura dos membros Monitorar parestesia (dormência, formigamento, hiperestesia, hipoestesia) Monitorar a presença de tromboflebite e trombose venosa profunda. Monitorar os efeitos da medicação anticoagulante</p>			
22. Proteção ineficaz	<p>Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção Monitorar vulnerabilidade a infecção Examinar a condição de qualquer incisão cirúrgica/ferida. Encorajar o repouso Manter técnicas de isolamento quando adequado Providenciar quarto individual se necessário Monitorar sinais vitais</p>			
23. Risco de choque	<p>Monitorar o estado circulatório; pressão sanguínea, temperatura e cor da pele. Monitorar sinais de oxigenação tissular inadequada Monitorar as primeiras respostas compensatórias de perda de líquidos: aumento da frequência cardíaca, diminuição de pressão arterial. Inserir acesso venoso periférico de grosso calibre Administrar líquidos EV, quando necessário. Administrar concentrados de hemácias e/ou plasma, quando</p>			

	adequado. Administrar O ² quando adequado			
24. Risco de constipação	Avaliar padrão intestinal Ensinar exercícios abdominais para estímulo do peristaltismo Garantir que a dieta inclua alimentos ricos em fibras, para evitar constipação. Monitorar ruídos hidroaéreos Orientar consumo de líquidos e de fibras Encorajar o aumento na ingestão de líquidos para promover a mobilidade intestinal Encorajar a deambulação precoce			
25. Risco de débito cardíaco diminuído	Evitar uso de estimulantes orais Retardar o banho Orientar repouso Monitorar a pressão arterial de 4 em 4 horas Monitorar sinais vitais de 6 em 6 horas			
26. Risco de desequilíbrio eletrolítico	Verificar a hidratação da paciente Monitorar a quantidade de líquidos ingeridos Manter acesso venoso desobstruídos Administrar eletrólitos conforme prescrição Monitorar perda de líquidos (ex diarreia, vômito) Verificar sinais vitais			
27. Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	Monitorar a temperatura a cada 6 horas. Monitorar cor e temperatura da pele Promover ingestão adequada de líquidos e nutrientes Adaptar a temperatura do ambiente as necessidades do paciente Encaminhar paciente para banho morno Manter hidratação da pele Manter a paciente livre de corrente de ar Monitorar sinais vitais			

28. Risco de função cardiovascular prejudicada	<p>Realizar uma avaliação da circulação periférica (ex. pulsos, edema, enchimento capilar, cor e temperatura das extremidades)</p> <p>Monitorar frequência cardíaca</p> <p>Monitorar sinais vitais</p> <p>Reconhecer alterações na pressão sanguínea</p> <p>Promover redução de estresse</p> <p>Orientar sobre a importância de relatar imediatamente qualquer desconforto no peito</p>			
29. Risco de glicemia instável	<p>Monitorar os níveis da glicose sanguínea</p> <p>Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polifagia, fraqueza, letargia, cefaleia, embasamento da visão.</p> <p>Monitorar sinais de hipoglicemia: tremedeira, transpiração, ansiedade, viscosidade, palidez, fome, náusea, cefaleia.</p> <p>Administrar insulinas ou hipoglicemiantes orais como prescrito.</p> <p>Encorajar a ingestão oral de líquidos</p> <p>Facilitar a adesão à dieta específica.</p>			
30. Risco de hipotermia	<p>Monitorar temperatura do paciente</p> <p>Cobrir o paciente</p> <p>Monitorar cor e temperatura da pele</p> <p>Ensinar o paciente a manter ingestão calórica suficiente para manter a temperatura corporal</p> <p>Investigar sinais de infecção</p> <p>Manter paciente livre de corrente de ar</p> <p>Monitorar sinais vitais</p>			
31. Risco de infecção	<p>Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção</p> <p>Monitorar vulnerabilidade a infecção</p> <p>Providenciar cuidado adequado à pele em áreas edemaciadas</p>			

	<p>Examinar a condição de qualquer incisão cirúrgica</p> <p>Avaliar cicatrização da ferida</p> <p>Ensinar sobre infecção perineal associada a falta de higiene local</p> <p>Promover ingestão nutricional adequada</p> <p>Encorajar aumento da mobilidade, quando for o caso.</p> <p>Orientar paciente sobre sinais de infecção e sobre o momento de relata-los.</p> <p>Orientar cuidados com o local da incisão durante o banho</p> <p>Monitorar vermelhidão, edema, equimose, supuração e aproximação no local de episiotomia</p> <p>Reforçar técnicas adequadas do períneo para evitar infecção</p> <p>Monitorar os lóquios quanto as características, à quantidade, à cor e à presença de coágulos.</p> <p>Monitorar sinais vitais</p>			
32. Risco de integridade da pele prejudicada	<p>Remover fita adesiva e resíduos da pele</p> <p>Oferecer apoio as áreas edemaciadas</p> <p>Providenciar higiene íntima, conforme necessário</p> <p>Orientar o autocuidado da higiene íntima</p> <p>Manter os lençóis limpos</p> <p>Examinar diariamente a pele de pacientes com riscos de fissuras</p> <p>Inspecionar áreas de risco para úlceras por pressão</p> <p>Orientar autocuidado com a pele</p> <p>Orientar uso de hidratante</p>			
33. Risco de integridade tissular prejudicada	<p>Examinar diariamente a pele de pacientes com riscos de fissuras</p> <p>Monitorar áreas de descoloração em pele e mucosas</p> <p>Observar mudanças na pele e mucosa.</p> <p>Monitorar áreas de vermelhidão e ruptura da pele</p> <p>Orientar uso de hidratantes</p>			

34. Risco de lesão	<p>Examinar áreas de vermelhidão da pele</p> <p>Monitorar cor da pele</p> <p>Observar mudanças na pele e mucosa</p> <p>Monitorar hidratação</p> <p>Orientar hidratação</p> <p>Realizar mudança de decúbito</p>			
35. Risco de mucosa oral prejudicada	<p>Estabelecer uma rotina de cuidado oral</p> <p>Identificar risco de desenvolvimento de estomatite</p> <p>Desencorajar o hábito de fumar</p> <p>Monitorar a mucosa oral regularmente</p> <p>Aplicar lubrificante para hidratar os lábios e a mucosa oral quando necessário</p>			
36. Risco de perfusão tissular periférica ineficaz	<p>Monitorar enchimento capilar</p> <p>Monitorar presença de tromboflebite, trombose venosa profunda.</p> <p>Cobrir os membros inferiores com lençóis leves</p> <p>Ensinar sobre administração de medicação</p> <p>Ensinar sinais e sintomas de trombose venosa profunda</p> <p>Estimular a deambulação</p> <p>Monitorar o aparecimento de lesões nos pés</p> <p>Orientar uso de meias elásticas compressivas.</p>			
37. Risco de recuperação cirúrgica retardada	<p>Monitorar Sinais vitais</p> <p>Avaliar incisão cirúrgica</p> <p>Avaliar processo de cicatrização</p> <p>Motivar cuidados de higiene com a incisão cirúrgica</p> <p>Orientar o retorno para a retirada de pontos cirúrgicos 7 após 7 dias</p> <p>Encorajar para a ingestão adequada de nutrientes</p> <p>Ensinar cuidados de higiene com a incisão cirúrgica</p> <p>Examinar a condição da incisão cirúrgica</p>			
38. Risco de sangramento	<p>Monitorar os lóquios quanto as características, a cor e a presença de coágulos</p>			

	<p>Monitorar e registrar a altura uterina</p> <p>Avaliar tônus uterino</p> <p>Identificar risco de hemorragia</p> <p>Identificar sinais de choque hipovolêmico</p> <p>Massagear suavemente o fundo do útero até que esteja firme</p>			
39. Risco de volume de líquidos deficiente	<p>Pesar diariamente a paciente</p> <p>Manter registro preciso da ingestão e eliminação</p> <p>Monitorar o estado de hidratação</p> <p>Monitorar estado nutricional</p> <p>Avaliar prega cutânea</p> <p>Encorajar ingestão de líquidos</p> <p>Monitorar quantidade de líquidos ingeridos</p> <p>Monitorar coloração da urina</p> <p>Verificar sinais vitais</p>			
40. Termorregulação ineficaz	<p>Monitorar a temperatura de 4 em 4 horas</p> <p>Monitorar cor e temperatura da pele</p> <p>Monitorar os sinais e sintomas de hipotermia e hipertermia e relatá-los</p> <p>Promover ingestão adequada de nutrientes</p> <p>Avaliar coloração e a temperatura da pele</p> <p>Identificar fatores de risco para hipertermia</p>			
41. Troca de gases prejudicada	<p>Monitorar a frequência o ritmo a profundidade e o esforço das respirações</p> <p>Monitorar ruídos respiratórios, como sibilos e roncos</p> <p>Monitorar mudanças em SaO²</p> <p>Avaliar perfusão periférica</p> <p>Avaliar sistema cardiovascular</p>			
42. Ventilação espontânea prejudicada	<p>Aspira vias aéreas</p> <p>Manter vias aéreas pervias</p> <p>Monitorar mudanças em SaO²</p> <p>Administrar oxigênio, como prescrito.</p> <p>Monitorar a administração de oxigênio</p> <p>Monitorar a coloração da pele e perfusão periférica</p>			

	<p>Monitorar sinais de sofrimento respiratório</p> <p>Administrar broncodilatadores, conforme adequado</p>			
43. Ansiedade	<p>Ajudar a paciente a reconhecer sua ansiedade</p> <p>Dar explicações claras e sucintas sobre cuidados prestados</p> <p>Esclarecer as expectativas</p> <p>Ouvir atentamente o paciente</p> <p>Oferecer reais informações sobre diagnósticos, tratamento e prognósticos.</p> <p>Ensinar técnicas de relaxamento</p> <p>Estimular mecanismos de adaptação sadios</p> <p>Explorar com a paciente os meios para resolver os problemas que lhe causam ansiedade</p> <p>Monitorar nível de ansiedade</p> <p>Respeitar silêncios e choros que permitam a paciente entrar em contato com suas emoções</p>			
44. Baixa autoestima situacional	<p>Encorajar a paciente a identificar seus pontos positivos</p> <p>Reforçar os pontos pessoais positivos identificados pelo paciente</p> <p>Evitar críticas negativas</p> <p>Transmitir confiança na capacidade da paciente para lidar com as situações.</p> <p>Encorajar uma maior responsabilidade por si mesmo, quando adequado</p> <p>Investigar as razões de culpas e autocrítica</p> <p>Elogiar o progresso da paciente na direção das metas</p>			
45. Conhecimento o deficiente	<p>Determinar o conhecimento dos pais sobre os cuidados dos bebês</p> <p>Ensinar habilidades de cuidados o recém-nascido</p> <p>Fazer orientações para alta</p> <p>Avaliar a compreensão sobre autocuidado e cuidados com o</p>			

	<p>recém-nascido</p> <p>Ensinar autocuidado</p> <p>Avaliar disponibilidade para aprender</p>			
46. Controle emocional instável	<p>Discutir os sentimentos que a mãe pode ter em relação ao bebê, quando adequado</p> <p>Demonstrar confiança na capacidade da mãe para os cuidados com o recém-nascido</p> <p>Informar a mãe sobre sinais e sintomas da depressão pós-parto que pode ocorrer após a alta</p> <p>Monitorar como a paciente se sente em relação as mudanças em seu corpo após o nascimento</p>			
47. Disposição para processo de criação de filhos melhorado	<p>Oferecer-se como ouvinte</p> <p>Incentivar o cuidado com o recém-nascido</p> <p>Estimular o autocuidado materno</p> <p>Estimular autoconfiança materna</p> <p>Incentivar amamentação</p>			
48. Maternidade prejudicada	<p>Oferecer-se como ouvinte</p> <p>Encorajar mãe do recém-nascido a verbalizar sentimentos e preocupações</p> <p>Oferecer a orientação antecipada necessária em diferentes níveis do desenvolvimento infantil</p> <p>Estimular a autoconfiança materna</p> <p>Estimular a mãe na participação dos cuidados com o recém-nascido</p> <p>Incentivar a amamentação exclusiva</p> <p>Auxiliar a mãe e identificar o temperamento do seu bebê</p> <p>Modelar e incentivar a interação com os filhos</p> <p>Encorajar a mãe a visitar o bebê no berçário</p>			
49. Medo	<p>Demonstrar calma</p> <p>Passar algum tempo com a paciente</p> <p>Avaliar grau de medo</p> <p>Avaliar a resposta ao ensino</p>			

	<p>com autocuidado Encorajar comunicação sobre medo</p>			
50. Processo de criação dos filhos ineficaz	<p>Encorajar a mãe do recém-nascido a verbalizar sentimento e preocupações Encaminhar a recursos da comunidade, quando adequado. Encaminhar para tratamento de abuso de substancias, quando necessário. Orientar a puérpera sobre cuidados com o recém-nascido Auxiliar aos pais a planejar os cuidados ao bebê durante estado de alerta Orientar a importância do vínculo mãe e filho</p>			
51. Regulação do humor prejudicada	<p>Avaliar o humor (ex sinais, sintomas, história pessoal) Oferecer ou encaminhar o paciente para tratamento de abuso de substancias. Administrar medicamentos reguladores de humor, como prescrito Escutar a paciente Oferecer ambiente calmo</p>			
52. Risco de binômio mãe-fetoperturbado	<p>Informar a mãe sobre os sintomas da depressão pós-parto que pode ocorrer após a alta Estimular o autocuidado materno Orientar sobre a importância do vínculo mãe e filho Auxiliar a paciente a adaptar a perda do filho idealizado, e aceitar a criança que nasceu. Manter quando possível o bebê junto aos pais</p>			
53. Risco de maternidade prejudicada	<p>Oferecer-se como ouvinte Monitorar os efeitos do recém-nascido na estrutura familiar Determinar a imagem que a mãe faz do filho antes do nascer Orientar autocuidado Orientar cuidados como recém-nascido</p>			

	Estimular amamentação exclusiva			
54. Risco de processo de criação de filhos ineficaz	Escutar os problemas e as preocupações dos pais sem fazer julgamento Explicar o desenvolvimento normal do bebê Promover precoce com o bebê			
55. Risco de tomada de decisão emancipada prejudicada	Estabelecer já na admissão hospitalar a comunicação com a paciente Facilitar a articulação das metas de cuidado Facilitar a tomada de decisão conjunta Proporcionar as informações solicitadas pela paciente Servir de ligação entre a paciente e família Buscar auxílio, se necessário			
56. Síndrome do trauma de estupro	Promover uma pessoa para dar suporte e permanecer com a paciente Explicar os procedimentos legais a paciente Determinar os estado mental e físico Implementar aconselhamento Oferecer medicação para prevenção de gravidez e antibiótica profilática contra doenças venéreas Encaminhar a paciente para o programa de assistência a casos de estupro			
57. Tristeza Crônica	Ouvir a paciente ativamente Avaliar auto estima Demonstrar empatia, cordialidade Auxiliar o paciente a identificar pontos fortes e reforça-los.			

Apêndice F- Formulário para concordância diagnósticos e prescrições para neonatos.

Diagnósticos	Prescrições de enfermagem	Concordo	Não Concordo	Observações
1. Amamentação o ineficaz	Oferecer oportunidade precoce de contato mamãe/ bebê para amamentar até duas horas após o nascimento Avaliar causas do comprometimento para a amamentação exclusiva. Avaliar o ganho de peso do bebê. Monitorar a capacidade de sucção do bebê. Observar o bebê junto ao peito para determinar a posição correta, e o padrão de sucção e deglutição. Auxiliar o padrão de deglutição/sucção do bebê Demonstrar o treinamento de sucção não nutritiva quando adequado			
2. Amamentação o interrompida	Oferecer suplementação apenas quando necessário. Apoiar o binômio mãe-filho no estabelecimento de vínculo afetivo. Orientar a mãe sobre a lactação. Orientar a mãe sobre extração de leite materno.			
3. Constipação	Identificar os fatores causadores ou contribuintes de constipação Registrar a primeira eliminação de fezes do recém-nascido Monitorar ingestão da dieta Monitorar sinais e sintomas de constipação Monitorar as eliminações intestinais Monitorar ruídos hidroaéreos Estimular a eliminação através de exercícios. Usar laxantes/supositório, quando necessário, Pesar o bebê diariamente			
4. Deglutição prejudicada	Monitorar /avaliar o reflexo de sucção durante a amamentação Observar o bebê junto ao peito para determinar a posição correta, e o padrão de sucção e deglutição. Orientar quanto ao posicionamento			

	<p>correto do recém-nascido ao seio materno. Estimular a sucção não nutritiva Monitorar a necessidade de outra via para alimentação Monitorar frequência respiratória Monitorar peso do bebê diariamente Observar sinais de aspiração</p>			
5. Dor	<p>Monitorar sinais vitais e comportamento do recém-nascido Envolver em fraldas/cueiros para promover o sono e sensação de segurança Oferecer ambiente calmo e tranquilo Promover sono e repouso do recém-nascido. Selecionar e implementar uma medida de controle da dor não farmacológica Oferecer alívio ideal para dor com analgésico, quando prescritos Encorajar a presença da família do recém-nascido durante momento de dor</p>			
6. Eliminação urinária prejudicada	<p>Registrar a primeira eliminação urinária do recém-nascido Monitorar frequência da eliminação urinária quanto frequência, quantidade, cor e odor Observar sinais de infecção Realizar balanço hídrico Verificar uso de medicação que comprometem a eliminação urinária. Verificar presença de bexigoma. Realizar sondagem vesical de alívio, quando necessário.</p>			
7. Hipertermia	<p>Monitorar a temperatura de 4 em 4 horas Monitorar cor e temperatura da pele Monitorar a ingestão e eliminação Administrar medicamentos antitérmicos, quando necessário Administrar banho morno Aplicar compressas frias Manter o recém-nascido hidratado Observar sinais de desidratação Realizar balanço hídrico Remover excessos de roupa Verificar temperatura do berço</p>			

	aquecido ou incubadora e corrigir			
8. Hipotermia	<p>Evitar correntes de ar no ambiente</p> <p>Remover o paciente do frio e coloca-lo em berço aquecido</p> <p>Remover roupas frias ou molhadas, e colocar roupas secas.</p> <p>Monitorar a temperatura do paciente</p> <p>Monitorar cor e temperatura da pele</p> <p>Observar presença de tremores</p> <p>Observar sinais precoces de hipotermia; pele fria, palidez, extremidades cianóticas.</p> <p>Monitorar sinais vitais</p> <p>Monitorar estado respiratório</p> <p>Monitorar estado nutricional</p>			
9. Icterícia neonatal	<p>Observar os sinais de icterícia</p> <p>Orientar a família sobre os procedimentos e os cuidados de fototerapia</p> <p>Colocar as luzes de fototerapia, na altura adequada</p> <p>Aplicar óculos para evitar contato direto com a luz</p> <p>Retirar os óculos apenas na hora da amamentação</p> <p>Observar sinais de desidratação (fontanelas deprimidas, turgescência da pele diminuído, perda de peso)</p> <p>Pesar o bebê diariamente</p> <p>Encorajar a família a participar da fototerapia</p>			
10. Integridade da pele prejudicada	<p>Avaliar a hidratação da pele</p> <p>Avaliar a necessidade de curativo e cobertura para a lesão</p> <p>Avaliar e registrar a lesão</p> <p>Inspecionar áreas onde há risco de existirem lesões</p> <p>Monitorar sinais de flebite (dor, vermelhidão, calor na pele, edema)</p> <p>Examinar vermelhidão, calor exagerado ou frenagem na pele e nas mucosas.</p> <p>Monitorar áreas de vermelhidão e ruptura da pele</p> <p>Monitorar erupções e escoriações na pele</p> <p>Realizar mudança de decúbito</p>			
11. Integridade	Monitorar características da lesão, cor, tamanho e odor			

tissular prejudicada	<p>Realizar curativo adequado para cada tipo de lesão</p> <p>Orientar o paciente sobre os procedimentos e cuidados com a lesão</p> <p>Examinar vermelhidão, calor exagerado ou frenagem na pele e nas mucosas.</p> <p>Monitorar estado nutricional.</p>			
12. Mucosa oral prejudicada	<p>Monitorar a mucosa oral regularmente</p> <p>Estabelecer uma rotina de cuidados orais</p> <p>Aplicar medicações, caso necessário</p> <p>Orientar cuidados com higiene oral do recém-nascido</p> <p>Aplicar hidratantes labiais quando necessários</p>			
13. Náusea	<p>Observar os indicadores não verbais de desconforto</p> <p>Realizar lavagem gástrica, por sonda orogástrica, caso necessário.</p> <p>Monitorar a frequência respiratória</p> <p>Posicionar o recém-nascido em decúbito lateral após a amamentação.</p>			
14. Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	<p>Monitorar a capacidade de sucção do bebê</p> <p>Observar o bebê junto ao seio materno, para determinar posição correta e o padrão de sucção/deglutição.</p> <p>Oferecer suplementação na amamentação, caso necessário.</p> <p>Monitorar a ingestão da dieta.</p> <p>Monitorar sinais vitais</p> <p>Pesar o bebê diariamente</p>			
15. Padrão de sono prejudicado	<p>Oferecer um ambiente calmo e tranquilo</p> <p>Determinar o padrão de sono</p> <p>Envolver em fraldas/cueiros para promover o sono e proporcionar uma sensação de segurança</p> <p>Usar rolo de cobertor junto as costas em decúbito lateral</p> <p>Ensinar a mãe a fazer massagem no recém-nascido</p> <p>Manter o recém-nascido aquecido</p>			

<p>16. Padrão ineficaz de alimentação do lactente</p>	<p>Avaliar o padrão de sucção/deglutição do recém-nascido Investigar problemas de absorção. Observar os indicadores não verbais de desconforto gástricos Inserir sonda nasogastrica, ou orogastrica, quando necessário, Verificar a colocação correta da sonda, conforme protocolo, Verificar o fluxo de gotejamento na hora da alimentação Monitorar a sensação de plenitude, náusea e vômito, Verificar os resíduos antes de todas as alimentações Pesar o recém-nascido diariamente Apoiar a amamentação ao seio Avaliar o crescimento do recém-nascido</p>			
<p>17. Padrão respiratório ineficaz</p>	<p>Posicionar o paciente de forma a maximizar o potencial ventilatório Avaliar a perfusão tissular Identificar sinais de cianose Monitorar frequência e ritmo respiratório. Monitorar a administração de oxigênio Remover secreções por aspiração, quando necessário. Auscultar sons respiratórios, observando áreas de ventilação diminuídas ou ausentes, e presença de ruídos adventícios. Administrar broncodilatadores, conforme adequado. Administrar ar ou oxigênio umidificado, conforme adequado.</p>			
<p>18. Perfusão tissular periférica ineficaz</p>	<p>Usar recursos para aliviar a pressão, quando adequado; Monitorar a capacidade de urinar e evacuar Avaliar temperatura da pele Monitorar a presença de cianose, tromboflebite Monitorar a frequência cardíaca do recém-nascido Monitorar níveis de saturação de oxigênio Monitorar sinais vitais</p>			
<p>19. Risco de</p>	<p>Monitorar a função pulmonar Aspirar secreções</p>			

aspiração	traqueobrônquicas Monitorar reflexo de náusea e a capacidade de deglutir Posicionar o recém-nascido em 45° em berço. Alimentar o recém-nascido em pequenas porções Monitorar o recém-nascido durante a amamentação ou administração da dieta Verificar a correta colocação da sonda nosogástrica Consulta com fonoaudiólogo, conforme adequado.			
20. Risco de choque	Monitorar o estado circulatório; pressão sanguínea, temperatura e cor da pele. Monitorar sinais de oxigenação tissular inadequada Monitorar as primeiras respostas compensatórias de perda de líquidos: aumento da frequência cardíaca, diminuição de pressão arterial. Inserir acesso venoso periférico de grosso calibre; Administrar líquidos EV, quando necessário. Administrar concentrados de hemácias e/ou plasma, quando adequado. Administrar O ² quando adequado			
21. Risco de comportamento desorganizado do lactente	Envolver o recém-nascido em fraldas/cueiros para promover o sono e proporcionar uma sensação de segurança Usar um rolo ou cobertor junto as costas do recém-nascido para posicioná-lo lateralmente Oferecer um ambiente calmo e tranquilo Facilitar o contato pele a pele mãe e bebê			
22. Risco de constipação	Monitorar sinais e sintomas de constipação Monitorar ruídos hidroaéreos Monitorar a primeira alimentação do recém-nascido Registrar a primeira eliminação do recém-nascido Monitorar o peso do recém-nascido			
23. Risco de	Monitorar os estímulos (luz, ruídos,			

<p>crescimento desproporcional</p>	<p>manuseio) Controlar os horários dos cuidados ao bebê e de sua alimentação Agrupar as atividades de cuidado; Proporcionar espaço aos pais na unidade e junto ao leito do bebê Oferecer aos pais informações precisas e reais quanto a condição, tratamento e necessidades do bebê Informar aos pais as preocupações e as questões do desenvolvimento de bebês prematuros Oferecer descanso quando o bebê evidenciar sinais de estresse (palidez, oscilação da frequência cardíaca) Evitar estimulação excessiva Oferecer limites que mantenham a flexão das extremidades. Avaliar os reflexos motores e neurológicos do recém-nascido</p>			
<p>24. Risco de desenvolvimento atrasado</p>	<p>Monitorar os estímulos (luz, ruídos, manuseio) Controlar os horários dos cuidados ao bebê e de sua alimentação Agrupar as atividades de cuidado; Proporcionar espaço aos pais na unidade e junto ao leito do bebê Oferecer aos pais informações precisas e reais quanto a condição, tratamento e necessidades do bebê Informar aos pais as preocupações e as questões do desenvolvimento de bebês prematuros Oferecer descanso quando o bebê evidenciar sinais de estresse (palidez, oscilação da frequência cardíaca) Evitar estimulação excessiva Oferecer limites que mantenham a flexão das extremidades. Avaliar os reflexos motores e neurológicos do recém-nascido</p>			
<p>25. Risco de desequilíbrio eletrolítico</p>	<p>Administrar eletrólitos conforme prescrição Monitorar perda de líquidos (ex diarreia, vômito) Monitorar peso do recém-nascido diariamente Monitorar eliminações urinárias e fecais Monitorar infusões venosas</p>			

	<p>Monitorar o ritmo cardíaco e frequência respiratória</p> <p>Monitorar sinais vitais</p> <p>Observar sinais de edemas</p>			
26. Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<p>Monitorar a temperatura a cada 6 horas.</p> <p>Monitorar cor e temperatura da pele</p> <p>Dar banho no recém-nascido com água aquecida</p> <p>Promover ingestão adequada de líquidos e nutrientes</p> <p>Adaptar a temperatura do ambiente as necessidades do recém-nascido</p> <p>Fornecer berço aquecido ao recém-nascido, quando adequado</p> <p>Ensinar os pais e familiares sobre a termorregulação</p> <p>Manterá roupa de cama limpa e seca</p>			
27. Risco de função cardiovascular prejudicada	<p>Realizar uma avaliação da circulação periférica (ex. pulsos, edema, enchimento capilar, cor e temperatura das extremidades)</p> <p>Promover redução de estresse do recém-nascido</p> <p>Monitorar frequência cardíaca</p> <p>Monitorar cor do recém-nascido</p> <p>Monitorar sinais vitais</p>			
28. Risco de glicemia instável	<p>Monitorar os níveis da glicose sanguínea, se indicado,</p> <p>Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polifagia, fraqueza, letargia,</p> <p>Monitorar sinais de hipoglicemia: tremedeira, transpiração, ansiedade, viscosidade, palidez, fome, náusea, letargia.</p> <p>Facilitar e administrar dieta, quando necessário.</p> <p>Estimular amamentação ao seio materno</p>			
29. Risco de hipotermia	<p>Monitorar temperatura do recém-nascido</p> <p>Cobrir o recém-nascido</p> <p>Monitorar cor e temperatura da pele</p> <p>Posicionar o recém-nascido em berço aquecido, se adequado</p> <p>Retirar roupas molhadas</p> <p>Orientar pais e familiares sobre cuidados para evitar hipotermia</p> <p>Manter a roupa de cama limpa e</p>			

	seca Monitorar sinais vitais			
30. Risco de infecção	<p>Ensinar técnicas de lavagem das mãos aos pais e familiares do recém-nascido</p> <p>Estimular amamentação precoce</p> <p>Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção</p> <p>Monitorar vulnerabilidade a infecção</p> <p>Realizar curativos ao acesso venoso central de inserção periférica, como o protocolo.</p> <p>Providenciar cuidado adequado à pele em áreas edemaciadas</p> <p>Examinar a condição de qualquer incisão cirúrgica</p> <p>Monitorar Sinais vitais</p> <p>Monitorar sinais e sintomas de infecção</p> <p>Realizar cuidados com o coto umbilical a cada troca de fraldas</p>			
31. Risco de integridade da pele prejudicada	<p>Avaliar a hidratação da pele</p> <p>Cortar as unhas</p> <p>Hidratar a pele</p> <p>Monitorar o estado nutricional</p> <p>Evitar uso de lençóis com textura mais grossa</p> <p>Polvilhar a pele com talco nas áreas edemaciadas</p> <p>Trocar fraldas sempre que necessário</p> <p>Manter os lençóis limpos, secos e lisos</p> <p>Examinar diariamente a pele do neonato</p>			
32. Risco de integridade tissular prejudicada	<p>Examinar diariamente a pele de pacientes com riscos de fissuras</p> <p>Monitorar áreas de descoloração em pele e mucosas</p> <p>Observar mudanças na pele e mucosa.</p> <p>Monitorar áreas de vermelhidão e ruptura da pele</p> <p>Avaliar a hidratação da pele</p> <p>Monitorar ingestão da dieta</p>			
33. Risco de lesão	<p>Examinar áreas de vermelhidão da pele</p> <p>Monitorar cor da pele</p> <p>Observar mudanças na pele e mucosa</p> <p>Monitorar hidratação</p>			

	Realizar mudança de decúbito			
34. Risco de lesão de córnea	Posicionar o recém-nascido com óculos apropriados para realização de fototerapia. Realizar higiene ocular com SF 0,9%			
35. Risco de mucosa oral prejudicada	Estabelecer uma rotina de cuidado oral Cuidados orais diariamente após a amamentação Identificar risco de desenvolvimento de estomatite Monitorar a mucosa oral regularmente Aplicar lubrificante para hidratar os lábios e a mucosa oral quando necessário			
36. Risco de olho seco	Realizar higiene ocular com SF 0,9% Verificar hidratação do recém-nascido Manter a mucosa do olho pérvia.			
37. Risco de perfusão tissular periférica ineficaz	Avaliar a perfusão periférica do recém-nascido Avaliar a temperatura e a coloração da pele Avaliar hidratação do recém-nascido Avaliar sinais vitais Avaliar níveis de saturação de oxigênio			
38. Risco de sangramento	Avaliar exames hematológicos Avaliar sinais e sintomas de choque Identificar fatores de risco para sangramento Monitorar sinais vitais			
39. Risco de volume de líquidos deficiente	Monitorar o balanço hídrico Monitorar eliminação urinária Monitorar infusões venosas Monitorar exames laborais (eletrólitos) Registrar peso diariamente			
40. Troca de gases prejudicada	Avaliar a perfusão tissular Elevar o decúbito Identificar sinais de cianose Monitorar a administração de oxigênio Monitorar a frequência e ritmo respiratório Verificar saturação de oxigênio			

<p>41. Termorregulação ineficaz</p>	<p>Avaliar coloração e a temperatura da pele Ensinar os pais e familiares sobre a termorregulação Identificar fatores de risco para hipertermia Monitorar a temperatura corporal do recém-nascido Monitorar a temperatura e umidade da incubadora e berço aquecido Monitorar sinais vitais</p>			
<p>42. Ventilação espontânea prejudicada</p>	<p>Aspirar vias aéreas Manter as vias aéreas pérvias Monitorar administração de oxigênio Monitorar a coloração da pele e a perfusão periférica Manter o tubo endotraqueal pérvio Monitorar a fixação do tubo endotraqueal.</p>			

Apêndice G- Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO DE BANCO DE DADOS COM DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL DE ENSINO DE BELO HORIZONTE

Pesquisador: Tânia Couto Machado Chianca

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 30219214.1.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.131.951

Apresentação do Projeto:

Conforme descrito pela pesquisadora, em sua versão atual: "O objetivo Geral da pesquisa é construir banco de dados com diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem específicos para as linhas de Cuidado Clínico, Cuidado Cirúrgico, Cuidado Intensivo, Cuidado Materno-Infantil e Pronto Socorro do Hospital Risoleta Tolentino Neves. Trata-se de um estudo descritivo, amostra composta por enfermeiros, dividido em quatro etapas: identificação dos problemas de enfermagem para cada paciente e levantamento de diagnósticos de enfermagem NANDA-I para estes; mapeamento dos diagnósticos identificados a intervenções de enfermagem constituintes da Nursing Interventions Classification (NIC); construção de um banco de dados com os diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem, oriundo do mapeamento realizado, específico para cada unidade; validação junto aos enfermeiros em oficinas a concordância com o banco de diagnósticos e intervenções estabelecidos para os pacientes. Cálculo de concordância e prevalência serão realizados".

Objetivo da Pesquisa:

Conforme apresentado pela pesquisadora, no formulário de informações básicas da Plataforma Brasil:

Objetivo Primário: