

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

ODELLE MOURÃO ALVES

**APLICATIVO PARA APOIO AO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA
ASSISTÊNCIA AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

**VITÓRIA
2020**

ODELLE MOURÃO ALVES

**APLICATIVO PARA APOIO AO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA
ASSISTÊNCIA AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa: O cuidar em enfermagem no processo de desenvolvimento humano.

Orientadora: Dr^a. Franciéle Marabotti Costa Leite

Coorientadora: Dr^a. Cândida Caniçali Primo.

VITÓRIA

2020

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

A474a Alves, Odelle Mourão, 1983-
Aplicativo para apoio ao processo de enfermagem na assistência as mulheres em situação de violência sexual / Odelle Mourão Alves. - 2020.
150 f. : il.

Orientadora: Franciéle Marabotti Costa Leite.
Coorientadora: Cândida Caniçali Primo.
Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) -
Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Violência contra a mulher. 2. Violência sexual. 3. Tecnologias em saúde. 4. Processo de enfermagem. 5. Cuidados de enfermagem. I. Leite, Franciéle Marabotti Costa. II. Primo, Cândida Caniçali. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 61

ODELLE MOURÃO ALVES

**APLICATIVO PARA APOIO AO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA
ASSISTÊNCIA AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área de concentração Cuidado e Administração em Saúde e linha de pesquisa O cuidar em enfermagem no processo de desenvolvimento humano.

Aprovada em 01 de abril de 2020.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Franciéle Marabotti Costa Leite
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Cândida Caniçali Primo
Universidade Federal do Espírito Santo
Coorientadora

Prof. Dr. Fábio Lúcio Tavares
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Externo

Prof^a. Dr^a. Priscilla Silva Machado
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Suplente Externo

Prof^a. Dr^a. Eliane de Fátima Almeida Lima
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Interno

Prof^a. Dr^a. Márcia Valéria de Souza Almeida
Universidade Federal do Espírito Santo
Suplente Interno



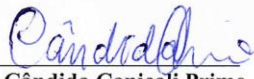
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM


Ata da Sessão de Dissertação Final de Mestrado em Enfermagem da(o) mestranda(o)
ODELLE MOURÃO ALVES


Ao primeiro dia do mês de abril do ano de dois mil e vinte, às treze horas e trinta minutos, via Webconferência, foi instalada a sessão pública para julgamento do relatório de **Dissertação Final de Mestrado** elaborado pela(o) mestranda(o) **ODELLE MOURÃO ALVES**, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, matriculada(o) sob número **2017231337**, intitulado: **“APLICATIVO EDUCACIONAL PARA APOIO AO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL”**. Após a abertura da sessão, o(a) Prof^(a). Dr^(a). **Franciéle Marabotti Costa Leite**, Orientador(a) e Presidente, deu seguimento aos trabalhos, apresentando os demais examinadores, os(as): Prof^(a). Dr^(a) **Cândida Caniçali Primo**, Coorientador(a), Prof^(a). Dr^(a) **Fábio Lúcio Tavares**, Membro Titular Externo, Prof^(a). Dr^(a) **Eliane de Fátima Almeida Lima**, Membro Titular Interno, Prof^(a). Dr^(a) **Priscilla Silva Machado**, Suplente Externo e, Prof^(a). Dr^(a) **Márcia Valéria de Souza Almeida**, Suplente Interno. Foi dada a palavra à autora, que expôs seu trabalho e, em seguida, ouviram-se as apreciações e recomendações dos respectivos membros da banca. A seguir, procedeu-se à arguição e respostas da aluna. Ao final, a banca, reunida em separado, resolveu APROVAR (aprovar/reprovar). A Banca Examinadora elaborou o seguinte parecer: *Apresentação clara e objetiva. Terceridade de delimitação para a Enfermagem. Objetivos coerentes e positivos. Metodologia adequada. Resultados alcançados. Produção consistente com o Mestr. Boa formatação. Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão e lavrada a presente ata que será assinada por quem de direito.*

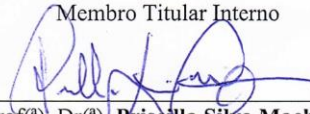
Vitória, 01 de abril de 2020.

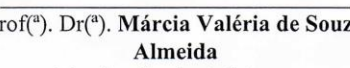

Prof^(a). Dr^(a). **Franciéle Marabotti Costa Leite**
Orientador(a) e Presidente


Prof^(a). Dr^(a). **Cândida Caniçali Primo**
Coorientador(a)


Prof^(a). Dr^(a). **Fábio Lúcio Tavares**
Membro Titular Externo


Prof^(a). Dr^(a). **Eliane de Fátima Almeida Lima**
Membro Titular Interno


Prof^(a). Dr^(a). **Priscilla Silva Machado**
Membro Suplente Externo


Prof^(a). Dr^(a). **Márcia Valéria de Souza Almeida**
Membro Suplente Interno

À minha família, em especial, aos meus pais, por todo amor, dedicação e abdições para me proporcionar o estudo, e aos meus irmãos, que sempre me incentivaram e estiveram presentes em minhas dificuldades e conquistas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, pela dádiva da vida e por me permitir realizar tantos sonhos nesta existência. Obrigado por me permitir errar, aprender e crescer, por Sua eterna compreensão e tolerância, por Seu infinito amor, pela Sua voz “invisível”, que não me permitiu desistir e principalmente por ter me dado uma família tão especial.

Aos meus pais, Assunção e Oberdan, pelo exemplo de vida e de família, por sempre acreditarem em mim e por abdicarem das suas vidas em prol das realizações e da felicidade dos seus filhos.

Aos meus queridos irmãos, Hermanio e Julie, por toda preocupação, aconselhamento, carinho e incentivo, por estarem sempre presentes apesar da distância.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Franciéle Marabotti Costa Leite, uma pessoa iluminada e uma profissional incrível, obrigada pela amizade, carinho, disponibilidade, incentivo e inúmeros ensinamentos pessoais e profissionais.

À minha coorientadora, Prof^a. Dr^a. Cândida Caniçali Primo, pelo incentivo e pelos desafios proporcionados e por sempre ter me estimulado aos estudos.

Aos professores, membros da banca, pela disponibilidade e pelas contribuições que proporcionaram o enriquecimento do estudo.

Às colegas da turma do mestrado profissional, por todo apoio e incentivo durante o percurso do mestrado.

Aos docentes do Mestrado Profissional, pelos valiosos ensinamentos nesta caminhada.

A todos os funcionários da Unidade Materno Infantil do HUCAM, em especial às Enfermeiras Karina Fiorotti e Fabíola Zanetti, pelo exemplo profissional e todo incentivo prestado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) e ao Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, através do Edital CAPES/COFEN nº 27/2016 - Código de financiamento 001.

A todos meus sinceros agradecimentos!

ALVES, Odelle Mourão. **Aplicativo para apoio ao processo de enfermagem na assistência as mulheres em situação de violência sexual.** Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória. 2020.

RESUMO

Introdução: A violência sexual é considerada uma das mais graves e cruéis manifestações da violência de gênero. Essa violência se estende pela história até os dias atuais em uma dimensão pandêmica, capaz de gerar graves consequências de curto e longo prazo para a saúde das mulheres, tanto no campo físico e psicológico quanto no econômico. Nesse contexto, o enfermeiro deve estar capacitado para prestar uma assistência qualificada capaz de acolher, investigar hipóteses diagnósticas e assistir à mulher em suas necessidades humanas alteradas. O processo de enfermagem é o instrumento para a operacionalização dessa assistência. No entanto, ainda não existe na maioria dos serviços uma organização do processo de enfermagem a esta clientela, não sendo realizado sistematicamente.

Objetivo geral: Identificar os principais diagnósticos de enfermagem relacionados às necessidades humanas básicas alteradas nas mulheres em situação de violência sexual; validar os diagnósticos de enfermagem correlacionando as intervenções de enfermagem; e desenvolver um aplicativo para apoio ao processo e à consulta de enfermagem.

Metodologia: estudo metodológico que utilizou o referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas de Horta e as classificações North American Nursing Diagnosis Association – International, Nursing Intervention Classification e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, desenvolvido em três etapas: 1) identificação dos principais diagnósticos de enfermagem; 2) validação dos diagnósticos, intervenções de enfermagem pelo método Delphi; e 3) construção de um aplicativo móvel.

Resultados: Esta pesquisa teve como resultado o levantamento de 32 diagnósticos de enfermagem correlacionados com 374 intervenções de enfermagem voltados para o cuidado da mulher em situação de violência sexual, que obtiveram índice de concordância acima de 80% entre os juízes especialistas realizados em dois rounds do método Delphi.

Produtos: A partir dos resultados foram elaborados duas produções técnicas: um material didático intruacional contendo os diagnósticos, intervenções de enfermagem correlacionadas voltados a mulher em situação de violência sexual para ser utilizado nos atendimentos ambulatoriais e hospitalar gineco-obstétrica e o aplicativo “CuidarTech EnfPorELas” que apresenta três opções de navegação: “Diagnósticos e intervenções de enfermagem” – contém os diagnósticos, intervenções de enfermagem relevantes para a assistência à mulher em situação de violência sexual; “Processo de Enfermagem” – exibe conteúdos teóricos sobre o Processo de Enfermagem; e “Créditos” - a equipe executora; e uma produção bibliográfica em forma de artigo.

Conclusão: O aplicativo é uma tecnologia inédita que pode contribuir no trabalho do enfermeiro, direcionando a assistência a mulheres em situação de violência sexual por meio do processo de enfermagem.

Descritores: Violência contra a mulher. Violência sexual. Tecnologias em saúde. Cuidados de enfermagem. Processo de enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Sexual violence is considered one of the most severe and cruel expressions of gender violence. This violence extends throughout history until the present days in a pandemic dimension, capable of generating serious consequences to the health of women in short and long terms, in the physical, psychological and economic areas. In this context, the nurse should be capable to give qualified assistance that is able to accommodate, to investigate diagnostic hypothesis, and to assist women in their altered human needs. The Nursing Process is an instrument for the operationalization of this assistance. However, the university hospital does not have an organized nursing process for this clientele, and it is not done systematically.

General Objective: To identify the main nursing diagnoses related to the basic altered human needs; to validate the nursing diagnoses, correlating the nursing interventions and activities; and to develop an educational application to support the process and the nursing visit in the assistance of the woman in situation of sexual violence.

Methodology: This is a methodological study that used the theoretical reference of the Basic Human Needs of Horta, the classifications North American Nursing Diagnosis Association and International and Nursing Intervention Classification and International Classification for Nursing Practice, developed in three stages: 1) Identification of the main nursing diagnoses; 2) Validation of the nursing diagnoses, interventions through the Delphi method; and 3) The construction of a mobile application.

Results: This research had as result the mapping of 32 Nursing diagnoses correlated with 374 nursing interventions, focused on the care of the woman in situation of sexual violence. The application “CuidarTech EnfPorELas” presents three navigation options: “Nursing diagnoses and interventions” – containing nursing diagnoses and interventions that are relevant for the assistance to the woman in situation of sexual violence; “Nursing Process” – exhibits theoretical contents about the Nursing Process; and “Credits” – the executive team.

Conclusion: The application is an original piece of technology that can contribute to the work of the nurse, directing the assistance to women in situation of sexual violence through the Nursing Process.

Descriptors: Violence Against Women. Sexual Violence. Health Technologies. Nursing Care. Nursing Process.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Esquema representativo da Técnica Delphi	36
Aplicativo móvel		
Figura 1	Menu principal do APP	100
Figura 2	Navegabilidade entre diagnósticos e intervenções de enfermagem, utilizando como exemplo o diagnóstico de enfermagem “Ansiedade”	101
Figura 3	Tela do Processo de Enfermagem com o submenu para seleção	102
Figura 4	Conteúdo teórico Processo de Enfermagem	103
Figura 5	Conteúdo teórico das Necessidades Humanas Básicas	103
Figura 6	Conteúdo teórico NANDA-I	104
Figura 7	Conteúdo teórico NIC	104
Figura 8	Créditos na elaboração do APP	105
Artigo		
Figura 1	Menu principal do aplicativo “CuidarTech EnfPorElas”	114
Figura 2	Navegabilidade entre diagnóstico conforme as Necessidades Humanas Básicas	115
Figura 3	Navegabilidade entre diagnóstico e intervenções de enfermagem, utilizando como exemplo o diagnóstico de enfermagem “Ansiedade”	116

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Diagnósticos de enfermagem NANDA e suas características definidoras e fatores relacionados para violência sexual	42
Quadro 2	Validação dos diagnósticos de enfermagem NANDA com índice de concordância entre os juízes realizadas na primeira rodada	53
Quadro 3	Relação entre os diagnósticos - NANDA e as intervenções de enfermagem – NIC e CIPE® para violência sexual.	55
Quadro 4	Mapa conceitual do APP CuidarTech EnfPorElas	99

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

AGHU	Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LAVISA	Laboratório de Estudos sobre Violências e Acidentes
LOOP	Laboratório e Observatório de Ontologias Projetuais
NANDA-I	North American Nursing Diagnosis Association - International
NIC	Nursing Intervention Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
PAVIVIS	Programa de Atendimento à Vítimas de Violência Sexual
PCSVDF Mulher	Pesquisa de Condições Socioeconômicas e Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher
PPGENF	Programa de Pós-graduação em Enfermagem
OMS	Organização Mundial de Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	TEMPORALIDADE DA AUTORA	11
1.2	JUSTIFICATIVA E PROBLEMATIZAÇÃO	12
1.3	OBJETIVOS	15
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1	VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER: DEFINIÇÕES, MAGNITUDE E IMPACTO NA SAÚDE	16
2.2	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E PROCESSO DE ENFERMAGEM	25
2.3	A TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	30
3	METODOLOGIA	34
3.1	TIPO DE PESQUISA	34
3.2	ESTAPAS E DESENVOLVIMENTO	34
3.2.1	Primeira etapa: Identificação dos diagnósticos de enfermagem	34
3.2.2	Segunda etapa: Validação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem	35
3.2.3	Terceira etapa: elaboração do aplicativo móvel para consulta	38
3.2.3.1	Definição de requisitos e elaboração do modelo conceitual do aplicativo	38
3.2.3.2	Geração das alternativas de implementação e prototipagem	38
3.2.3.3	Testes	38
3.2.3.4	Implementação	39
3.3	ASPECTOS ÉTICOS	39
4	RESULTADOS	40
4.1	PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA: ARTIGO CIENTÍFICO	40
4.2	PRODUÇÃO TÉCNICA	52
4.2.1	Aplicativo móvel contendo diagnósticos e intervenções de enfermagem validadas para mulheres em situação de violência sexual	52
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
	REFERÊNCIAS	127
	APÊNDICES	135
	ANEXOS	145

1 INTRODUÇÃO

1.1 TEMPORALIDADE DA AUTORA

Formada como enfermeira desde 2008, grande parte da minha formação profissional foi construída na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), inicialmente como enfermeira da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, onde pude vivenciar, em meu cotidiano, acontecimentos envolvendo pessoas em situações de suspeita ou vitimização de violência doméstica. Tais casos eram trabalhados com a equipe multidisciplinar e a rede de proteção municipal.

A maior aproximação com a temática da violência sexual contra a mulher se deu através do ingresso como enfermeira assistencial no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) em 2014, no qual fui lotada na Unidade Materno Infantil e Saúde da Mulher. Essa unidade é referência estadual para atendimento às pessoas vítimas de violência sexual, bem como ao procedimento do abortamento legal.

É importante destacar que a violência sexual é um fenômeno com impacto negativo na saúde física e mental da vítima. Desse modo, enquanto espaço de referência na assistência às vítimas de violência, o HUCAM deve prover um cuidado sistematizado, integral e qualificado. Todavia, nota-se que a assistência, no que tange ao cuidado de enfermagem, ainda necessita ser mais bem organizada. Esse fato sempre me gerou inquietação, considerando a importância da promoção qualificada no atendimento a essas vítimas.

Dessa maneira, com a necessidade de ampliar meus conhecimentos, e a compreensão acerca desse complexo fenômeno que é a violência contra a mulher, em 2016, comecei a participar do Laboratório de Estudos sobre Violências e Acidentes (LAVISA) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), onde pude avançar nas discussões sobre o tema e ampliar o entendimento sobre esse agravo. No ano de 2017, tive a oportunidade de ingressar no Mestrado Profissional de Enfermagem através do Projeto Tecnologias como mediadoras da implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Espírito Santo oferecido pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) da UFES, pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

A inserção no PPGENF se deu com a proposta de desenvolvimento de uma tecnologia que pudesse contribuir na sistematização da assistência de enfermagem à mulher vítima de violência sexual, em especial relacionada ao processo de enfermagem, promovendo um cuidado humanizado e individualizado de acordo com as particularidades de cada mulher.

1.2 JUSTIFICATIVA E PROBLEMATIZAÇÃO

A violência sexual é uma das formas mais cruéis de violência de gênero que persiste por diversas culturas e atravessa períodos históricos, nações e fronteiras, e cuja compreensão remonta a uma trama de raízes profundas e produz consequências traumáticas e indelévels para quem a sofre (BRASIL, 2012). Para Cerqueira e Coelho (2014), esse tipo de violência macula a dignidade humana por meio da violação do próprio corpo, e apresenta reflexos que vão além, estendendo-se aos filhos e familiares que compartilham a dor e o sofrimento, com consequências psicológicas que podem perdurar por toda a vida e possivelmente dinamizar a violência nos centros urbanos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência sexual afeta grande proporção de mulheres, com prejuízos ao bem-estar físico, sexual, reprodutivo, emocional, mental e social do indivíduo e da família. Evidências mostram que mulheres que sofreram violência sexual comparecem mais vezes aos serviços de saúde para consultas ao longo da vida, com consequentes gastos significativamente mais altos em atendimento de saúde do que aquelas que não sofreram violência (OMS, 2015).

Nesse cenário, a rede de saúde, muitas vezes, é a primeira porta de entrada para uma situação de violência que deve ser valorizada pelo profissional de saúde a fim de acolher, investigar hipóteses diagnósticas e assistir a mulher. Por isso, as unidades de saúde que tenham serviços de ginecologia e obstetrícia constituídos devem estar capacitadas para o atendimento a esses casos (BRASIL, 2012).

Desse modo, considerando o Hospital Universitário ser uma instituição da rede de saúde responsável pelo atendimento às mulheres em situação de violência sexual, é fundamental que a Unidade Materno Infantil e Saúde da Mulher que recebe a vítima promova uma assistência de enfermagem sistematizada a essa clientela. Além disso, por se tratar de um fenômeno que envolve um pacto de silêncio, o

enfermeiro deve possuir competência de comunicação e habilidade em saber como lidar com as vítimas por meio do vínculo afetivo, bem como contribuir com as ações interdisciplinares de enfrentamento à violência. No que se refere às atividades assistenciais, específicas da enfermagem, deve possuir competências para realizar o processo de enfermagem identificando e diagnosticando as diversas alterações sofridas pelas mulheres (TAPIA; ANTONIASSI; AQUINO, 2014).

Assim, o processo de enfermagem é um instrumento metodológico que deve ser realizado de modo deliberativo e sistemático, organizando-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e correspondentes, baseadas em referencial teórico que oriente a coleta de dados, a identificação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, fornecendo a base para a avaliação dos resultados. Toda a sua execução deve ser registrada formalmente, envolvendo um resumo dos dados coletados; os diagnósticos acerca das respostas da pessoa, da família ou da coletividade humana em dado momento do processo saúde e doença; as ações ou intervenções realizadas perante os diagnósticos de enfermagem identificados; e os resultados alcançados (COFEN, 2009).

Como detentor de conhecimento, o enfermeiro deve estar capacitado para oferecer suporte e manejo adequado às mulheres vítimas de violência sexual, responsabilizando-se pela organização do serviço, pela capacitação da equipe de enfermagem e pelo trabalho multidisciplinar (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013). Nesse contexto, o processo de enfermagem constitui uma tecnologia capaz de auxiliar o enfermeiro no julgamento clínico e no raciocínio diagnóstico para o levantamento dos cuidados diante de problemas reais e potenciais de saúde voltados para o alcance de resultados que sejam sensíveis às intervenções de enfermagem, conferindo cientificidade ao cuidado prestado (CRUZ *et al.*, 2016).

É importante ponderar que os avanços tecnológicos têm contribuído para facilitar e auxiliar as ações diárias de enfermagem, e podem ser utilizados em diferentes contextos, tanto assistenciais quanto educacionais (MORAES DE SABINO *et al.*, 2016). O uso da tecnologia em saúde ainda pode desenvolver aos estudantes de enfermagem habilidades cognitivas e psicomotoras, com valorização dos preceitos morais e éticos orientadores de condutas individuais e coletivas com a organização do processo de trabalho a fim de formar profissionais com uma visão integral e holística do cuidado (MILLÃO *et al.*, 2017).

As tecnologias do cuidado são divididas em dura, leve-dura e leve. Tecnologia dura refere-se ao instrumental complexo, englobando os equipamentos para tratamentos, exames e a organização das informações; a leve-dura refere-se aos saberes profissionais bem estruturados com a clínica, a epidemiologia e os demais profissionais que compõem a equipe, relacionando conhecimento e metodologias assistenciais na execução do cuidado. As tecnologias leves são aquelas utilizadas nas relações humanas, como a produção de vínculo, autonomização e acolhimento, no encontro entre o profissional e o usuário/paciente (FRANCO; MERHY, 2012).

O processo de enfermagem se apresenta como uma tecnologia de cuidado leve-dura que orienta e consolida sistematicamente o raciocínio crítico e o julgamento clínico, conferindo cientificidade ao cuidado prestado pelo enfermeiro, sendo um método eficaz que contribui para a visibilidade e a valorização da enfermagem, bem como melhorando a qualidade da assistência e dos registros (MANGUEIRA *et al.*, 2012; CRUZ *et al.*, 2016).

Para aplicação do processo de enfermagem, deve-se utilizar uma linguagem padronizada, visto que ela tem a capacidade de delinear a prática clínica e apresentar conceitos significativos para a enfermagem, sendo o cerne do entendimento comum da profissão. As classificações se relacionam com as fases do processo de enfermagem, sendo as mais conhecidas as de Diagnósticos de Enfermagem, a North American Nursing Diagnosis Association – International (NANDA-I), de Intervenções de Enfermagem, a Nursing Intervention Classification (NIC), de Resultados de Enfermagem – Nursing Outcomes Classification (NOC); e integrando diagnóstico, intervenção e resultado, tem-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010).

Ainda de acordo com a Resolução 358/2009, o processo de enfermagem precisa basear-se em um suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos e intervenções de enfermagem; e que oriente a avaliação dos resultados alcançados (COFEN, 2009). Logo, desde 2015, uma comissão de processo de enfermagem, composta por enfermeiros de diversos setores do HUCAM e professores do Departamento de Enfermagem da UFES, vem trabalhando na implantação do processo no hospital e, após estudos e discussões, decidiu pelo uso do referencial teórico da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta (HORTA, 2011). Em relação à classificação de enfermagem a ser utilizada, adotou-se a classificação NANDA-I, tendo em vista a

incorporação do HUCAM à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), em 2013, e a adoção do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) que utiliza as classificações NANDA-I e NIC.

Diante do exposto, considerando a inexistência de um cuidado de enfermagem sistematizado às mulheres vítimas de violência sexual atendidas no HUCAM, constatou-se a necessidade de elaboração de um instrumento norteador como ferramenta de melhoria para o cuidado de enfermagem a essas pacientes, com diagnósticos e intervenções de enfermagem baseados no referencial das Necessidades Humanas Básicas e terminologia padronizada NANDA-I e NIC.

Assim, visando prover um cuidado sistemático e qualificado, bem como facilitar a documentação em saúde, a comunicação entre os profissionais e a tomada de decisões no cuidado, justifica-se a realização deste estudo, que tem por objetivo responder à seguinte questão norteadora: “Quais os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem que podem compor uma tecnologia que contribua no desenvolvimento do processo de enfermagem à mulher vítima de violência sexual?” Com isto, esta pesquisa tem como objeto de estudo o processo de enfermagem à mulher vítima de violência sexual.

1.3 OBJETIVOS

- Identificar os principais diagnósticos de enfermagem relacionados às necessidades humanas básicas alteradas nas mulheres em situação de violência sexual.
- Validar os diagnósticos de enfermagem correlacionando às intervenções de enfermagem.
- Desenvolver um aplicativo para apoio ao processo e consulta de enfermagem na assistência a esta clientela.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER: DEFINIÇÕES, MAGNITUDE E IMPACTO NA SAÚDE

A desigualdade de gênero é um fenômeno social que ainda se constitui como uma das grandes contradições da sociedade que permanece ao longo da história da civilização e coloca as mulheres em um lugar social de subordinação. É considerada como uma das mais extremas manifestações de violência, resultante de uma assimetria de poder através da força e dominação e influenciando significativamente sobre o modo de viver, adoecer e morrer das mulheres (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009).

A OMS (2015) define violência de gênero como qualquer ato de violência que tenha como resultado possível ou efetivo um dano físico, sexual ou psíquico, incluindo ameaças, coerção ou privação arbitrária de liberdade, seja na vida pública ou privada. É importante refletir que a violência contra a mulher é uma prática cultural aprendida e conscientemente orientada para a dominação e com base na relação desigual entre homens e mulheres, portanto, dentro do sexismo, envolve o exercício do patriarcado a todo custo, fundamentado no padrão sociocultural.

Dentre as manifestações da violência de gênero, a violência sexual é uma das mais cruéis e persistentes que atravessa a história e sobrevive em uma dimensão pandêmica atingindo mulheres, adolescentes e crianças, em todos os espaços sociais, sobretudo no doméstico. Também se traduz na forma de violência simbólica e moral, aterrorizando o imaginário das mulheres e produzindo vulnerabilidades, como a sensação de constante insegurança, a fim de contribuir para a perpetuação de uma cultura violenta e patriarcal (BRASIL, 2012).

A violência sexual pode ocorrer tanto no âmbito intrafamiliar, ou seja, entre pessoas que tenham laços afetivos, quanto no âmbito extrafamiliar, no qual ocorre a relação entre pessoas que não possuem parentescos (FACURI *et al.*, 2013). Quando ocorre no ambiente intrafamiliar, é considerada como uma das formas de violência doméstica praticada pelo parceiro íntimo ou família através de uma relação forçada e geralmente associada a outros tipos de violência, como a psicológica e a física (CERQUEIRA; COELHO; FERREIRA, 2017).

A Lei Maria da Penha – Lei 11.340/2006 trata a violência sexual como qualquer conduta que constranja a mulher em presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, impedindo-a ou limitando o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação (BRASIL, 2006).

Na amplitude do conceito de violência sexual trazida pela Lei Maria da Penha, o Código Penal Brasileiro traz a Lei 12.015, de 07 de agosto de 2009, “Dos Crimes Contra a Dignidade Sexual”, que altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, destaca as principais diferenças dos crimes contra a liberdade sexual nos art. 213, 215 e 216^a (BRASIL, 2009).

De acordo com o Código Penal Brasileiro supracitado, o artigo 213 - Estupro é definido como um crime de ação pública, que consiste no ato de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (BRASIL, 2009). É possível que o estupro aconteça nas relações amorosas, especialmente no casamento, união estável e namoro. O marido ou companheiro pode ser o agente ativo do crime de estupro contra a sua esposa ou companheira e muitas delas não denunciam por medo ou até por entender que o sexo no casamento é uma obrigação de ambas as partes (MOTTER, 2011).

Já o artigo 215 apresenta a Violação Sexual Mediante Fraude, conhecida como estelionato sexual, é caracterizada por ter conjunção carnal ou praticar ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima. Por fim, o artigo 216 define Assédio Sexual, que é constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função (BRASIL, 2009).

No que tange às estatísticas, é importante destacar a fragilidade dos dados de incidências e prevalências da violência sexual, em decorrência da subnotificação. Todavia, mesmo diante desse fato, estima-se que a violência sexual afete cerca de 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo (PINTO *et al.*, 2017). Dados do

Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência mostra que uma em cada três mulheres no mundo foi vítima de violência física ou sexual perpetrada por parceiro íntimo em algum momento de sua vida (OMS, 2015). Estudo recente mostrou que o dobro das notificações realizadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) teve como perpetradores familiares ou conhecidos das vítimas, evidenciando, desse modo, a gravidade do problema da violência doméstica (CERQUEIRA; COELHO; FERREIRA, 2017).

Ainda no Brasil pouco se conhece sobre a questão do estupro em termos da sua prevalência, regularidade temporal e espacial e fatores subjacentes. Isso se dá devido à elevada escassez de dados e informações precisas e da invisibilidade do fenômeno, que começou a ser problematizado apenas nos últimos anos, principalmente quando a notificação de violências passa a integrar a lista de notificação compulsória, em 2011 (CERQUEIRA; COELHO; FERREIRA, 2017). Com isso, o Ministério da Saúde pretende que todos os casos de estupro atendidos nos serviços de saúde de todo o país sejam registrados, por meio da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, e inseridos no SINAN (BRASIL, 2015).

No estudo realizado por Cerqueira, Coelho e Ferreira (2017), por meio das bases de dados do SINAN, de 2011 a 2014, foram identificados no Brasil 20.085 casos de notificações de estupros, enquanto os registros policiais tiveram 47.646 notificações, sendo apenas uma pequena parcela dos eventos de violência sexual que acontecem no Brasil e que terminam invisíveis aos olhos do Estado e da sociedade, uma vez que existe o viés da subnotificação.

Dados da Pesquisa de Condições Socioeconômicas e Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher (PCSVDF Mulher) revelou que 2,42% das mulheres entre 15 e 49 anos, residentes nas capitais nordestinas, no período de um ano, foram vítimas de agressões sexuais, isso sem contar os casos não relacionados à violência doméstica (CARVALHO; OLIVEIRA, 2016).

Estudo realizado no município de Vitória, ES, mostra uma proporção de 5,7% de violência sexual praticada pelo parceiro íntimo, sendo que as mulheres de menor renda familiar foram vítimas cerca de três vezes mais do que as mulheres com renda superior, e o grupo de maior prevalência está entre 50 a 59 anos, com prevalência 2,5 vezes maior do que o grupo de 20 a 29 anos. Outro fator de observação no estudo é que a violência sexual foi cerca de duas vezes mais prevalente no grupo que sofreu violência sexual na infância (LEITE *et al.*, 2017).

De acordo com o balanço do primeiro semestre de 2016 da Central de Atendimento a Mulher – serviço ofertado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres do Ministério da Justiça e Cidadania com objetivo de receber denúncias via telefone e reclamações, bem como orientar sobre seus direitos e as legislações vigentes, os dados indicam que 4,30% são denúncias referentes à violência sexual, sendo 84,12% relatos de estupros, seguidos por relatos de exploração sexual (9,96%) e assédio sexual no trabalho (5,92%) (BRASIL, 2016). Corroborando o supracitado, Nunes, Lima e Moraes (2017) também apresentam em seus estudos que, quanto à violência sexual, o estupro foi mais frequentemente notificado, seguido da exploração sexual e do assédio sexual. Revela ainda um aumento de 147% nos casos de estupros em relação ao mesmo período de 2015, com média de 13 relatos de casos por dia (BRASIL, 2016).

Segundo Bedone e Faúndes (2007), muitos crimes sexuais são cometidos por agressores que convivem com as vítimas, o que leva a mulher a ocultar as agressões com medo de represálias, por permanecer no mesmo ambiente que eles. Cerqueira, Coelho e Ferreira (2017) mostram que, enquanto os agressores de crianças e adolescentes pertencem ao círculo familiar próximo, as mulheres acima de 18 anos eram vítimas, em sua maioria, de agressores desconhecidos e, em segundo plano, amigo e conhecido. A violência sexual praticada por agressores desconhecidos está frequentemente associada a maiores taxas de agressão física, como força corporal, espancamento e ameaça às vítimas, utilizando-se de enforcamento, objetos contundentes ou cortantes e armas de fogo, além de outros tipos de agressão (FACURI *et al.*, 2013; NUNES; LIMA; MORAIS, 2017).

É válido refletir que a violência exerce forte pressão sobre sistemas de saúde e de justiça criminal, os serviços sociais e de bem-estar e a estrutura econômica das comunidades. As consequências sociais e para a saúde, de atos de violência, têm alto custo econômico para os países devido à necessidade de tratamento, serviços de saúde, cuidados emergenciais e respostas da justiça criminal (OMS, 2015).

A violência sexual apresenta graves consequências, em curto e longo prazo, para a saúde das mulheres, estendendo-se nos campos físico, psicológico e econômico. No âmbito dos danos físicos, os hematomas e lacerações genitais e anais costumam ser os mais frequentes de acordo com a norma técnica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015); ainda, quando há o emprego de violência

física, a vítima pode apresentar também contusões e fraturas pelo corpo, que podem até levar ao óbito (CERQUEIRA; COELHO; FERREIRA, 2017).

Além disso, a experiência da violência sexual pode acarretar danos reprodutivos e ginecológicos, como a gravidez indesejada, problema que se desdobra em uma gama de implicações, tais como o risco de abortamentos clandestinos, com consequências físicas variáveis, desde processos anêmicos e infecciosos até a perda de órgão ou óbito materno; e risco gestacional com complicações na gravidez: prematuridade, óbito fetal, anóxia perinatal, abandono de recém-nascido, infecção puerperal e outras (MATTAR *et al.*, 2007).

No estudo realizado por Nunes *et al.* (2017), em relação à gravidez decorrente do estupro, as mulheres que sofreram violência intrafamiliar apresentaram maior incidência em engravidar e dar continuidade à gestação, enquanto as mulheres que foram violentadas por mais de um agressor obtiveram menor incidência desse desfecho. Segundo a OMS (2012), a violência sexual praticada pelo parceiro íntimo durante a gravidez aumenta a probabilidade de aborto, aborto espontâneo, natimortos, bebês prematuros e baixo peso ao nascer. Essas consequências também são descritas por Garcia *et al.* (2016) que apresentam em seu estudo que mulheres em situação de violência sexual pelo parceiro íntimo, associada ou não à violência física, apresentam maior potencial para gestações com risco de partos prematuros, baixo peso fetal e crescimento intrauterino restrito, devido à exposição crônica de estresse. Ainda, o Guidelines da WHO (2003) aponta como consequências da violência sexual as infecções geniturinárias de repetição e reforça a presença de Doença Inflamatória Pélvica (DIP), além da dor pélvica.

A dor pélvica vem sendo relacionada à violência contra a mulher, como cita Deus *et al.* (2014) em seu estudo com mulheres com Dor Pélvica Crônica, que constatou uma frequência de 15,8% de abuso físico e de 11% de abuso sexual na população, sendo que as mulheres que sofreram abuso físico obtiveram melhora na escala da dor após intervenção, enquanto as mulheres que sofreram violência sexual não apresentaram melhora, sugerindo uma sequela psicológica. Outro achado interessante foi um estudo realizado por Lessa *et al.* (2013) com mulheres portadoras de Doença Pélvica Crônica que evidenciou que a Síndrome do Intestino Irritável esteve mais associada à história de violência, seja física ou sexual (P=0,002).

De acordo com os estudos realizados por Faúndes *et al.* (2006), a mulher em situação de violência sexual tem risco de adquirir uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) até 30% a mais, quando não tratadas precocemente, que podem levar a sérias complicações ginecológicas em longo prazo, como doenças inflamatórias pélvicas, esterilidade de causa tubária, gravidez ectópica e dor pélvica crônica. Em outra pesquisa, a violência sexual esteve associada a um risco de pelo menos uma IST, podendo chegar até 60%, com taxas variáveis de infecção para cada agente específico. Essa prevalência depende de diversas variáveis, como tipo de violência sofrida (vaginal, anal ou oral), número de agressores, tempo de exposição (única, múltiplas e/ou crônicas), traumatismos genitais, idade e suscetibilidade da mulher, condição himenal, presença de IST prévia e a forma de constrangimento utilizada pelo agressor (BRASIL, 2012). Somando aos dados apresentados, mulheres vítimas de violência sexual têm 1,5 vezes mais chances de adquirir o HIV, em comparação com mulheres que não a sofreram (WHO, 2014).

O estupro é a causa potencial de infecção direta pelo vírus HIV para algumas mulheres, no entanto existe baixo risco de transmissão do vírus HIV durante um único ato sexual, mesmo em contextos de alta prevalência, estando mais expostas as mulheres que vivenciam relações cronicamente abusivas com o mesmo indivíduo e são incapazes de negociar o uso de preservativos para o sexo seguro (OMS, 2012).

No que tange aos aspectos comportamentais, a literatura aponta que a vivência da agressão sexual vem sendo associada a comportamentos de alto risco, como tabagismo, uso nocivo de álcool e drogas ilícitas e sexo não seguro (CERQUEIRA; COELHO; FERREIRA, 2017; FACURI *et al.*, 2013). Além disso, estudo realizado com usuárias de atenção primária identificou que mulheres que sofreram violência sexual ou física apresentaram maior prevalência para a não realização do exame de Papanicolau nos últimos três anos (LEITE, 2016). Segundo a autora, a busca da consulta ginecológica pelas mulheres que sofreram agressões físicas ou sexuais por seus parceiros pode ser restringida pela vergonha e pelo medo de represálias por parte do parceiro, cabendo aos profissionais imprimir esforços na tentativa de alcançar essas mulheres para promover a oportunidade de rastreamento com assistência de qualidade.

O exame preventivo é a principal técnica de prevenção do câncer do colo do útero, cuja etiologia principal é o vírus do HPV, sexualmente transmissível. Isso pode

levar à reflexão acerca da vulnerabilidade a que as mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo ficam expostas, ao se submeterem a uma relação sexual insegura, sem uso de preservativo, por serem levadas pelo sentimento de confiança no parceiro, além de não serem capazes de impor seu desejo de se prevenir (SOUZA; COSTA, 2015).

Em termos de danos psicológicos, a violência sexual pode ocasionar diversos transtornos, como depressão, fobias, ansiedade, tentativas de suicídio e síndrome de estresse pós-traumático (CERQUEIRA; COELHO; FERREIRA, 2017). O Ministério da Saúde acrescenta que essas pessoas agredidas vivenciam situações de medo de novas agressões, pânico, baixa autoestima, perda da autonomia para tomada de decisões e, muitas vezes, fragilidade emocional, sendo fator principal para causa de depressão e síndrome do pânico (BRASIL, 2012).

Silva *et al.* (2015) apontam que, após o ato de violência, as consequências psicológicas e sociais correlacionam-se aos aspectos da insegurança, estresse, depressão, bem como às dificuldades com novos relacionamentos, corroborando os estudos supracitados. A violência sexual ainda pode comumente vir acompanhada de sentimentos de culpa, vergonha e medo pelo ocorrido, sendo necessário tempo, cuidado e respeito no atendimento e na escuta ofertados nos serviços de saúde e em toda a rede. Isso significa garantir atendimento e atenção humanizados e escuta qualificada a todos(as) aqueles(as) que acessarem esses serviços (BRASIL, 2015).

Muitas mulheres em situação de violência sexual podem apresentar a Síndrome do Trauma de Estupro, que se caracteriza por um conjunto de respostas ao estresse sofrido. Tal síndrome se inicia imediatamente após o estupro e persiste por aproximadamente 2 a 3 semanas, marcada por um período de desorganização com fortes reações emocionais expressas (choro, soluço, risos, ansiedade, medo de outro ataque, vergonha, autculpa) ou controladas, mascarando seus sentimentos, e, além disso, pode gerar sintomas físicos, como sentimentos de choque e dormência. De 2 a 3 semanas após o evento, a pessoa reorganiza seu estilo de vida podendo ser adaptativo ou mal adaptativo, variando de pessoa para pessoa. Nessa fase podem ocorrer fobias, como medo de multidões ou medo de ficar sozinha, além de comumente apresentar disfunção sexual ou alterações na vida sexual, como aversão sexual, *flashback* do estupro durante o sexo, vaginismo e disfunção orgásmica (WHO, 2003).

De acordo com Souza *et al.* (2013), mulheres que sofrem violência sexual apresentam índices mais severos de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), depressão, ansiedade, transtornos alimentares, distúrbios sexuais e distúrbios do humor. Os principais sintomas do TEPT estão associados a evitar contato sexual ou colocar-se em situações nas quais pode ser revitimizada, principalmente quando a violência sexual ocorre na infância. As vítimas podem ainda apresentar maior insatisfação sexual, perda de prazer, medo e dor, e tais sintomas podem permanecer por anos após a violência. Também são afetadas negativamente a relação com a própria imagem, a autoestima e as relações afetivas, limitando, assim, a qualidade de vida (SOUZA *et al.*, 2013).

Em um estudo de caso controle realizado por Paraventi *et al.* (2011), comprovou-se a existência de relação entre abuso sexual e transtornos alimentares, mostrando-se elevada para a anorexia nervosa com risco de 5,8 vezes maior em indivíduos que sofreram violência sexual na infância; no caso de abusos de repetição, esse risco se eleva para 14,4 vezes mais para a associação. Contrapondo isso, os estudos de Morgan, Vecchiatti e Negro (2002) relacionam os abusos sexuais e físicos à maior ocorrência de bulimia nervosa.

Os transtornos alimentares se desenvolvem gradualmente ao longo dos anos a partir de predisposições individuais e de vulnerabilidade, ou seja, em resposta a qualquer desorganização da vida ou ameaça à integridade física, como ocorre nos abusos sexuais e físicos (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRAO, 2002).

É importante destacar que, apesar dos impactos na saúde, a literatura aponta aspectos que estão inter-relacionados, que favorecem a invisibilidade do efeito da violência sobre a saúde das mulheres nas unidades de saúde: o primeiro refere-se ao fato de a mulher não denunciar a agressão sofrida, apresentando queixas vagas e recorrentes nos serviços de saúde referentes aos danos físicos; o segundo é a predominância de uma qualidade tradicional da assistência pautada pela formação profissional fragmentada e biologicista; e a terceira é a influência do modo como foram construídas as identidades de gênero, impregnadas de estereótipos que colocam as mulheres em lugares de obediência e submissão (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009).

Os efeitos perversos da violência sexual sobre as mulheres vitimizadas, principalmente sob a ótica da saúde, permanecem mesmo após um ano do ocorrido, alterando significativamente a sua qualidade de vida. Todavia, vale ponderar que

nem todas as mulheres reagem do mesmo modo, demonstrando o desenvolvimento de estratégias de resiliência. O comportamento de resiliência é dinâmico e pode ser construído ou desenvolvido antes, durante ou após uma agressão através de interações entre indivíduo e ambiente, levando em consideração seu contexto sociocultural, possibilitando a adaptação às adversidades e a superação do trauma sofrido (MARTINS, 2011).

Desse modo, o serviço deve estar qualificado para a prestação de um atendimento de alta qualidade às vítimas de violência, de modo a minimizar traumas, contribuir na recuperação e prevenir a revitimização. Para que isso ocorra, o atendimento deve visar, além dos cuidados direcionados ao trauma físico, terapias cognitivo-comportamentais ou outras intervenções psicológicas de modo a reduzir as graves consequências dos abusos para a saúde mental. Os serviços devem ser abrangentes e sensíveis às questões de gênero, prestados por equipes capacitadas em atendimento de saúde para ajudá-las na recuperação após o evento traumático e para minimizar consequências de saúde em curto e longo prazos (OMS, 2015).

O acolhimento é essencial para que a mulher perceba que o serviço se interessa pelo seu problema e que a equipe deseja apoiá-la no enfrentamento do evento. Nesse cenário, o enfermeiro deve estar capacitado para prover o manejo adequado juntamente com a equipe multidisciplinar (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013).

É fundamental criar o vínculo afetivo com a vítima, passando confiança e demonstrando interesse em ouvir e ajudar. Desse modo, o enfermeiro poderá contribuir decisivamente para a identificação e a superação das consequências. No entanto, se faz importante a presença de instrumentos e diretrizes que direcionem esse cuidado (TAPIA; ANTONIASSI; AQUINO, 2014).

Nesse contexto, destaca-se a responsabilidade dos órgãos de formação profissional no que se refere a proporcionar aos futuros profissionais experiências de ensino-aprendizagem que os coloquem diante da questão da violência e desenvolvam competências e habilidades que preparam o profissional para o enfrentamento do problema da violência, como compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz. Dessa forma, o profissional de saúde incorpora ferramentas que o habilitam a lidar com o problema da violência, extrapolando competências para além do atendimento clínico, alcançando o usuário em seu meio, nas escolas,

em seus grupos, compreendendo-o como um ser integral, com características e necessidades próprias (BONFIM, 2015).

Diante do exposto, o Processo de Enfermagem permite ao enfermeiro que presta assistência a mulheres vítimas de violência sexual organizar o cuidado prestado com ações efetivas e direcionadas individualmente, gerando como resultado uma assistência de qualidade, segura e humanizada capaz de atender a mulher em todos os seus aspectos físicos e emocionais (BATISTA; AMOR DIVINO; MARTINS, 2018).

2.2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E PROCESSO DE ENFERMAGEM

De acordo com a Resolução COFEN nº 358/2009, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) organiza o trabalho profissional quanto ao pessoal, método e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem, enquanto a definição de processo de enfermagem é que se trata de um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional (COFEN, 2009).

Assim, o processo de enfermagem surge como uma tecnologia capaz de auxiliar o enfermeiro no julgamento clínico e raciocínio diagnóstico, para o levantamento dos cuidados perante problemas reais e potenciais de saúde, voltado para o alcance de resultados que sejam sensíveis às intervenções de enfermagem, conferindo cientificidade ao cuidado prestado (CRUZ *et al.*, 2016).

A Resolução COFEN nº 358/2009 incumbe ao enfermeiro a função de liderar a execução do processo de enfermagem, cabendo-lhe privativamente os diagnósticos de enfermagem e as prescrições das ações ou intervenções de enfermagem (COFEN, 2009).

O processo de enfermagem organiza-se em cinco etapas, sendo elas: Coleta de dados de enfermagem ou Histórico de Enfermagem, que tem como finalidade obter informações da pessoa, família ou comunidade sobre suas respostas em dado momento do processo saúde-doença; Diagnósticos de enfermagem que correspondem à interpretação dos dados coletados na etapa anterior com a tomada de decisão dos diagnósticos que representam com mais exatidão as respostas ao processo saúde-doença, servindo de base para as intervenções; Planejamento de

Enfermagem, os resultados que se espera alcançar a partir dos diagnósticos elencados; Implementação, as ações e intervenções determinadas na etapa do planejamento; e, por fim, os Resultados alcançados, que devem ser realizados de forma deliberativa e contínua a fim de verificar mudanças nas respostas, avaliar se as ações propostas alcançaram os resultados esperados ou propor novas mudanças ou alterações nas etapas do processo (COFEN, 2009).

De acordo com Bonfim (2015), na fase dos Diagnósticos de Enfermagem, tem-se a utilização de diversos sistemas de classificação, sendo o mais conhecido na área hospitalar o proposto pela Associação Norte Americana de Enfermeiras, que é a NANDA-I.

A taxonomia da NANDA-I oferece um modo de classificar e categorizar áreas que preocupam a enfermagem (isto é, focos diagnósticos). Possui 244 diagnósticos de enfermagem, dos quais 17 são novos, agrupados em 13 domínios, ou seja, esferas de conhecimento que se dividem em 47 classes, que são agrupamentos com atributos comuns. Os enfermeiros usam a coleta de dados realizada no processo de enfermagem e o julgamento clínico para formular hipóteses ou explicações sobre problemas reais ou potenciais presentes, riscos e/ou oportunidades de promoção da saúde. Essa coleta de dados pode estar baseada em uma teoria de enfermagem que oferece uma maneira de categorizar grandes quantidades de dados em uma quantidade controlável de padrões ou categorias de dados relacionados (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

O diagnóstico de enfermagem é o julgamento clínico de uma resposta humana à determinada condição de saúde, processo de vida ou a uma vulnerabilidade. Costuma ser dividido em duas partes: descritor ou modificador e foco do diagnóstico ou conceito-chave do diagnóstico. No entanto, o diagnóstico pode ser composto por apenas uma palavra, quando o foco e o modificador são inerentes a um só termo (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Os elementos do diagnóstico da NANDA-I são: identificação, definição do diagnóstico, características definidoras (sinais e sintomas), fatores relacionados (fatores causativos ou associados) e fatores de risco, que são influências que aumentam a vulnerabilidade de indivíduos, família e comunidades ou grupos a um evento não saudável. Nessa nova edição da NANDA-I (2018-2020) houve a inclusão das categorias população em risco e condições associadas em alguns diagnósticos (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Cada diagnóstico de enfermagem tem título e definição claros. Além disso, é fundamental que o enfermeiro conheça os “indicadores diagnósticos” – dados usados para diagnosticar e distinguir um diagnóstico do outro. Tais indicadores incluem características definidoras, que são pistas ou inferências passíveis de observação que se agrupam como manifestações de um diagnóstico, e fatores relacionados, que são um componente que integra todos os diagnósticos de enfermagem com foco no problema. A população em risco são grupos de pessoas que compartilham características suscetíveis a determinada resposta humana; já as condições associadas são diagnósticos médicos, lesões, procedimentos, dispositivos médicos ou agentes farmacêuticos; em ambas as situações, o enfermeiro não pode alterar ou impactar nessas categorias de forma independente, porém conhecê-las auxilia o profissional a analisar e confirmar diagnósticos potenciais (HERDMAN; KAMITSURU, 2018; BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016).

Outro sistema de classificação utilizado no processo de enfermagem refere-se à etapa do Planejamento, no qual são propostas as intervenções de enfermagem e, neste, tem-se a NIC. Essa classificação foi criada com o intuito de documentar e comunicar o cuidado de enfermagem, definindo uma intervenção de enfermagem como “qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico que um enfermeiro realiza para melhorar os resultados do paciente (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016; TOSIN *et al.*, 2016).

As intervenções podem ser realizadas nos pacientes, tanto de forma independente quanto colaborativa, no cuidado direto ou indireto, em todos os âmbitos e especialidades para planejamento do cuidado, na documentação clínica, na comunicação sobre cuidado entre áreas, na integração de dados em sistemas e estabelecimentos, nas pesquisas, na mensuração de produtividade, na avaliação de competência, na facilitação do reembolso, no ensino e no planejamento curricular (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016).

A NIC é composta por 554 intervenções e aproximadamente 13 mil atividades, sendo que as partes padronizadas da intervenção, que são os títulos e suas definições, não podem ser alteradas quando estiverem em uso, permitindo a comunicação entre os diversos locais e a comparação dos resultados. O cuidado, no entanto, pode ser individualizado por meio das atividades, porém todas as

modificações ou atividades extras devem ser coerentes com a definição da intervenção (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) foi desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros e se apresenta como um instrumento complexo e abrangente, uma vez que, inclui uma variedade de termos e definições para compor enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem conforme seu modelo de Sete Eixos (Foco, Julgamento, Meios, Ação, Tempo, Localização e Cliente) (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010). O seu desenvolvimento e padronização foram fundamentadas na Organização Internacional para Padronização, a ISO 18104 (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2017).

O processo de enfermagem, mesmo normatizado pelo COFEN, não é ensinado amplamente na graduação em enfermagem. Pesquisa aponta que os docentes enfermeiros não ensinam ou exigem a utilização do processo de enfermagem de forma completa pelos discentes, sendo as etapas do processo descritas parcialmente com prioridade à evolução de enfermagem, não havendo consenso entre os docentes quanto à abordagem de ensino do processo e em relação à utilização de teoria de enfermagem que o embasa (ROSA *et al.*, 2015).

Para Bonfim (2015), o foco do processo de enfermagem centrado na sistematização, e não nos princípios da enfermagem, enquanto arte e ciência, é considerado reducionista, necessitando também de um referencial teórico.

Camacho e Joaquim (2017) destacam que o processo de enfermagem fundamentado em um referencial teórico é fundamental para analisar a viabilidade do instrumento destinado ao cuidado e às tomadas de decisões.

Com isso, executar a sistematização da assistência de enfermagem, limitada apenas a uma metodologia, a classificações e a linguagem padronizadas, fundamentadas em pressupostos biomédicos ou em uma racionalidade técnica pura e simples, limita a atuação do enfermeiro perante a complexidade das situações da violência, pois não se trata de uma doença, mas de um problema complexo, multicausal e que demanda um cuidado de enfermagem integral, multiprofissional e intersetorial (BONFIM, 2015).

A implantação e a documentação do processo para todos os usuários ou pacientes que recebem o cuidado de enfermagem é um ideal que tem desafiado a profissão e a disciplina de enfermagem. No entanto, ter boa documentação não garante os melhores resultados de saúde possíveis aos pacientes/usuários que

recebem os cuidados de enfermagem. Sendo assim, considera-se a relevância do desenvolvimento do processo para a profissão da enfermagem em todas as suas etapas (SANTOS *et al.*, 2015).

O processo de enfermagem, além de constituir registros técnicos, científicos, legais e éticos, fornece às instituições de saúde registros importantes para fins de faturamento, ao subsidiar a auditoria das ações de enfermagem e, sobretudo, permite estimar a qualidade do atendimento prestado ao cliente (CRUZ *et al.*, 2016; CAMACHO; JOAQUIM, 2017).

Independente da instituição em que o processo se estabeleça, apesar de suas particularidades, as instituições possuem dificuldades semelhantes e que se repetem, tornando a implantação lenta e difícil. Alguns autores referem que a resistência dos enfermeiros na implantação do processo de enfermagem se deve, muitas vezes, à falta de experiência prévia e de conhecimento, com uma visão de que o processo seja complexo, demande muito tempo e que não seja factível na prática diária, apesar de haver consenso no reconhecimento da sua importância para a assistência de enfermagem. Pontuam-se, também, como entraves, o local da sua atividade laboral, devido ao número reduzido de profissionais, a falta de qualificação e investimento adequados para sua operacionalização e a falta de compromisso dos colegas de trabalho (MARINELLE; SILVA; SILVA, 2015; SOARES *et al.*, 2015; CASTRO *et al.*, 2016).

Estudo identificou que os profissionais compreendem a SAE como sinônimo do processo de enfermagem, não existindo o entendimento de que o processo é uma das metodologias para execução da SAE (CASTRO *et al.*, 2016). Verifica-se que os desafios para implementação da SAE e do processo permeiam o quantitativo de pessoal e o compromisso individual em cumprir suas etapas, bem como a compreensão correta de cada um dos termos e de suas implicações (SOARES *et al.*, 2015; CASTRO *et al.*, 2016).

Faz-se necessário avaliar todos os aspectos que possam contribuir para a sua implantação e conhecer os pontos que a prejudicam. Além disso, é proposto que sejam oferecidas capacitações aos profissionais da equipe de enfermagem para que seja uma ação favorável ao grupo, com ênfase nas suas etapas, dando-lhes o recurso necessário à sua execução, de modo a ser adotada e seguida conforme o preconizado na legislação, a fim de não se constituir em mais uma alternativa

frustrada ou um processo meramente normativo ou legal (MARINELLE; SILVA; SILVA, 2015).

No âmbito do processo de enfermagem, as tecnologias em saúde colaboram para uma prática clínica diferenciada, que deve ser entendida em todas as suas formas, e não apenas como a utilização de equipamentos e ferramentas complexas, mas também como a complexidade do cuidado direto oferecido à clientela. A construção de tecnologias específicas de enfermagem requer que os profissionais utilizem ciência e arte para melhor aderência ao contexto da clientela a que se destinam (ANÍZIO, 2015; BONFIM, 2015).

2.3 A TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Na história e evolução da enfermagem, o desenvolvimento das suas próprias teorias visava esclarecer os domínios intelectuais e interacionais complexos que distinguem a enfermagem especializada de uma mera realização de tarefas. O uso das teorias oferece estrutura e organização ao conhecimento de enfermagem e proporciona um meio sistemático de coletar dados, descrever, explicar e prever a prática, promovendo a prática racional e sistemática, desafiando e validando a intuição (MCEWEN; WILLS, 2016).

As primeiras teorias começaram a surgir nos anos 50 para sanar a necessidade de descrever, explicar e prever um referencial que fosse próprio da enfermagem (SILVA *et al.*, 2011).

No Brasil, a sistematização do processo de enfermagem foi impulsionada por Horta que apresentou, defendeu e ensinou à enfermagem brasileira uma forma sistemática de aplicar na prática assistencial seu modelo teórico (BORDINHÃO, 2010).

O uso de referenciais teóricos modifica a estrutura da assistência, promove a ação crítica e participativa, exigindo maior conhecimento da enfermagem. Para McEwen e Wills (2016), a finalidade principal da teoria de enfermagem é melhorar a prática, influenciando positivamente a saúde e a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades. A teoria possui raízes na prática, considerada a base para seu desenvolvimento, e é aperfeiçoada pela pesquisa, tendo que ser reaplicada à prática, permitindo que os enfermeiros visualizem a situação do paciente de maneira organizada, concentrando informações importantes e deixando de lado os dados irrelevantes ou menos importantes. Os seus conceitos centrais identificados são:

Enfermagem, Ser humano, Ambiente, Saúde/Doença, Necessidades Humanas Básicas, Assistir e Cuidar em Enfermagem (BORDINHÃO, 2010).

Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano (indivíduo, família e comunidade) no atendimento de suas necessidades básicas, tornando-os independente dessa assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado, do recuperar, manter e promover a saúde, em colaboração com outros profissionais. A partir desse conceito, a enfermagem respeita e mantém a unicidade, a autenticidade e a individualidade do ser humano – holístico e indivisível, sendo todo cuidado de enfermagem voltado ao ser humano, e não à sua doença ou desequilíbrio, com foco no preventivo, no curativo e na reabilitação, reconhecendo o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade, com participação ativa em seu autocuidado (HORTA, 2011).

Para Anízio (2015), a enfermagem possui corpo de conhecimento próprio, organizado e definido, apresentando como ferramenta principal a observação do ser humano além de seus aspectos apresentados exteriormente, desvelando comportamentos que estão ocultos aos olhos de outras pessoas (ANÍSIO, 2015).

Rodrigues e Maria (2009) e Anízio (2015) referem como ambiente, sob enfoque da enfermagem, tudo o que rodeia e envolve os seres vivos, podendo ser influenciados através de sua interação, e o ato de cuidar é uma ação pessoal que depende basicamente da pessoa que faz a ação.

Na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, proposta por Horta (2011), a enfermagem se apoia e engloba leis gerais que regem os fenômenos universais, como a lei do equilíbrio (homeostase ou hemodinâmica), em que todo o universo se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre os seus seres; a lei da adaptação, em que todos os seres do universo interagem com seu meio externo buscando formas de ajustamento para se manter em equilíbrio; e a lei do holismo, na qual o universo é um todo, e do mesmo modo o ser humano e a célula, e esse todo não é mera soma das partes constituintes de cada ser.

A proposta teórica de Horta foi baseada na teoria de Maslow, a Teoria da Motivação Humana, fundamentada nas Necessidades Humanas Básicas, que era dividida em cinco níveis de prioridades: 1) necessidades fisiológicas; 2) de segurança; 3) de amor; 4) de estima; 5) de autorrealização; sendo que um indivíduo só passa a procurar satisfazer as do nível seguinte após um mínimo de satisfação das anteriores. No entanto, Horta utilizou a denominação de João Mohana, em que

as necessidades eram divididas em necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual, sendo a última considerada característica exclusiva do homem. Porém, introduziu em cada um desses níveis subgrupos de necessidades a fim de facilitar a prática da assistência de enfermagem (HORTA, 2011; BORDINHÃO, 2010).

As necessidades psicobiológicas são consideradas instinto, força, energias inconscientes que surgem sem planejamento, do nível psicobiológico do homem, e se manifestam, por exemplo, na vontade de banhar, repousar e assim por diante. Esse grupo é subdividido em 16 subgrupos: regulação neurológica, percepção dos sentidos, oxigenação, regulação vascular, regulação térmica, hidratação, alimentação, eliminação, integridade física, atividade física, cuidado corporal, segurança física/meio ambiente, sexualidade, bem como regulação: crescimento celular e terapêutica (HORTA, 2011; BORDINHÃO, 2010; MARQUES; MOREIRA; NOBREGA, 2008).

As Necessidades Psicossociais são manifestações instintivas que ocorrem no indivíduo, como necessidade de conversar, conviver socialmente e em grupo, necessidade de se afirmar perante si ou se valer perante os outros. Nessa necessidade encontram-se os seguintes subgrupos: comunicação, gregária e lazer, recreação e lazer, segurança emocional, amor e aceitação, autoestima/autoconfiança/autorrespeito, liberdade e participação, educação para a saúde/aprendizagem, autorrealização, espaço e criatividade (HORTA, 2011; BORDINHÃO, 2010; MARQUES; MOREIRA; NOBREGA, 2008).

Nas Necessidades Espirituais, o homem anseia buscar a compreensão de coisas inexplicáveis cientificamente, transcendendo e ultrapassando os limites de suas experiências. São compostas pelo subgrupo: religiosidade e espiritualidade (HORTA, 2011; BORDINHÃO, 2010; MARQUES; MOREIRA; NOBREGA, 2008).

Conforme Horta (2011), todas essas necessidades estão intimamente inter-relacionadas, uma vez que fazem parte de um todo, o ser humano. Através de seus estudos, percebe-se a inter-relação mais estreita entre algumas necessidades e o distanciamento de outras. Para que a enfermagem atue eficientemente, necessita desenvolver sua metodologia de trabalho, que está fundamentada no método científico, ou seja, no processo de enfermagem.

Para Rodrigues e Maria (2009), a teoria das Necessidades Humanas Básicas define o ser humano como um todo dinâmico, distinto dos demais seres pela

capacidade de reflexão, imaginação e simbolização como membro de uma família ou comunidade e como elemento participativo no seu autocuidado.

Segundo Marques, Moreira e Nobrega (2008), o conteúdo exposto na teoria de Horta é capaz de fornecer ao enfermeiro pesquisador, docente, administrador e assistencial subsídios para sua prática diária, já que o processo de enfermagem é considerado um guia para a construção de currículo e para organizar e estruturar o cuidado de enfermagem, direcionando o enfermeiro para fazer as observações, identificar os problemas de enfermagem, estabelecer as metas, prescrever os cuidados e avaliar seu alcance e seus resultados.

A correlação dos conceitos das Teorias das Necessidades Humanas Básicas com o Processo de Enfermagem é fundamental para garantir a especificidade da abordagem com uma assistência individualizada e integral (BORDINHÃO, 2010).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo metodológico. O estudo metodológico refere-se às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, considerando a elaboração, a validação e a avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa com o objetivo de elaborar um instrumento confiável, preciso e utilizável (POLIT; BECK, 2011).

O estudo foi realizado em três etapas: identificação dos diagnósticos de enfermagem aplicáveis às mulheres em situação de violência sexual, de acordo com as Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta; validação dos diagnósticos de enfermagem correlacionados com as intervenções de enfermagem; e elaboração de aplicativo.

3.2 ESTAPAS E DESENVOLVIMENTO

3.2.1 Primeira etapa: Identificação dos diagnósticos de enfermagem

Foram utilizados manuais do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, livros-texto de ginecologia e diretrizes clínicas das associações nacionais e internacionais de ginecologia e enfermagem obstétrica, artigos de periódicos, teses e dissertações que tratam da temática violência sexual contra a mulher de forma que pudessem ampliar o conhecimento e levantar os principais sinais e sintomas (indicadores empíricos) encontrados nas mulheres vítimas de violência sexual e que evidenciassem as Necessidades Humanas Básicas afetadas de acordo com o referencial teórico de Wanda de Aguiar Horta.

Após a identificação dos principais sinais e sintomas relacionados às mulheres vítimas de violência sexual, foram listados os indicadores empíricos agrupando-os por Necessidades Humanas Básicas. De acordo com os indicadores empíricos elencados, identificaram-se os principais diagnósticos de enfermagem.

3.2.2 Segunda etapa: Validação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem

Após a identificação dos diagnósticos de enfermagem, foi possível construir um instrumento no formato online dos formulários *Google forms* contendo os diagnósticos de enfermagem a serem validados pelos juízes especialistas.

Após a validação dos diagnósticos, foram selecionadas as principais intervenções de enfermagem aplicáveis pelos enfermeiros, levando em consideração os protocolos institucionais do HUCAM.

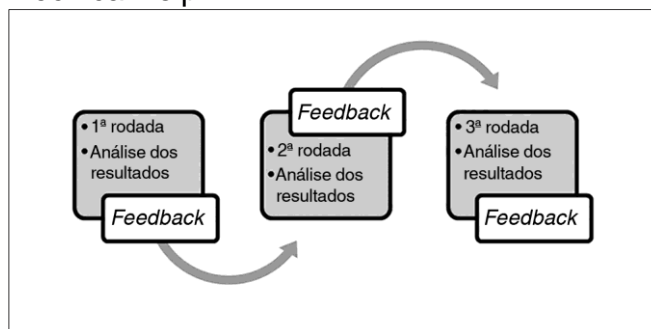
Para padronização dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, utilizaram-se as taxonomias NANDA-I e NIC, respectivamente (HERDMAN; KAMITSURU, 2018; BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016).

Foi realizada uma validação dos diagnósticos de enfermagem por consenso com juízes. Na literatura científica, não há um padrão estabelecido em relação aos critérios para a definição de especialistas, nem mesmo consenso em relação à quantidade de juízes necessária para a etapa de validação. Dessa forma, destaca-se a importância da seleção de profissionais de saúde que possuam experiência clínica e conhecimento teórico no assunto estudado (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2013).

Para isto, foi utilizado o método Delphi, que é uma técnica de previsão, projetada para conhecer com antecipação a probabilidade de eventos futuros, por meio da solicitação e coleta sistemática da opinião de especialistas, através de um método qualitativo/quantitativo em determinado assunto e possui quatro pilares fundamentais: o anonimato, o uso de especialistas, a aplicação de rodadas interativas e com *feedback*, e a busca por consenso, por meio de validações articuladas em fases, ciclos, rodadas ou rounds (OLIVEIRA, 2008; PEREIRA; ALVIM, 2015).

O método Delphi (Figura 1) é um processo que promove e incentiva o envolvimento de todas as partes interessadas durante o processo de avaliação, capaz de eliminar os desafios geográficos e os limites de tempo, permitindo que todas as partes interessadas participem sem exigir reuniões face a face (GEIST, 2010).

Figura 1. Esquema representativo da Técnica Delphi.



Fonte: Pereira e Alvim (2015).

Segundo Pereira e Alvim (2015), o uso da técnica em pesquisas desenvolvidas no âmbito da enfermagem, em especial no nível terciário, está voltado à validação de práticas assistenciais em instituições hospitalares. Portanto, essa técnica apresenta uma proposta metodologicamente confiável e aplicável às pesquisas em enfermagem, produzindo resultados consistentes que contribuem com a fundamentação de novas formas de cuidar, principalmente quando a escassez de dados e materiais são fator limitante ao desenvolvimento da ciência da profissão.

A validação do instrumento com os diagnósticos de enfermagem foi realizada por um grupo de especialistas, constituído por enfermeiros que atuam no atendimento a mulheres em situação de violência com no mínimo 1 (um) ano de experiência, além de estar vinculado a instituições de ensino, pesquisa, assistência ou a órgãos de classe da Enfermagem, no estado do Espírito Santo.

Para a seleção dos enfermeiros foi utilizada amostragem por conveniência e amostragem “bola de neve” (*snowball sampling*), em que os juízes selecionados anteriormente indicam outros especialistas.

O critério de exclusão foi o enfermeiro estar de férias, licenças ou atestado médico.

O contato com os enfermeiros especialistas foi feito via correio eletrônico que continha a carta-convite (Apêndice A) com as informações a respeito do objetivo do estudo e sobre a forma como se dará a participação e o formulário com os diagnósticos a serem validados e o TCLE (APÊNDICE B). O formulário foi confeccionado em uma plataforma eletrônica *online* – *Google forms* (Apêndice C), que permite a visualização do mesmo pelos juízes apenas após o aceite do TCLE.

As cartas convites foram enviadas para 17 juízes, sendo que destes 13 aceitaram a participar da pesquisa no primeiro round e apenas 5 participaram no segundo round do painel Delphi. Dos juízes selecionados 70% possuem experiência superior a 5 anos no atendimento a mulheres vítimas violência, 15% possuem doutorado, 23% possuem mestrado e os demais possuem especialização em enfermagem.

Para avaliação de cada diagnóstico de enfermagem era permitido aos juízes assinalarem com um “x” apenas uma das opções, em uma escala psicométrica tipo Likert contendo: “1 - Concordo” e “2 - Não concordo” e após a resposta havia espaço disponível para observações e sugestões.

Depois da devolução dos formulários, os dados foram tabulados utilizando um programa Microsoft® Excel® 2010 e os comentários e sugestões foram tabulados em um quadro de análise.

Foi levado em consideração o índice de concordância entre os juízes quando superior a 80%. Os diagnósticos de enfermagem com concordância inferior a 80% foram reenviados posteriormente com as devidas justificativas através das revisões de literatura em resposta às observações levantadas pelos juízes para nova avaliação.

As intervenções de enfermagem foram mapeadas, após a validação dos diagnósticos de enfermagem, através das revisões de literatura sobre CIPE® e das ligações NANDA-NOC-NIC, que propõe nível de evidencia para os diagnósticos correlacionados com as intervenções, uma vez estas ligações foram realizadas através do julgamento de uma equipe de pesquisadores especialistas e pela Organização Internacional para Padronização a ISO 18104, por isto foram consideradas como validadas. Entretanto, as ligações entre diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem devem valer-se primordialmente do julgamento clínico do enfermeiro (JOHNSON *et al.*, 2013).

A ligação pode direcionar uma relação ou associação de conceitos. Com isso, as ligações entre os diagnósticos da NANDA-I e as intervenções de enfermagem refletem a relação existente entre o problema apresentado pelo paciente e as ações de enfermagem que serão aplicadas para resolver ou amenizar esse problema (JOHNSON *et al.*, 2013).

3.2.3 Terceira etapa: elaboração de um aplicativo móvel para consulta e de um material didático instrucional

O desenvolvimento do aplicativo de consulta tem como finalidade orientar o profissional através dos diagnósticos de enfermagem NANDA-I, interligando as intervenções de enfermagem para assistência à mulher em situação de violência sexual.

Com levantamento dos diagnósticos e intervenções de enfermagem foi desenvolvendo um material didático instrucional a ser disponibilizado no setor ambulatorial e hospitalar gineco-obstétrica para apoiar o enfermeiro a tomada de decisão como alternativa ao aplicativo.

O aplicativo móvel foi desenvolvido nos seguintes passos:

3.2.3.1 Definição de requisitos e elaboração do modelo conceitual do aplicativo

O modelo conceitual do processo, que define as funcionalidades, os fluxos de interação e a lógica de funcionamento do aplicativo foi construído em parceria entre o Laboratório e Observatório de Ontologias Projetuais – (Loop/UFES) e os autores desta pesquisa. O número de funcionalidades para cada ciclo de desenvolvimento foi definido pelas equipes do projeto, levando-se em conta a complexidade do requisito e a disponibilidade de recursos humanos e tecnologias necessárias para a sua implantação. O banco de dado que foi utilizado para construção do aplicativo contou com os diagnósticos e intervenções de enfermagem que foram validados pelos juízes. Para definir a funcionalidade do sistema foi elaborado um fluxograma para visualizar a sequência de atividades, ou seja, a relação entre os enunciados de enfermagem, e o fluxo da informação para direcionar o desenvolvimento do algoritmo da programação.

3.2.3.2 Geração das alternativas de implementação e prototipagem

Com base no modelo conceitual, a equipe do Loop gerou alternativas de Design de Interação para as funcionalidades do aplicativo, tendo em vista a adoção de tecnologias livres e abertas sempre que possível.

3.2.3.3 Testes

A terceira etapa foi composta por avaliação e validação do aplicativo. A equipe de desenvolvimento do aplicativo avaliou através das heurísticas, que são: 1) visibilidade do sistema; 2) correspondência entre o sistema e o mundo real; 3) controle e liberdade do usuário; 4) consistência e padronização; 5) reconhecimento em vez de memorização; 6) flexibilidade e eficiência de uso; 7) projeto estético e minimalista; 8) prevenção de erros; 9) ajudar os usuários a reconhecerem, diagnosticarem e se recuperarem de erros; 10) ajuda e documentação; 11) Pouca Interação homem/dispositivo; 12) Interação Física e Ergonomia; e 13) Legibilidade e Layout (KRONE, 2013).

3.2.3.4 Implementação

Após a finalização desse estudo e realizada as correções solicitadas o aplicativo será registrado no Instituto de Inovação Tecnológica da Universidade Federal do Espírito Santo. Depois será disponibilizado gratuitamente nas lojas de aplicativos (*Google Play e Apple App Store*)

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, sob CAAE nº. 57930016.0.0000.5060, parecer nº 1.794.528 (ANEXO A) e será conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

4 RESULTADOS

Esta pesquisa teve como resultado a dissertação de mestrado da pesquisadora a ser apresentada ao PPGENF da UFES, composto por uma produção técnica e um artigo científico, submetido à revista uma revista conceituada (Qualis A/B).

Produção técnica:

1. Aplicativo Móvel “*CuidarTech EnfPorElas*”;
2. Material didático instrucional intitulado: Conjunto de diagnósticos e intervenções de enfermagem para assistência as mulheres em situação de violência sexual.

Produção Bibliográfica: Artigo Científico – Tecnologia assistencial como facilitadora do processo de enfermagem na assistência a mulheres em situação de violência sexual.

4.1 PRODUÇÃO TÉCNICA

4.1.1 Aplicativo móvel contendo diagnósticos e intervenções de enfermagem validadas para mulheres em situação de violência sexual

TÍTULO: Aplicativo móvel “CuidarTech EnfPorElas”

EQUIPE TÉCNICA

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestranda Odelle Mourão Alves sob a orientação da Professora Franciéle Marabotti Costa Leite, e coorientação da Professora Cândida Caniçali Primo para a construção do modelo conceitual do processo, que define as funcionalidades, fluxos de interação e lógica de funcionamento do aplicativo, em parceria com o Laboratório e Observatório de Ontologias Projetuais – Loop/Ufes, sob a orientação do professor Hugo Cristo Sant’Anna para criação do aplicativo. Apoio da enfermeira do PAVIVIS Karina Fardin Fiorotti para seleção das intervenções de enfermagem.

INTRODUÇÃO

Um aplicativo móvel (APP) é um *software* que desempenha objetivos específicos em smartphones e tablets. É possível acessá-los por meio das “lojas de aplicativos”, como a Google Play Store, App Store, Android Market, BlackBerry App World, OviStore, entre outros (SILVA; SANTOS, 2014).

A introdução da informática no campo da saúde fez com que os profissionais desta área buscassem crescente desenvolvimento e aprendizado em relação aos conceitos e métodos de gerenciamento de informações e sua aplicabilidade na prestação de cuidados ao paciente, rompendo um antigo modelo de comunicação e transição de informações para o surgimento de uma nova era evidenciada pela interatividade (CARLANTÔNIO *et al.*, 2016).

A utilização de um *software* para auxiliar as ações de cuidado de enfermagem ao paciente pode ajudar tanto o enfermeiro quanto o estudante no desenvolvimento do julgamento clínico e do processo de raciocínio diagnóstico (SILVA; ÉVORA; CINTRA, 2015).

É imprescindível a presença de profissionais com experiência na área de aplicação do *software* para a estruturação do sistema e apoiar os enfermeiros na prática assistencial, sem induzi-los aos equívocos diagnósticos, uma vez que o sistema é uma ferramenta de suporte para auxiliar o profissional (SILVA; ÉVORA; CINTRA, 2015). Com isso, a criação do aplicativo foi realizada em parceria com a equipe do LOOP/UFES para o desenvolvimento de um aplicativo para dispositivos móveis para consulta dos diagnósticos e intervenções de enfermagem aplicáveis às mulheres em situação de violência sexual.

A prática da informática na enfermagem vem se ampliando cada vez mais, através do desenvolvimento e da avaliação das aplicações, ferramentas, processos e estruturas que assistem aos enfermeiros na gestão dos dados, na prestação de cuidados e como suporte da prática de enfermagem, requerendo do profissional habilidades e experiências indispensáveis para a definição do foco da assistência e individualização do cuidado (SILVA; ÉVORA; CINTRA, 2015).

Nesse sentido, a pesquisa propôs um sistema estruturado para apresentar sugestões de possíveis diagnósticos e intervenções de enfermagem, agrupados no referencial teórico de Wanda Horta - Necessidades Humanas Básicas, desse público alvo. O APP foi desenvolvido através de um processo organizado em ciclos de *design* interativos, ou seja, pôde-se retornar a qualquer etapa anterior sempre que fosse necessário aprimorar o sistema.

DESCRIÇÃO

A partir da revisão de literature, foram mapeados os sinais e sintomas mais frequentes em mulheres em situação de violência sexual que direcionaram a seleção dos diagnósticos de enfermagem através dos fatores relacionados e características definidoras. Os sinais e sintomas mais citados pelos autores foram: hematomas, lacerações genitais e anais, contusões e fraturas, problemas reprodutivos e ginecológicos (gravidez indesejada, risco de abortamentos, risco gestacional com complicações na gravidez, infecções geniturinárias, doença inflamatória pélvica, dor pélvica, infecções sexualmente transmissíveis, distúrbios sexuais), comportamentos de alto risco (uso de drogas lícitas e ilícitas, sexo não seguro, déficit de autocuidado), baixa autoestima, distúrbios do humor, sentimento de culpa e vergonha, ansiedade, depressão, fobias e síndrome do pânico, transtornos alimentares (anorexia e bulimia nervosa), Síndrome do Trauma de Estupro, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e tentativas de suicídio.

Após o levantamento dos sinais e sintomas, foi realizado um mapeamento cruzado com a taxonomia NANDA-I, e foram selecionados 33 diagnósticos de enfermagem. As suas características definidoras e fatores foram relacionados, agrupados em necessidades psicossociais/psicoespirituais (72,7%) e necessidades psicobiológicas (27,3%) proposto por Wanda Horta (Quadro 1), que posteriormente foram validados por juízes especialistas em violência pela Técnica Delphi (Quadro 2).

Quadro 1: Diagnósticos de enfermagem NANDA e suas características definidoras e fatores relacionados para violência sexual.

NHB	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	FATORES RELACIONADOS
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS/ESPIRITUAIS	<p>1. Ansiedade</p> <p>Definição: sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); e sentimento de apreensão</p>	<p>Hipervigilância</p> <p>Inquietação</p> <p>Insônia</p> <p>Apreensão</p> <p>Medo</p> <p>Tremores</p>	<p>Ameaça à condição atual</p> <p>Conflito de valores</p> <p>Ameaça de morte</p> <p>Abuso de substâncias</p> <p>Estressores</p>

NHB	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	FATORES RELACIONADOS
	causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.	Palpitação cardíaca Aumento da pressão arterial Fadiga Preocupação Boca seca Aumento da frequência cardíaca e/ou respiratória	
	2. Automutilação Definição: Comportamento autolesivo deliberado, causando dano tissular, com a intenção de provocar lesão não fatal para obter alívio de tensão.	Cortes no corpo Golpear-se Morder-se Queimadura autoinfligida	Perda de controle sobre situação de solução de problemas Transtorno emocional Baixa autoestima Comportamento instável
	3. Autonegligência Definição: conjunto de comportamentos culturalmente estruturados que envolvem uma ou mais atividades de autocuidado em que há falha em manter um padrão de saúde e bem-estar socialmente aceito.	Higiene pessoal insuficiente	Incapacidade para manter o controle Estressores
	4. Baixa autoestima situacional Definição: desenvolvimento de percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual.	Ausência de propósito Desamparo Verbalizações autonegativas	Alteração da imagem corporal Alteração no papel social Padrão de desamparo

NHB	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	FATORES RELACIONADOS
			Comportamento inconsistente em relação aos valores
	<p>5. Comportamento de saúde propenso a risco</p> <p>Definição: capacidade prejudicada de modificar o estilo de vida e/ou as ações de forma a melhorar o nível de bem-estar.</p>	<p>Abuso de substâncias</p> <p>Tabagismo</p> <p>Falha em agir de forma a prevenir problemas de saúde</p>	<p>Estressores</p> <p>Baixa autoeficácia</p> <p>Apoio social insuficiente</p>
	<p>6. Conflito de decisão</p> <p>Definição: incerteza sobre o curso de ação a ser tomado quando a escolha entre ações conflitantes envolve risco, perda ou desafio a valores e crenças.</p>	<p>Atraso na tomada de decisão</p> <p>Sinal físico de sofrimento</p>	<p>Sistema de apoio insuficiente</p>
	<p>7. Controle ineficaz da saúde</p> <p>Definição: padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para tratamento de doenças e suas sequelas que é insatisfatório para alcançar metas específicas de saúde.</p>	<p>Falha em agir para reduzir os fatores de risco</p>	<p>Conflito familiar</p> <p>Sentimento de impotência</p>
	<p>8. Desempenho de papel ineficaz</p> <p>Definição: padrão de comportamento e autoexpressão que não combina com o contexto, as normas e as expectativas do ambiente.</p>	<p>Assédio</p> <p>Conflito de papéis</p> <p>Sentimento de impotência</p> <p>Estratégia de enfrentamento ineficaz</p>	<p>Violência doméstica</p> <p>Baixa autoestima</p> <p>Depressão</p>
	<p>9. Distúrbio na imagem</p>	<p>Sentimento negativo</p>	<p>Alteração na</p>

NHB	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	FATORES RELACIONADOS
	<p>corporal</p> <p>Definição: confusão na imagem mental do eu físico</p>	<p>em relação ao corpo</p> <p>Esconder parte do corpo</p> <p>Evita olhar o próprio corpo</p> <p>Evita tocar o próprio corpo</p> <p>Mudança no envolvimento social</p> <p>Percepções que refletem uma visão alterada da aparência do corpo</p> <p>Sentimento negativo em relação ao corpo</p>	<p>autopercepção</p>
	<p>10. Enfrentamento ineficaz</p> <p>Definição: padrão de avaliação inválida de estressores, com esforços cognitivos e/ou comportamentais, que falha em controlar as demandas relativas ao bem-estar.</p>	<p>Comportamento destrutivo em relação a si mesmo</p> <p>Acesso insuficiente a apoio social</p> <p>Comportamento de assumir riscos</p> <p>Incapacidade de lidar com uma situação</p>	<p>Avaliação imprecisa de ameaça</p>
	<p>11. Interação social prejudicada</p> <p>Definição: quantidade insuficiente ou excessiva, ou qualidade ineficaz, de troca social.</p>	<p>Desconforto em situações sociais</p> <p>Interação disfuncional com outras pessoas</p> <p>Função social prejudicada</p>	<p>Processos de pensamentos perturbados</p> <p>Distúrbio no autoconceito</p>
	<p>12. Isolamento social</p> <p>Definição: solidão sentida pelo indivíduo e percebida</p>	<p>Afeto triste</p> <p>Ausência de propósito</p>	<p>Incapacidade de engajar-se em relacionamentos</p>

NHB	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	FATORES RELACIONADOS
	como imposta por outros e como um estado negativo ou ameaçador.	Ausência de sistema de apoio Contato visual insuficiente Desejo de estar sozinho Insegurança em público Hostilidade Retraimento Solidão imposta por outros	pessoais satisfatórios Dificuldade para estabelecer relacionamentos
	13. Medo Definição: resposta a uma ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo.	Foco direcionado para a fonte do medo Estado de alerta aumentado Autossegurança diminuída Náusea Palidez Estímulos entendidos como ameaça Identifica o objeto do medo Comportamentos de ataque Comportamentos de esquiva	Reação a um estímulo fóbico Reação aprendida a uma ameaça
	14. Processos familiares disfuncionais Definição: funcionamento	Abuso verbal de parceiro Dependência	Estratégias de relacionamento ineficazes

NHB	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	FATORES RELACIONADOS
	familiar que falha em sustentar o bem-estar de seus membros.	Culpa Conflitos subsequentes Isolamento social	Abuso de substâncias
	15. Relacionamento ineficaz Definição: padrão de parceria mútua que é insuficiente para o atendimento das necessidades recíprocas.	Comunicação insatisfatória entre os parceiros Equilíbrio insuficiente na autonomia entre os parceiros Respeito mútuo insuficiente entre os parceiros	Expectativas não realistas
	16. Risco de dignidade humana comprometida Definição: suscetibilidade à perda percebida de respeito e honra que pode comprometer a saúde.	Não Possui	Não Possui
	17. Risco de binômio mãe-feto perturbado Definição: suscetibilidade à ruptura da relação simbiótica mãe-feto em consequência de comorbidade ou problemas relacionados à gestação que pode comprometer a saúde.	Não Possui	Não Possui
	18. Risco de relacionamento ineficaz Definição: suscetibilidade ao desenvolvimento de um padrão insuficiente para oferecimento de parceria	Não Possui	Não Possui

NHB	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	FATORES RELACIONADOS
	mútua para o atendimento das necessidades recíprocas.		
	<p>19. Risco de suicídio</p> <p>Definição: suscetibilidade a lesão autoinfligida que ameaça a vida.</p>	Não Possui	Não Possui
	<p>20. Risco de violência direcionada a si mesmo</p> <p>Definição: suscetibilidade a comportamentos nos quais um indivíduo demonstra que pode ser física, emocional e/ou sexualmente nocivo a si mesmo.</p>	Não Possui	Não Possui
	<p>21. Sentimento de impotência</p> <p>Definição: experiência vivida de falta de controle sobre uma situação, inclusive uma percepção de que as próprias ações não afetam, de forma significativa um resultado.</p>	<p>Dependência</p> <p>Depressão</p> <p>Sensação de controle insuficiente</p> <p>Vergonha</p>	<p>Apoio social insuficiente</p> <p>Estigmatização</p>
	<p>22. Síndrome do trauma de estupro</p> <p>Definição: resposta mal-adaptada e sustentada a uma penetração sexual forçada, violenta, contra a vontade e o consentimento da vítima.</p>	<p>Baixa autoestima</p> <p>Culpa</p> <p>Vergonha</p> <p>Raiva</p> <p>Trauma físico</p> <p>Disfunção sexual</p> <p>Tomada de decisões prejudicada</p>	Não Possui

NHB	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	FATORES RELACIONADOS
	<p>23. Síndrome pós-trauma</p> <p>Definição: resposta mal-adaptada e sustentada a evento traumático e opressivo.</p>	<p>Ataque de pânico</p> <p>Alteração de humor</p> <p>Irritabilidade</p> <p>Medo</p>	<p>Percepção de um evento como traumático</p>
	<p>24. Sobrecarga de estresse</p> <p>Definição: excessivas quantidades e tipos de demandas que requerem ação.</p>	<p>Sentir-se pressionado</p> <p>Tomada de decisão prejudicada</p> <p>Aumento da impaciência</p> <p>Aumento de comportamento de raiva</p> <p>Estresse excessivo</p>	<p>Estressores</p> <p>Estressores repetidos</p>
NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS	<p>25. Distúrbio no padrão de sono</p> <p>Definição: despertares com tempo limitado em razão de fatores externos.</p>	<p>Dificuldade no desempenho das funções diárias</p> <p>Dificuldade para iniciar o sono.</p> <p>Dificuldade para manter o sono.</p> <p>Insatisfação com o sono.</p> <p>Não se sentir descansado</p>	<p>Padrão de sono não restaurador</p>
	<p>26. Dor aguda</p> <p>Definição: experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa,</p>	<p>Expressão facial de dor</p> <p>Espasmo muscular que minimiza o movimento da área afetada</p> <p>Comportamento</p>	<p>Agente físico lesivo</p> <p>Agente biológico lesivo</p>

NHB	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	FATORES RELACIONADOS
	com término antecipado ou previsível e com duração menor que 3 meses.	expressivo	
	<p>27. Dor crônica</p> <p>Definição: experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem término antecipado ou previsível e com duração maior que 3 meses.</p>	<p>Alteração da capacidade de continuar atividades prévias Alteração no padrão de sono</p> <p>Anorexia</p> <p>Autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor</p>	<p>Padrão de sexualidade ineficaz</p> <p>Fadiga</p> <p>Isolamento social</p>
	<p>28. Integridade tissular prejudicada</p> <p>Definição: dano em membrana mucosa, córnea, sistema tegumentar, fascia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular e/ou ligamento.</p>	<p>Vermelhidão</p> <p>Dano tecidual</p> <p>Dor aguda</p> <p>Hematoma</p> <p>Sangramento</p> <p>Tecido destruído</p>	<p>Não Possui</p>
	<p>29. Disfunção sexual</p> <p>Definição: estado em que um indivíduo passa por mudança na função sexual, durante as fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, que é vista como insatisfatória, não recompensadora ou inadequada.</p>	<p>Limitação sexual percebida</p> <p>Redução no desejo sexual</p> <p>Alteração na atividade sexual</p>	<p>Presença de abuso</p> <p>Vulnerabilidade</p>
	<p>30. Controle de impulsos ineficaz</p> <p>Definição: padrão de</p>	<p>Explosão de temperamento</p> <p>Irritabilidade</p>	

NHB	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	FATORES RELACIONADOS
	reações rápidas e não planejadas a estímulos internos ou externos, sem levar em conta a consequências negativas dessas reações ao indivíduo impulsivo ou aos outros.	Comportamento violento Agir sem pensar	Transtorno de humor Abuso de substâncias
	<p>31. Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais</p> <p>Definição: ingestão de nutrientes insuficiente para satisfazer às necessidades metabólicas.</p>	Aversão a alimento Dor abdominal Interesse insuficiente pelos alimentos Peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal	Ingestão alimentar insuficiente
	<p>32. Padrão de sexualidade ineficaz</p> <p>Definição: expressões de preocupação quanto à própria sexualidade.</p>	Alteração na atividade sexual Alteração no comportamento sexual Alteração no relacionamento com pessoa significativa	Medo de infecção sexualmente transmissível Relacionamento prejudicado com uma pessoa significativa
	<p>33. Risco de infecção</p> <p>Definição: suscetibilidade a invasão e multiplicação de organismos patogênicos que pode comprometer a saúde.</p>	Não Possui	Não Possui

Fonte: Nanda-I (2018; 2020).

Quadro 2: Validação dos diagnósticos de enfermagem NANDA com índice de concordância entre os juízes realizadas na primeira rodada.

Diagnósticos de Enfermagem- NANDA	Índice de Concordância (%)
1- Ansiedade	84,6
2- Automutilação	100
3- Autonegligência	92,3
4- Baixa autoestima situacional	84,6
5- Comportamento de saúde propenso a risco	92,3
6- Conflito de decisão	92,3
7- Controle de impulsos ineficaz	84,6
8- Controle ineficaz de saúde	76,9
9- Desempenho de papel ineficaz	84,6
10-Disfunção sexual	92,3
11-Distúrbio na imagem corporal	92,3
12-Distúrbio no padrão do sono	92,3
13-Dor aguda	100
14-Dor crônica	100
15-Enfrentamento ineficaz	92,3
16-Integridade tissular prejudicada	100
17-Interação social prejudicada	100
18-Isolamento social	80
19-Medo	92,3
20-Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	84,6
21-Padrão de sexualidade ineficaz	100
22-Processos familiares disfuncionais	92,3
23-Relacionamento ineficaz	100
24-Risco de dignidade humana comprometida	92,3
25-Risco de binômio-mãe e feto perturbado	100
26-Risco de infecção	100
27-Risco de relacionamento ineficaz	100
28-Risco de suicídio	100
29-Risco de violência direcionada a si mesmo	92,3
30-Sentimento de impotência	100
31-Síndrome do trauma de estupro	84,6
32-Síndrome pós-trauma	92,3
33-Sobrecarga de estresse	84,6

Os juízes validaram 33 diagnósticos de enfermagem com índice de concordância acima de 80%. Apenas o diagnóstico “Controle ineficaz da saúde” obteve índice de 76,9%. Porém esse diagnóstico foi validado na segunda rodada

com índice de concordância de 80% após se responder às dúvidas dos juizes e apresentar o embasamento teórico que justifica o seu uso.

Conforme Castro *et al.* (2016) citam em seu estudo, a falta de conhecimento e familiaridade dos juizes em relação ao processo de enfermagem foi um dificultador para a compreensão e o julgamento clínico dos diagnósticos de enfermagem propostos pela NANDA-I, o que foi evidenciado por alguns questionamentos de nomenclatura ou discordância dos termos do enunciado dos diagnósticos. No entanto, os diagnósticos NANDA-I são padronizados e não podem ser modificados de maneira independente pelo enfermeiro.

Os diagnósticos de enfermagem NANDA-I possuem um título e uma definição clara, porém é fundamental que o enfermeiro conheça os “indicadores diagnósticos”, tais como características definidoras e fatores relacionados, para diferenciar um diagnóstico de outro (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016, HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Sabe-se que sobrecarga de trabalho, evidenciada pelo número insuficiente de profissionais qualificados capazes de identificar os problemas reais e potenciais dos pacientes envolvidos no processo de enfermagem compromete a qualidade da assistência (MARINELLE; SILVA; SILVA, 2015)

Após a etapa da validação dos diagnósticos, foram levantadas as intervenções de enfermagem através de revisões bibliográficas, fluxos de atendimento institucional e ligações NANDA-NOC-NIC e CIPE®

As intervenções de enfermagens levantadas propõem nível de evidencia para os diagnósticos correlacionados, uma vez que essas ligações foram realizadas através do julgamento de uma equipe de pesquisadores especialistas pela Organização Internacional para Padronização, a ISO 18104. Servem para direcionar uma relação ou associação de conceitos, dessa forma, as ligações entre os diagnósticos da NANDA I e as intervenções de enfermagem NIC e CIPE® refletem a relação existente entre o problema apresentado pelo paciente e as ações de enfermagem que serão aplicadas para resolver ou amenizar esse problema. Contudo, as ligações não são prescritivas, devendo-se valer primordialmente do julgamento clínico do enfermeiro (JOHNSON *et al.*, 2012).

Foram encontradas 374 intervenções de enfermagem correlacionadas com os diagnósticos de enfermagem (Quadro 3).

Quadro 3: Relação entre os diagnósticos - NANDA e as intervenções de enfermagem – NIC e CIPE® para violência sexual.

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
Diagnóstico de enfermagem: Ansiedade
<p>Definição do diagnóstico: Sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); e sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.</p>
<p>Intervenções de Enfermagem</p> <p>Abordar a importância de se abster do uso da substância, identificando a meta terapêutica mais apropriada</p> <p>Abordar situações ou indivíduos específicos que ameacem o paciente ou seus familiares</p> <p>Acalmar o paciente quanto a segurança pessoal ou segurança geral</p> <p>Apoiar emocional ao paciente, conforme indicado</p> <p>Apoiar o paciente a entender o distúrbio como uma doença relacionada a vários fatores</p> <p>Apoiar o paciente a reconhecer seus sentimentos, como a ansiedade, a raiva ou tristeza</p> <p>Apoiar o paciente/família na identificação dos fatores que aumentam a sensação de segurança</p> <p>Avaliar a presença de comorbidade ou transtorno médico ou psiquiátrico concomitante, adequando o tratamento</p> <p>Buscar pessoas significativas cuja presença pode ajudar o paciente</p> <p>Demonstrar calma e evitar causar situações emocionais intensas</p> <p>Estimular a expressão de raiva do paciente de maneira construtiva</p> <p>Estimular a família a participar dos esforços de recuperação</p> <p>Estimular o paciente a manifestar seus sentimentos para diminuir a resposta emocional</p> <p>Fazer encaminhamento, se necessário</p>

Identificar com o paciente o que desencadeou o sentimento

Incluir programas multidisciplinares quando apropriado

Manter atitudes calmas e contato visual com o paciente

Orientar o paciente quanto aos efeitos da substância usada

Orientar o paciente quanto aos sintomas ou comportamentos que aumentam as chances de recidiva

Orientar o paciente quanto as práticas para redução da ansiedade e controle do estresse

Orientar sobre a razão, as etapas do procedimento e os cuidados após o mesmo

Orientar sobre as consequências de não lidar com a culpa e a vergonha

Permanecer com o paciente garantindo proteção e segurança durante os períodos de ansiedade

Permanecer com o paciente garantindo segurança e proteção durante períodos de ansiedade

Promover um ambiente livre de ameaças, privativo, incluindo pessoas significativas, conforme apropriado

Promover um relacionamento de confiança e, ao mesmo tempo, estabelecer limites claros

Reduzir estímulos que criam medo ou ansiedade

Diagnóstico de enfermagem: Automutilação

Definição do diagnóstico: Comportamento auto lesivo deliberado, causando dano tissular, com a intenção de provocar lesão não fatal para obter alívio de tensão.

Intervenções de Enfermagem

Abordar o paciente de forma calma e tranquilizadora

Administrar medicamentos diante instabilidade psiquiátrica ou emocional, conforme apropriado

Analisar com o paciente a extensão da responsabilidade pela condição atual, se apropriado

Analisar se o paciente apresenta risco de segurança para si ou para os outros

Apoiar o paciente na identificação dos valores que contribuem para o autoconceito

Apoiar o paciente na identificação rede de pessoas e recursos de apoio

Apoiar o paciente para identificação a fonte de raiva e consequências da sua expressão inadequada

Apresentar uma atitude de aceitação com empatia e compreensão sobre as experiências do paciente

Atentar à tonalidade e volume da voz e utilizar comportamento não verbal para facilitar a comunicação

Auxiliar o paciente na consciência das afirmativas negativas e autodestrutivas, identificando os sentimentos de culpa e situações que precipitam ansiedade

Avaliar a capacidade para autocuidado e a confiança do paciente no próprio julgamento

Avaliar a disponibilidade e qualidade dos recursos socioeconômicos e culturais do paciente e família

Avaliar as características da lesão, incluindo drenagem, cor, tamanho e odor

Avaliar presença de grave risco de comportamento suicida e possibilidade de internação

Buscar pessoas significativas cuja presença pode ajudar o paciente

Compreender a perspectiva do paciente em relação à situação de estresse, com abordagem calma e escuta atenta e sem preconceitos

Demonstrar interesse pelo paciente evidenciando percepção e sensibilidade às emoções

Discutir os sentimentos ambivalentes do paciente

Encaminhar e garantir acompanhamento ambulatorial em intervalos apropriados, conforme necessário

Encaminhar o paciente ao profissional de saúde mental para avaliação e tratamento de ideais e comportamentos suicidas, se necessário

Encorajar o paciente a reavaliar a sua percepção negativa explorando os motivos da autocritica ou culpa

Estimular a expressão de raiva do paciente de maneira construtiva

Estimular a presença de familiares com o paciente, conforme indicado

Estimular a verbalização dos sentimentos, das percepções e dos medos

Estimular o paciente a aceitar novos desafios e identificar as prioridades da vida com planejamento de atividades futuras

Estimular o paciente a identificar aspectos precipitantes que podem ser alterados

Estimular o paciente a identificar pontos fortes e firmar a autoaceitação

Estimular o paciente a procurar os profissionais de saúde ou pessoa significativa para conversar, caso sinta necessidade de atentar contra si próprio

Facilitar contato com outras pessoas que possam dar apoio, quando apropriado

Fazer abordagem direta e sem julgamentos ao discutir o suicídio, porém evitar críticas negativas

Fornecer feedback positivo para a aceitação de responsabilidade e mudança de comportamento

Fornecer reforço da confiança e segurança durante períodos de ansiedade, permanecendo junto ao paciente se necessário

Instituir precauções necessárias para proteção de paciente ou outras pessoas em risco de danos físicos

Interagir com o paciente regularmente transmitindo confiança, carinho e/ou oportunidade para que o paciente fale sobre sentimentos

Limitar o acesso a janelas e varandas conforme apropriado

Manter atitudes calmas e contato visual com o paciente

Manter o paciente em um ambiente menos restritivo, mas com observação

Observar a adesão aos tratamentos médicos e abordagens de enfermagem

Observar sinais verbais e não verbais de ansiedade

Orientar e encaminhar o paciente para tratamento de abuso de substância, se for um fator contribuinte para o transtorno de humor, conforme apropriado

Orientar o paciente ou seus familiares sobre os cuidados com a lesão e sinais e sintomas de infecção

Orientar o paciente quanto as práticas para redução da ansiedade e o uso de técnicas de relaxamento

Orientar o paciente, pessoa significativa para as precauções contra suicídio

Ouvir as preocupações do paciente usar o silêncio, quando apropriado

Planejar com o paciente estratégias para prevenir expressão inadequada da raiva

Prover quarto individual e próximo à enfermaria para paciente com potencial de violência voltada aos outros

Realçar os pontos positivos pessoais reconhecidos pelo paciente

Realizar acompanhamento de longo prazo das estratégias e atividades de redução do risco com reavaliações periódicas

Realizar curativo da lesão com técnica asséptica e realizar troca conforme necessidade

Registrar localização, tamanho e aspecto da lesão

Retirar os objetos e armas em potencial do ambiente e vistoriar rotineiramente

Diagnóstico de enfermagem: Autonegligência

Definição do diagnóstico: Conjunto de comportamentos culturalmente estruturados que envolvem uma ou mais atividades de autocuidado em que há falha em manter um padrão de saúde e bem-estar socialmente aceito.

Intervenções de Enfermagem

Analisar o impacto da situação de vida do paciente sobre os papéis e relações

Apoiar o paciente para resolução de problemas de maneira construtiva

Avaliar a capacidade para autocuidado

Compreender a perspectiva do paciente em relação à situação de estresse, com abordagem calma e escuta atenta

Encaminhar e garantir acompanhamento ambulatorial em intervalos apropriados, conforme necessário

Encorajar o contato visual durante a comunicação com os outros

Encorajar o paciente a reavaliar a sua percepção negativa explorando os motivos da autocrítica ou culpa

Estimular a participação da família, conforme apropriado

Estimular a verbalização de sentimentos, percepções, medos e vergonha

Estimular a verbalização dos sentimentos, das percepções e dos medos

Estimular esperança realista para lidar com sentimentos de desamparo

Estimular o indivíduo a comprometer-se com um plano de ação para mudar de comportamento

Estimular o paciente a aceitar novos desafios e identificar metas adequadas de curto e longo prazo

Estimular relações com as pessoas com interesses e objetivos em comum

Evitar fazer críticas negativas ao paciente

Interagir com o paciente regularmente transmitindo confiança, carinho e/ou oportunidade para que o paciente fale sobre sentimentos

Monitorar a adesão do paciente à medicação e possíveis efeitos colaterais sobre o humor

Observar a capacidade de tomada de decisão do paciente

Observar sinais verbais e não verbais de ansiedade

Orientar e encaminhar o paciente para tratamento de abuso de substância, se for um fator contribuinte para o transtorno de humor, conforme apropriado

Realçar os pontos positivos pessoais reconhecidos pelo paciente

Diagnóstico de enfermagem: Baixa autoestima situacional

Definição do diagnóstico: Desenvolvimento de percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual.

Intervenções de Enfermagem

Acompanhar o nível de ansiedade e desconforto relacionado à mudança de comportamento

Analisar se o paciente apresenta risco de segurança para si ou para os outros

Apoiar na identificação de pensamentos autodestrutivos

Apoiar o paciente o esclarecimento de valores e expectativas úteis para escolhas importantes da vida e reconhecer vantagens e desvantagens

Apoiar o paciente o reconhecimento de distorções cognitivas que bloqueiam a assertividade

Auxiliar o paciente/família na identificação de sentimentos dolorosos de culpa e analisar as situações que geram estes sentimentos

Avaliar a capacidade para autocuidado

Avaliar se a presença de aversão em relação a algumas características físicas cria paralisia social disfuncional

Encaminhar para psicoterapia, quando necessário

Favorecer a discussão sobre o impacto da situação no relacionamento familiar

Gerenciar relação entre o paciente e sua família

Observar se a mudança na imagem corporal contribui para o isolamento social

Orientar e encaminhar o paciente para tratamento de abuso de substância, se for um fator contribuinte para o transtorno de humor, conforme apropriado

Orientar e esclarecer áreas conflituosas nas relações interpessoais

Orientar o paciente/família que a culpa é uma reação comum ao trauma, abuso, pesar, doença catastrófica ou acidentes

Respeitar o direito do paciente em suas escolhas

Diagnóstico de enfermagem: Comportamento de saúde propenso a risco

Definição do diagnóstico: Capacidade prejudicada de modificar o estilo de vida e/ou as ações de forma a melhorar o nível de bem-estar.

Intervenções de Enfermagem

Analisar com o paciente a extensão da responsabilidade pela condição atual, se apropriado

Analisar com o paciente as opções de terapia/tratamento

Auxiliar os pacientes a priorizar os valores, definir alternativas e abordar vantagens e desvantagens

Avaliar a motivação do paciente para mudar

Avaliar o conhecimento do paciente relacionado a um processo da doença

Disponibilizar folhetos instrutivos, vídeos e recursos online, quando for apropriado

Encaminhar o paciente para grupos de apoio e terapia, conforme apropriado

Envolver a família no processo de modificação, se apropriado

Estimular a consideração de valores nas escolhas e suas consequências

Estimular a livre expressão de opiniões e ideias diferentes

Estimular a substituição de hábitos indesejáveis por desejáveis

Estimular a verbalização de sentimentos, percepções e medos em relação a assumir responsabilidades

Estimular o paciente a examinar seu próprio comportamento e identificar até seus pequenos sucessos

Fornecer feedback positivo para a aceitação de responsabilidade e mudança de comportamento

Fornecer feedback positivo para a aceitação de responsabilidade e mudança de comportamento

Fornecer informações consistentes com os valores e crenças adaptando com o estilo de vida e rotina do paciente

Gerenciar relação entre o paciente e sua família

Instruir com reforço positivo para as decisões do paciente a serem tomadas de maneira independente

Proporcionar um ambiente propício à aprendizagem

Prover um ambiente de aceitação e não crítica

Repetir informações importantes

Responder as perguntas de forma clara, concisa

Utilizar linguagem clara e familiar

Diagnóstico de enfermagem: Conflito de decisão

Definição do diagnóstico: Incerteza sobre o curso de ação a ser tomado quando a escolha entre ações conflitantes envolve risco, perda ou desafio a valores e crenças.

Intervenções de Enfermagem

Acolher a família e pessoas relevantes no cuidado e planejamento

Acompanhar o nível de ansiedade e desconforto relacionado à

mudança de comportamento

Ajudar o paciente a identificar e reforçar seus pontos fortes

Analisar o impacto da situação de vida do paciente sobre os papéis e relações

Apoiar o paciente o reconhecimento de distorções cognitivas que bloqueiam a assertividade

Apoiar o paciente para resolução de problemas de maneira construtiva

Auxiliar o paciente a identificar a causa da angústia

Estabelecer uma relação de confiança e respeito, com empatia e cordialidade

Estimular a expressão de sentimentos

Estimular a verbalização de sentimentos, percepções, medos e vergonha

Estimular o indivíduo a rever o passado e focar os eventos e relacionamentos que proporcionaram força e suporte espiritual

Estimular o uso de recursos espirituais, conforme desejado

Estimular relações com as pessoas com interesses e objetivos em comum

Incentivar a autonomia do paciente

Instruir o paciente na identificação de metas adequadas de curto e longo prazo

Observar a capacidade de tomada de decisão do paciente

Observar como o comportamento da família afeta o paciente

Permanecer disponível para ouvir os sentimentos do indivíduo

Providenciar ambiente com privacidade e garantir confidencialidade

Reforçar controle de impulso durante tomada de decisão sob estresse

Sugerir ao paciente/pessoas significativas para identificar o pode/não pode fazer sobre o que está acontecendo

Utilizar o silêncio/escuta para encorajar a expressão de sentimentos, pensamentos e preocupações

Diagnóstico de enfermagem: Controle ineficaz da saúde

Definição do diagnóstico: Padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para tratamento de doenças e suas sequelas que é insatisfatório para alcançar metas específicas de saúde.

Intervenções de Enfermagem

Ajudar o paciente a identificar e reforçar seus pontos fortes

Apoiar o paciente a reconhecer seus sentimentos, como a ansiedade, a raiva ou tristeza

Avaliar o conhecimento do paciente relacionado a um processo da doença específico e orientar, conforme apropriado

Descrever o processo, os sinais e sintomas e possíveis complicações da doença, conforme apropriado

Encaminhar o paciente para grupos de apoio e terapia, conforme apropriado

Estabelecer uma relação de confiança e respeito, com empatia e cordialidade com paciente e família

Estimular a expressão de sentimentos

Estimular as mudanças de estilo de vida para evitar futuras complicações e/ou controlar o processo da doença

Fornecer apoio emocional ao paciente

Observar como o comportamento da família afeta o paciente

Orientar sobre as consequências de não lidar com a culpa e a vergonha

Ouvir preocupações, sentimentos e questões familiares aceitando seus valores de forma imparcial

Propor metas

Providenciar ambiente com privacidade e garantir confidencialidade

Sugerir ao paciente/pessoas significativas para identificar o pode/não pode fazer sobre o que está acontecendo

Diagnóstico de enfermagem: Desempenho de papel ineficaz

Definição do diagnóstico: Padrão de comportamento e auto expressão que não combina com o contexto, as normas e as expectativas do ambiente.

Intervenções de Enfermagem

Apoiar o paciente na identificação dos valores que contribuem para o autoconceito

Auxiliar o paciente na consciência das afirmativas negativas e autodestrutivas, identificando os sentimentos de culpa e situações que precipitam ansiedade

Avaliar a percepção do paciente sobre sua capacidade de realizar o comportamento desejado e os riscos implicados na não execução

Discutir os sentimentos ambivalentes do paciente

Encorajar o paciente a reavaliar a sua percepção negativa explorando os motivos da autocrítica ou culpa

Estimular o indivíduo a comprometer-se com um plano de ação para mudar de comportamento

Estimular o paciente a aceitar novos desafios com prioridades de vida

Estimular o paciente a identificar pontos fortes e firmar a autoaceitação

Estimular o paciente a reconhecer e discutir pensamentos e sentimentos

Evitar fazer críticas negativas ao paciente

Explorar com o paciente a necessidade de controle e identificar fontes de motivação

Fornecer informação acerca do comportamento desejado identificando as barreiras às mudanças

Promover reforço positivo e apoio emocional durante o processo de aprendizagem e na implementação do comportamento

Realçar os pontos positivos pessoais reconhecidos pelo paciente

Diagnóstico de enfermagem: Distúrbio na imagem corporal

Definição do diagnóstico: Confusão na imagem mental do eu físico.

Intervenções de Enfermagem

Abordar os riscos associados ao fato de estar acima ou abaixo do peso

Apoiar o paciente a reconhecer seus sentimentos, como a ansiedade, a raiva ou tristeza

Apoiar o paciente na identificação dos valores que contribuem para o autoconceito

Apoiar o paciente para resolução de problemas de maneira construtiva

Atentar à tonalidade e volume da voz e utilizar comportamento não verbal para facilitar a comunicação

Avaliar a motivação individual para mudança de hábitos alimentares

Avaliar o risco de o paciente infligir automutilação

Compreender a perspectiva do paciente em relação à situação de estresse, com abordagem calma e escuta atenta

Concentrar-se na escuta sem preconceitos, eliminando distrações ou preocupações pessoais

Conversar com o paciente a relação entre ingestão de alimento, exercício, ganho e perda de peso

Demonstrar interesse pelo paciente evidenciando percepção e sensibilidade às emoções

Discutir os sentimentos ambivalentes do paciente

Encorajar a anotação de metas semanais realistas para uma boa ingestão alimentar, hídrica e exercícios

Estimular a participação da família, conforme apropriado

Estimular a verbalização de sentimentos, percepções, medos e vergonha

Estimular o indivíduo a registrar semanalmente os pesos em um gráfico, conforme apropriado

Estimular o paciente a identificar as prioridades da vida

Estimular o paciente a reconhecer e discutir pensamentos e sentimentos

Explorar com o paciente a necessidade de controle e identificar fontes de motivação

Fornecer apoio emocional ao paciente

Identificar com o paciente o que desencadeou o sentimento

Instruir o paciente na identificação de metas adequadas de curto e longo prazo

Observar a capacidade de tomada de decisão do paciente

Observar mudanças no nível de ansiedade

Orientar o paciente sobre o uso de técnicas de relaxamento

Utilizar de perguntas ou declarações para encorajar a expressão de

pensamentos, sentimentos e preocupações

Diagnóstico de enfermagem: Enfrentamento ineficaz

Definição do diagnóstico: Padrão de avaliação inválida de estressores, com esforços cognitivos e/ou comportamentais, que falha em controlar as demandas relativas ao bem-estar.

Intervenções de Enfermagem

Abordar de forma calma, tranquilizadora e não punitiva ao lidar com o comportamento de autoagressão

Aconselhar, conforme necessário, a paciente vítima de abuso sexual

Administrar medicamentos para reduzir a ansiedade, estabilizar o humor e diminuir a autoagressão, conforme apropriado, e monitorar os efeitos colaterais

Ajudar o paciente a identificar a causa da angústia

Ajudar o paciente a identificar e reforçar seus pontos fortes

Apoiar o paciente a reconhecer seus sentimentos, como a ansiedade, a raiva ou tristeza

Apoiar o paciente na identificação de estratégias de enfrentamento mais adequadas que podem ser utilizadas e suas consequências

Avaliar as consequências a comportamento sexual indesejável

Desestimular o início das relações sexuais ou íntimas enquanto sob forte estresse

Encorajar novas habilidades

Estabelecer uma relação de confiança e respeito, com empatia e cordialidade

Estimular a expressão apropriada de sentimentos diante crises situacionais ou traumáticas progressas

Estimular o paciente a manifestar seus sentimentos para diminuir a resposta emocional

Estimular o paciente a procurar a equipe de saúde ou pessoa significativa para conversar quando sentir necessidade de agredir a si mesmo ou em períodos de maior tensão

Fornecer apoio emocional ao paciente

Identificar com o paciente o que desencadeou o sentimento

Observar como o comportamento da família afeta o paciente

Orientar e reforçar habilidades sociais apropriadas

Orientar o paciente sobre estratégias de enfrentamento, conforme apropriado

Orientar sobre as consequências de não lidar com a culpa e a vergonha

Orientar sobre técnicas para controle da raiva

Permanecer com o paciente garantindo segurança e proteção durante períodos de ansiedade

Planejar com o paciente estratégias para prevenir expressão inadequada da raiva

Prevenir e intervir em situações de “gatilho” que possam desencadear a autoagressão

Propor metas

Providenciar ambiente com privacidade e garantir confidencialidade

Reforçar controle de impulso durante tomada de decisão sob estresse

Retirar itens perigosos do ambiente do paciente

Diagnóstico de enfermagem: Interação social prejudicada

Definição do diagnóstico: Quantidade insuficiente ou excessiva, ou qualidade ineficaz, de troca social.

Intervenções de Enfermagem

Aconselhar, conforme necessário, a paciente vítima de abuso sexual

Apoiar o paciente na identificação dos valores que contribuem para o autoconceito

Auxiliar o paciente na consciência das afirmativas negativas e autodestrutivas, identificando os sentimentos de culpa e situações que precipitam ansiedade

Auxiliar os pacientes a priorizar os valores, definir alternativas e abordar vantagens e desvantagens

Avaliar a confiança do paciente no próprio julgamento

Avaliar as consequências a comportamento sexual indesejável

Desestimular o início das relações sexuais ou íntimas enquanto sob forte

estresse

Discutir os sentimentos ambivalentes do paciente

Encorajar o contato visual durante a comunicação com os outros

Estimular a consideração de valores nas escolhas e suas consequências

Estimular a expressão apropriada de sentimentos diante crises situacionais ou traumáticas pregressas

Estimular o paciente a aceitar novos desafios

Estimular o paciente a conversar consigo mesmo com verbalização de afirmativas positivas sobre si próprio diariamente

Estimular o paciente a identificar as prioridades da vida

Estimular o paciente a identificar pontos fortes e firmar a autoaceitação

Estimular o paciente a reconhecer e discutir pensamentos e sentimentos

Explorar com o paciente a necessidade de controle e identificar fontes de motivação

Orientar e reforçar habilidades sociais apropriadas

Prover um ambiente de aceitação e não crítica

Diagnóstico de enfermagem: Isolamento social

Definição do diagnóstico: Solidão sentida pelo indivíduo e percebida como imposta por outros e como um estado negativo ou ameaçador.

Intervenções de Enfermagem

Analisar com o paciente sobre seu comportamento

Analisar o grau de apoio familiar, financeiro e outros recursos

Apoiar o paciente a reconhecer seus sentimentos, como a ansiedade, a raiva ou tristeza

Apoiar o paciente na identificação dos valores que contribuem para o autoconceito

Avaliar a confiança do paciente no próprio julgamento

Avaliar as capacidades dos familiares de se envolverem no cuidado do paciente

Avaliar as interações e comportamento entre os parceiros e registrar as observações, conforme apropriado

Discutir os sentimentos ambivalentes do paciente

Elaborar estratégias de enfrentamento assertivo e resolução de problemas interpessoais

Elogiar as tentativas de socialização do paciente

Encaminhar os pacientes para serviços especializados de apoio

Envolver familiares/ pessoas importantes na elaboração de estratégias, conforme apropriado

Estimular convívio social com pessoas importantes e participação em grupos sociais, se pertinente

Estimular o paciente a aceitar novos desafios

Estimular o paciente a identificar as prioridades da vida

Estimular o paciente a identificar pontos fortes e firmar a autoaceitação

Estimular o paciente a participar das atividades sociais e comunitárias, formando relações com pessoas de interesse e metas comuns

Estimular o paciente a reconhecer e discutir pensamentos e sentimentos

Estimular os familiares e o paciente no desenvolvimento de um plano de cuidado

Facilitar o empoderamento das vítimas para agir e fazer mudanças que evitem vitimização

Identificar com o paciente o que desencadeou o sentimento

Investigar os sinais e sintomas de histórico de abuso doméstico

Atentar para sinais e sintomas de abuso sexual

Observar a percepção dos familiares da situação, dos sentimentos e o comportamento do paciente

Observar se a mudança na imagem corporal contribui para o isolamento social

Obter dados sobre apoio social

Promover um ambiente seguro para o paciente com presença de pessoa significativa, quando apropriado

Realçar os pontos positivos pessoais reconhecidos pelo paciente

Registrar os casos suspeitos e confirmados de abuso através da

notificação compulsória, conforme legislação e protocolo da instituição

Diagnóstico de enfermagem: Medo

Definição do diagnóstico: Resposta a uma ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo.

Intervenções de Enfermagem

Acalmar o paciente quanto a segurança pessoal ou segurança geral

Ajudar o paciente a identificar a causa da angústia

Ajudar o paciente a identificar e reforçar seus pontos fortes

Apoiar o paciente a reconhecer seus sentimentos, como a ansiedade, a raiva ou tristeza

Buscar pessoas significativas cuja presença pode ajudar o paciente

Estabelecer uma relação de confiança e respeito, com empatia e cordialidade

Estimular o paciente a manifestar seus sentimentos para diminuir a resposta emocional

Fornecer apoio emocional ao paciente

Garantir a realização dos exames de acompanhamento

Identificar com o paciente o que desencadeou o sentimento

Manter atitudes calmas e contato visual com o paciente

Observar como o comportamento da família afeta o paciente

Orientar o paciente quanto as práticas para redução da ansiedade

Orientar sobre a razão, as etapas do procedimento e os cuidados após o mesmo

Permanecer com o paciente garantindo segurança e proteção durante períodos de ansiedade

Promover um ambiente privativo incluindo pessoas significativas, conforme apropriado

Propor metas

Reduzir estímulos que criam medo ou ansiedade

Respeitar o direito do paciente em suas escolhas

Sugerir ao paciente/pessoas significativas para identificar o pode/não pode fazer sobre o que está acontecendo

Diagnóstico de enfermagem: Processos familiares disfuncionais

Definição do diagnóstico: Funcionamento familiar que falha em sustentar o bem-estar de seus membros.

Intervenções de Enfermagem

Abordar o paciente de forma calma e tranquilizadora

Ajudar o paciente a identificar a causa da angústia

Ajudar o paciente a identificar e reforçar seus pontos fortes

Analisar com o paciente, maneiras de melhor alcançar os objetivos

Analisar o impacto da situação de vida do paciente sobre os papéis e relações

Apoiar na identificação dos precipitantes e habilidades que podem ser usadas para resolução da crise

Apoiar o indivíduo a tolerar níveis maiores de estresse, conforme apropriado

Apoiar o paciente na identificação dos valores que contribuem para o autoconceito

Apoiar o paciente para identificação a fonte de raiva e consequências da sua expressão inadequada

Apoiar o paciente para resolução de problemas de maneira construtiva

Avaliar as interações e comportamento entre os parceiros e registrar as observações, conforme apropriado

Avaliar se o paciente apresenta risco de segurança para si ou para outros

Discutir os sentimentos ambivalentes do paciente

Elogiar e estimular tentativas de autocontrole

Encaminhar os pacientes para serviços especializados de apoio

Estabelecer uma relação de confiança e respeito, com empatia e cordialidade com o paciente e a familiar

Estimular a participação da família, conforme apropriado

Estimular a tomada de decisão responsável sobre opções de estilo de vida

Estimular a verbalização de sentimentos, percepções e medos em relação a assumir responsabilidades

Estimular a verbalização de sentimentos, percepções, medos e vergonha

Estimular momentos de privacidade e tranquilidade para as atividades espirituais

Estimular o indivíduo a rever o passado e focar os eventos e relacionamentos que proporcionaram força e suporte espiritual

Estimular o paciente a identificar as prioridades da vida

Estimular o paciente a manifestar seus sentimentos para diminuir a resposta emocional

Estimular o paciente na busca de ajuda da equipe de enfermagem ou de pessoas responsáveis em períodos de maior tensão

Estimular o uso de recursos espirituais, conforme desejado

Facilitar o empoderamento das vítimas para agir e fazer mudanças que evitem vitimização

Fornecer feedback positivo para a aceitação de responsabilidade e mudança de comportamento

Gerenciar relação entre o paciente e sua família

Instruir as partes a fim de identificar possíveis soluções para os problemas

Instruir o paciente na identificação de metas adequadas de curto e longo prazo

Investigar os sinais e sintomas de histórico de abuso doméstico

Atentar para sinais e sintomas de abuso sexual

Manter tom de voz baixo e suave evitando projetar imagem ameaçadora

Observar a capacidade de tomada de decisão do paciente

Observar como o comportamento da família afeta o paciente

Prover um ambiente privativo e neutro para que as partes expressem suas preocupações pessoais

Registrar os casos suspeitos e confirmados de violência através da notificação compulsória, conforme legislação e protocolo da instituição

Diagnóstico de enfermagem: Relacionamento ineficaz

Definição do diagnóstico: Padrão de parceria mútua que é insuficiente para o atendimento das necessidades recíprocas.

Intervenções de Enfermagem

Acolher a família e pessoas relevantes no cuidado e planejamento

Ajudar o paciente a identificar a causa da angústia

Ajudar o paciente a identificar e reforçar seus pontos fortes

Analisar o grau de apoio familiar, financeiro e outros recursos

Avaliar a compreensão da família a respeito das circunstâncias vividas

Encorajar novas habilidades

Estabelecer uma relação de confiança e respeito, com empatia e cordialidade

Estimular a expressão de sentimentos

Instruir as partes a fim de identificar possíveis soluções para os problemas

Observar como o comportamento da família afeta o paciente

Permanecer neutro durante todo o processo e aplicar técnicas de comunicação

Promover uma relação de confiança com os familiares e ser ouvinte

Propor metas

Prover um ambiente privativo e neutro para que as partes expressem suas preocupações pessoais

Reforçar controle de impulso durante tomada de decisão sob estresse

Sugerir ao paciente/pessoas significativas para identificar o pode/não pode fazer sobre o que está acontecendo

Diagnóstico de enfermagem: Risco de dignidade humana comprometida

Definição do diagnóstico: Suscetibilidade à perda percebida de respeito e honra que pode comprometer a saúde.

Intervenções de Enfermagem

Apoiar emocional ao paciente, conforme indicado

Apoiar o paciente o esclarecimento de valores e expectativas úteis para

escolhas importantes da vida e reconhecer vantagens e desvantagens

Apresentar-se e informar seu papel na prestação de cuidados

Avaliar a compreensão da família a respeito das circunstâncias vividas

Avaliar a disponibilidade e qualidade dos recursos socioeconômicos e culturais do paciente e família

Avaliar as capacidades dos familiares de se envolverem no cuidado do paciente

Coletar o histórico de admissão hospitalar, incluindo doenças anteriores, medicações e alergias

Elaborar o plano de cuidados do paciente, com diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem

Encaminhar para profissionais ou instituições de cuidados de saúde, conforme apropriado

Estimular os familiares e o paciente no desenvolvimento de um plano de cuidado

Fornecer ao paciente contato telefônico para pedir auxílio, se necessário

Garantir a realização dos exames de acompanhamento

Introduzir a família e outros significantes, quando possível

Manter a confidencialidade dos dados do paciente

Notificar o médico sobre a admissão e o estado do paciente

Observar a adesão aos tratamentos médicos e abordagens de enfermagem

Observar a percepção dos familiares da situação, dos sentimentos e o comportamento do paciente

Orientar sobre a razão, as etapas do procedimento e os cuidados após o mesmo

Promover a privacidade apropriada para o paciente e pessoa significativa

Promover um ambiente privativo incluindo pessoas significativas, conforme apropriado

Realizar o exame físico de admissão, conforme apropriado

Registrar as informações pertinentes

Respeitar o direito do paciente em suas escolhas

Diagnóstico de enfermagem: Risco de binômio mãe-feto perturbado

Definição do diagnóstico: suscetibilidade à ruptura da relação simbiótica mãe-feto em consequência de comorbidade ou problemas relacionados à gestação que pode comprometer a saúde.

Intervenções de Enfermagem

Acolher a família e pessoas relevantes no cuidado e planejamento

Acompanhar o estado psicossocial do paciente e de seu parceiro

Analisar o grau de apoio familiar, financeiro e outros recursos

Avaliar a resposta psicológica à situação e disponibilidade do sistema de apoio

Avaliar história com fatores de risco relacionados à prematuridade do trabalho de parto

Avaliar os fatores de risco que afetam o estado de saúde da paciente ou do feto

Determinar riscos biológicos, comportamentais e ambientais e suas inter-relações

Encaminhar para serviço especializado, se necessário

Estimular a paciente a frequentar cursos de cuidados pré-natais, conforme apropriado

Estimular o apoio da família e de pessoas relevantes

Identificar as necessidades e preocupações do indivíduo, estimulando o envolvimento na tomada de decisões, e identificar as barreiras para os tratamentos

Observar a adesão aos tratamentos médicos e abordagens de enfermagem

Observar as contraindicações para o uso de tocolíticos

Observar sintomas de abstinência

Oferecer assistência de apoio

Orientar a paciente para o monitoramento da atividade fetal

Orientar a paciente sobre os efeitos da exposição ou ingestão de substâncias nocivas

Orientar e oferecer suporte a paciente com gestação não planejada ou não

desejada

Orientar para o repouso e os limites da atividade durante a fase aguda da supressão do trabalho de parto

Posicionar a mãe lateralmente à esquerda para otimizar a perfusão placentária

Realizar acompanhamento de longo prazo das estratégias e atividades de redução do risco com reavaliações periódicas

Registrar a atividade uterina através da palpação e monitoração fetal

Diagnóstico de enfermagem: Risco de relacionamento ineficaz

Definição do diagnóstico: Suscetibilidade ao desenvolvimento de um padrão insuficiente para oferecimento de parceria mútua para o atendimento das necessidades recíprocas.

Intervenções de Enfermagem

Ajudar o paciente a identificar a causa da angústia

Ajudar o paciente a identificar e reforçar seus pontos fortes

Analisar o impacto da situação de vida do paciente sobre os papéis e relações

Apoiar o paciente na identificação de problemas interpessoais resultantes de déficits nas habilidades sociais

Apoiar o paciente para resolução de problemas de maneira construtiva

Avaliar a motivação do paciente para mudar

Encorajar novas habilidades

Envolver a família no processo de modificação, se apropriado

Estabelecer uma relação de confiança e respeito, com empatia e cordialidade

Estimular a expressão de sentimentos

Estimular a substituição de hábitos indesejáveis por desejáveis

Estimular a verbalização de sentimentos, percepções, medos e vergonha

Estimular o paciente a examinar seu próprio comportamento e identificar até seus pequenos sucessos

Estimular relações com as pessoas com interesses e objetivos em comum

Fornecer *feedback* sobre o desempenho de habilidade social-alvo do paciente

Instruir o paciente a verbalizar sentimentos associados a problemas interpessoais

Instruir o paciente na identificação de metas adequadas de curto e longo prazo

Observar a capacidade de tomada de decisão do paciente

Observar como o comportamento da família afeta o paciente

Providenciar ambiente com privacidade e garantir confidencialidade

Reforçar controle de impulso durante tomada de decisão sob estresse

Diagnóstico de enfermagem: Risco de suicídio

Definição do diagnóstico: Suscetibilidade a lesão auto infligida que ameaça a vida.

Intervenções de Enfermagem

Abordar a importância de se abster do uso da substância, identificando a meta terapêutica mais apropriada

Abordar de forma calma, tranquilizadora e não punitiva ao lidar com o comportamento de autoagressão

Acalmar o paciente quanto a segurança pessoal ou segurança geral

Administrar medicamentos para reduzir a ansiedade, estabilizar o humor e diminuir a autoagressão, conforme apropriado, e monitorar os efeitos colaterais

Analisar o impacto da situação de vida do paciente sobre os papéis e relações

Apoiar na identificação dos precipitantes e habilidades que podem ser usadas para resolução da crise

Apoiar o paciente na identificação de estratégias de enfrentamento mais adequadas que podem ser utilizadas e suas consequências

Apoiar o paciente para identificação a fonte de raiva e consequências da sua expressão inadequada

Auxiliar o paciente a escolher a ação mais benéfica no controle do impulso

Auxiliar o paciente/família na identificação de sentimentos dolorosos de

culpa e analisar as situações que geram estes sentimentos

Avaliar a motivação do paciente para mudar

Avaliar a presença de comorbidade ou transtorno médico ou psiquiátrico concomitante, adequando o tratamento

Avaliar a presença de cortes, contusões, sangramentos, lacerações ou outros sinais de lesão física

Avaliar o risco de o paciente infligir automutilação

Avaliar se o paciente apresenta risco de segurança para si ou para outros e aplicar medidas de segurança

Compreender a perspectiva do paciente em relação à situação de estresse, com abordagem calma e escuta atenta

Dar informações claras e por escrito sobre uso de medicamentos, serviços de apoio para crises/acompanhamento e suporte legal

Determinar com o paciente os pontos fortes e reforçá-los

Envolver a família ou pessoa significativa no processo de modificação, se apropriado

Estimular a expressão de raiva do paciente de maneira construtiva

Estimular a substituição de hábitos indesejáveis por desejáveis

Estimular a verbalização de sentimentos, percepções, medos e vergonha

Estimular esperança realista para lidar com sentimentos de desamparo

Estimular o paciente a “parar e pensar” antes de agir impulsivamente

Estimular o paciente a procurar a equipe de cuidados para conversar quando sentir necessidade de agredir a si mesmo

Instruir no reforço positivo para as decisões do paciente a serem tomadas de maneira independente

Manter vigilância contínua do paciente e do ambiente

Observar a adesão aos tratamentos médicos e abordagens de enfermagem

Observar a capacidade de tomada de decisão do paciente

Observar sinais verbais e não verbais de ansiedade

Orientar aos familiares/ pessoa(s) significativa(s) sobre como tornar o ambiente de casa seguro para o paciente

Orientar o paciente quanto aos efeitos da substância nociva usada

Orientar o paciente sobre o uso de técnicas de relaxamento

Promover segurança e diminuir o medo do paciente com presença

Realizar acompanhamento de longo prazo das estratégias e atividades de redução do risco com reavaliações periódicas

Reduzir estímulos que criam medo ou ansiedade

Retirar itens perigosos do ambiente do paciente

Diagnóstico de enfermagem: Risco de violência direcionada a si mesmo

Definição do diagnóstico: Suscetibilidade a comportamentos nos quais um indivíduo demonstra que pode ser física, emocional e/ou sexualmente nocivo a si mesmo.

Intervenções de Enfermagem

Abordar a importância de se abster do uso da substância nociva, identificando a meta terapêutica mais apropriada

Abordar situações ou indivíduos específicos que ameacem o paciente ou seus familiares

Administrar medicamentos diante instabilidade psiquiátrica ou emocional, conforme apropriado

Analisar com o paciente a extensão da responsabilidade pela condição atual, se apropriado

Analisar o impacto da situação de vida do paciente sobre os papéis e relações

Aplicar as precauções necessárias para proteger o paciente ou outros com risco de dano físico

Apoiar na identificação dos precipitantes e habilidades que podem ser usadas para resolução da crise

Apoiar o paciente na identificação dos valores que contribuem para o autoconceito

Apoiar o paciente na identificação rede de pessoas e recursos de apoio

Apoiar o paciente para identificação a fonte de raiva e consequências da sua expressão inadequada

Apoiar o paciente para resolução de problemas de maneira construtiva

Auxiliar o paciente na consciência das afirmativas negativas e autodestrutivas, identificando os sentimentos de culpa e situações que precipitam ansiedade

Avaliar a confiança do paciente no próprio julgamento

Avaliar a motivação do paciente para mudar

Avaliar a presença de comorbidade ou transtorno médico ou psiquiátrico concomitante, adequando o tratamento

Avaliar o risco de o paciente infligir automutilação

Avaliar presença e grau do risco de suicídio

Compreender a perspectiva do paciente em relação à situação de estresse, com abordagem calma e escuta atenta

Determinar com o paciente os pontos fortes e reforçá-los

Encorajar o paciente a reavaliar a sua percepção negativa explorando os motivos da autocrítica ou culpa

Estabelecer uma relação de confiança e respeito, com empatia e cordialidade com abordagem calma e tranquilizadora

Estimular a presença de familiares com o paciente, conforme indicado

Estimular a substituição de hábitos indesejáveis por desejáveis

Estimular a verbalização de sentimentos, percepções e medos em relação a assumir responsabilidades

Estimular esperança realista para lidar com sentimentos de desamparo

Estimular o paciente a “parar e pensar” antes de agir impulsivamente

Estimular o paciente a aceitar novos desafios

Estimular o paciente a identificar até mesmo os pequenos sucessos

Estimular o paciente a procurar os profissionais de cuidado para conversar, caso sinta necessidade de atentar contra si próprio

Estimular relações com as pessoas com interesses e objetivos em comum

Fazer abordagem direta e sem julgamentos ao discutir o suicídio

Incluir programas multidisciplinares quando apropriado

Instruir no reforço positivo para as decisões do paciente a serem tomadas de maneira independente

Instruir para elaboração de saídas construtivas para raiva e hostilidade

Manter interação regular com o paciente afim realizar os cuidados e permitir abertura para conversar sobre os sentimentos

Manter o paciente em um ambiente menos restritivo, que permita o nível necessário de observação

Observar a adesão aos tratamentos médicos e abordagens de enfermagem

Observar mudanças no nível de ansiedade

Orientar o paciente quanto aos efeitos da substância usada

Orientar o paciente quanto aos sintomas ou comportamentos que aumentam as chances de recidiva

Orientar o paciente sobre as técnicas de controle de estresse

Orientar o paciente sobre o uso de técnicas de relaxamento

Orientar o paciente, pessoa significativa para as precauções contra suicídio

Permanecer com o paciente garantindo proteção e segurança durante os períodos de ansiedade

Promover um ambiente livre de ameaças

Realizar buscas rotineiras no ambiente para mantê-lo seguro

Retirar os objetos e armas em potencial do ambiente

Diagnóstico de enfermagem: Sentimento de impotência

Definição do diagnóstico: Experiência vivida de falta de controle sobre uma situação, inclusive uma percepção de que as próprias ações não afetam, de forma significativa um resultado.

Intervenções de Enfermagem

Aceitar os aspectos éticos e legais de uma escolha livre, dada a situação específica, antes de iniciar a intervenção

Analisar com o paciente, maneiras de melhor alcançar os objetivos

Apoiar o paciente a reconhecer seus sentimentos, como a ansiedade, a raiva ou tristeza

Apoiar o paciente e outro significativo a desenvolver expectativas realistas de si mesmos no desempenho de seus papéis

Auxiliar os pacientes a priorizar os valores, definir alternativas e abordar vantagens e desvantagens

Avaliar a capacidade para autocuidado

Avaliar a confiança do paciente no próprio julgamento

Encorajar o paciente a reavaliar a sua percepção negativa explorando os motivos da autocrítica ou culpa

Estimular a consideração de valores nas escolhas e suas consequências

Estimular a família a se envolver no controle das finanças, conforme apropriado

Estimular a verbalização de sentimentos, percepções e medos em relação a assumir responsabilidades

Estimular o paciente a aceitar novos desafios

Estimular o paciente a conversar consigo mesmo com verbalização de afirmativas positivas sobre si próprio diariamente

Estimular o paciente a identificar pontos fortes e firmar a autoaceitação

Fornecer apoio emocional ao paciente

Fornecer feedback positivo para a aceitação de responsabilidade e mudança de comportamento

Informar as necessidades econômicas dos pacientes em reuniões multidisciplinares, conforme necessário

Informar o paciente sobre recursos disponíveis e auxiliar na avaliação de recursos

Orientar e encaminhar o paciente para tratamento de abuso de substância, se for um fator contribuinte para o transtorno de humor, conforme apropriado

Orientar o paciente para responsabilidade de seu comportamento e consequências

Orientar o paciente sobre os serviços disponíveis em programas estaduais e federais

Orientar sobre as consequências de não lidar com a culpa e a vergonha

Prover um ambiente de aceitação e não crítica

Realçar os pontos positivos pessoais reconhecidos pelo paciente

Repetir informações importantes

Responder as perguntas de forma clara, concisa

Diagnóstico de enfermagem: Síndrome do trauma de estupro

Definição do diagnóstico: Resposta mal adaptada e sustentada a uma penetração sexual forçada, violenta, contra a vontade e o consentimento da vítima.

Intervenções de Enfermagem

Abordar o paciente de forma calma e tranquilizadora

Acalmar o paciente quanto a segurança pessoal ou segurança geral

Apoiar na identificação dos precipitantes e habilidades que podem ser usadas para resolução da crise

Apoiar o paciente a reconhecer seus sentimentos, como a ansiedade, a raiva ou tristeza

Apoiar o paciente para identificação a fonte de raiva e consequências da sua expressão inadequada

Avaliar a confiança do paciente no próprio julgamento

Avaliar se cuidados de suporte especializado estão disponíveis para o domicílio ou comunidade

Avaliar se o paciente apresenta risco de segurança para si ou para outros

Buscar pessoas significativas cuja presença pode ajudar o paciente

Compreender a perspectiva do paciente em relação à situação de estresse, com abordagem calma e escuta atenta

Contactar a instituição ou o profissional de saúde apropriado

Encorajar o contato visual durante a comunicação com os outros

Encorajar o paciente a reavaliar a sua percepção negativa explorando os motivos da autocrítica ou culpa

Estimular a verbalização dos sentimentos, das percepções e dos medos

Estimular o paciente a conversar consigo mesmo com verbalização de afirmativas positivas sobre si próprio diariamente

Estimular o paciente a identificar pontos fortes e firmar a autoaceitação

Estimular o paciente na busca de ajuda da equipe de enfermagem ou de

<p>peessoas responsáveis em períodos de maior tensão</p> <p>Evitar fazer críticas negativas ao paciente</p> <p>Facilitar a consulta com o próximo profissional de saúde após a alta</p> <p>Gerenciar relação entre o paciente e sua família</p> <p>Identificar com o paciente situações que precipitam a ansiedade</p> <p>Observar sinais verbais e não verbais de ansiedade</p> <p>Orientar o paciente quanto as práticas para redução da ansiedade</p> <p>Orientar sobre técnicas para controle da raiva</p> <p>Permanecer com o paciente garantindo segurança e proteção durante períodos de ansiedade</p> <p>Planejar com o paciente estratégias para prevenir expressão inadequada da raiva</p> <p>Realçar os pontos positivos pessoais reconhecidos pelo paciente</p> <p>Registrar os casos suspeitos e confirmados de abuso através da notificação compulsória, conforme legislação e protocolo da instituição</p> <p>Respeitar o direito do paciente em suas escolhas</p>

Diagnóstico de enfermagem: Síndrome pós-trauma

Definição do diagnóstico: Resposta mal adaptada e sustentada a evento traumático e opressivo.

Intervenções de Enfermagem

Abordar a importância de se abster do uso da substância nociva, identificando a meta terapêutica mais apropriada

Abordar o paciente de forma calma e tranquilizadora

Analisar com o paciente possível prevenção de situação que geram este sentimento

Analisar o impacto da situação de vida do paciente sobre os papéis e relações

Apoiar o indivíduo a tolerar níveis maiores de estresse, conforme apropriado

Apoiar o paciente na identificação de estratégias de enfrentamento mais adequadas que podem ser utilizadas e suas consequências

Apoiar o paciente para identificação a fonte de raiva e consequências da sua expressão inadequada

Apoiar o paciente para resolução de problemas de maneira construtiva

Armazenar amostras quanto a evidências legais conforme protocolo da instituição

Auxiliar o paciente a avaliar o desfecho da ação escolhida para controle do impulso

Auxiliar o paciente/família na identificação de sentimentos dolorosos de culpa e analisar as situações que geram estes sentimentos

Avaliar a capacidade do paciente de se automedicar e seu conhecimento sobre a medicação

Avaliar a presença de comorbidade ou transtorno médico ou psiquiátrico concomitante, adequando o tratamento

Avaliar o risco de o paciente infligir automutilação

Avaliar as crenças do paciente que possam atrapalhar/ajudar a desfazer de um problema

Compreender a perspectiva do paciente em relação à situação de estresse, com abordagem calma e escuta atenta

Diminuir o isolamento social, conforme apropriado

Estimular a presença de familiares com o paciente, conforme indicado

Estimular a tomada de decisão responsável sobre opções de estilo de vida

Estimular a verbalização de sentimentos, percepções, medos e vergonha

Estimular o paciente a “parar e pensar” antes de agir impulsivamente

Estimular o paciente a explorar sentimentos de raiva, amargura e ressentimento

Estimular o paciente a procurar a equipe de saúde para conversar quando sentir necessidade de agredir a si mesmo ou de maior tensão

Favorecer a discussão sobre o impacto da situação no relacionamento familiar

Incentivar a autonomia do paciente

Incluir programas multidisciplinares quando apropriado

Monitorar a eficácia, efeito terapêutico e adversos do medicamento

Observar a capacidade de tomada de decisão do paciente

Observar sinais verbais e não verbais de ansiedade

Orientar e ensinar o paciente e/ou familiares o método de administração de medicamentos, conforme apropriado

Orientar e oferecer medicamentos para prevenção da gestação, antibióticos profiláticos para IST e testagem de HIV, conforme apropriado

Orientar o paciente/família que a culpa é uma reação comum ao trauma, abuso, pesar, doença catastrófica ou acidentes

Orientar sobre o protocolo para estupros e obter consentimento para prosseguir com o protocolo

Orientar os procedimentos legais disponíveis para a paciente

Permanecer com o paciente garantindo proteção e segurança durante os períodos de ansiedade

Prevenir e intervir em situações de “gatilho” que possam desencadear a autoagressão

Promover comportamentos que sejam condicionados ao relaxamento, como respirações profundas, bocejos, respiração abdominal ou uso de imagens pacíficas

Promover um relacionamento de confiança e, ao mesmo tempo, estabelecer limites claros

Prover ambiente calmo e sem interrupções com baixa iluminação e temperatura confortável, quando possível

Realizar aconselhamento de intervenção em crise

Usar o toque e a empatia para facilitar o processo, se apropriado

Diagnóstico de enfermagem: Sobrecarga de estresse

Definição do diagnóstico: Excessivas quantidades e tipos de demandas que requerem ação.

Intervenções de Enfermagem

Analisar o grau de apoio familiar, financeiro e outros recursos

Apoiar o paciente o esclarecimento de valores e expectativas úteis para escolhas importantes da vida e reconhecer vantagens e desvantagens

Apoiar o paciente para identificação a fonte de raiva e consequências da sua expressão inadequada

Avaliar a resposta psicológica à situação e disponibilidade do sistema de apoio

Compreender a perspectiva do paciente em relação à situação de estresse, com abordagem calma e escuta atenta

Estimular a tomada de decisão responsável sobre opções de estilo de vida

Estimular a verbalização dos sentimentos, das percepções e dos medos

Estimular o paciente a manifestar seus sentimentos para diminuir a resposta emocional

Estimular o paciente a participar das atividades sociais e comunitárias, formando relações com pessoas de interesse e metas comuns

Fornecer apoio emocional ao paciente

Gerenciar relação entre o paciente e sua família

Observar para indicações de não relaxamento, como movimentos, respiração difícil, conversas, tosses

Observar sinais verbais e não verbais de ansiedade

Orientar o paciente fazer respiração profunda com expirações lenta observando a tensão diminuir

Orientar o paciente para tensionar durante 5 a 10 segundos, cada grupo muscular focando na sensação de tensão e após este intervalo relaxar e sentir liberação da musculatura

Orientar o paciente sobre o uso de técnicas de relaxamento

Orientar sobre técnicas para controle da raiva

Planejar com o paciente estratégias de substituição-redução de tensão

Respeitar o direito do paciente em suas escolhas

NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS

Diagnóstico de enfermagem: Controle de impulsos ineficaz

Definição do diagnóstico: Padrão de reações rápidas e não planejadas a estímulos internos ou externos, sem levar em conta a consequências negativas dessas reações ao indivíduo impulsivo ou aos outros.

Intervenções de Enfermagem

Abordar o paciente de forma calma e tranquilizadora

Analisar com o paciente a extensão da responsabilidade pela condição atual, se apropriado

Analisar o impacto da situação de vida do paciente sobre os papéis e relações

Analisar se o paciente apresenta risco de segurança para si ou para os outros

Apoiar o paciente o esclarecimento de valores e expectativas úteis para escolhas importantes da vida e reconhecer vantagens e desvantagens

Apoiar o paciente para identificação a fonte de raiva e consequências da sua expressão inadequada

Apoiar o paciente para resolução de problemas de maneira construtiva

Avaliar a confiança do paciente no próprio julgamento

Avaliar a presença de comorbidade ou transtorno médico ou psiquiátrico concomitante, adequando o tratamento

Encaminhar e garantir acompanhamento ambulatorial em intervalos apropriados, conforme necessário

Encaminhar para psicoterapia, quando necessário

Encorajar o paciente a reavaliar a sua percepção negativa explorando os motivos da autocrítica ou culpa

Estimular a participação da família, conforme apropriado

Estimular a verbalização de sentimentos, percepções e medos em relação a assumir responsabilidades

Estimular o paciente a identificar pontos fortes e firmar a autoaceitação

Estimular o paciente na busca de ajuda da equipe de enfermagem ou de pessoas responsáveis em períodos de maior tensão

Estimular relações com as pessoas com interesses e objetivos em comum

Fazer encaminhamento, se necessário

Fornecer feedback positivo para a aceitação de responsabilidade e mudança de comportamento

Gerenciar relação entre o paciente e sua família

Instituir precauções necessárias para proteção de paciente ou outras pessoas em risco de danos físicos

Instruir o paciente na identificação de metas adequadas de curto e longo prazo

Interagir com o paciente regularmente transmitindo confiança, carinho e/ou oportunidade para que o paciente fale sobre sentimentos

Monitorar a adesão do paciente à medicação e possíveis efeitos colaterais sobre o humor

Observar a capacidade de tomada de decisão do paciente

Orientar aos familiares/ pessoa(s) significativa(s) sobre como tornar o ambiente de casa seguro para o paciente

Orientar e encaminhar o paciente para tratamento de abuso de substância, se for um fator contribuinte para o transtorno de humor, conforme apropriado

Orientar o paciente quanto aos efeitos da substância nociva usada

Orientar o paciente quanto aos sintomas ou comportamentos que aumentam as chances de recidiva

Orientar o paciente sobre as técnicas de controle de estresse

Orientar sobre técnicas para controle da raiva

Promover um ambiente seguro para o paciente com presença de pessoa significativa, quando apropriado

Retirar objetos perigosos do ambiente

Diagnóstico de enfermagem: Disfunção sexual

Definição do diagnóstico: Estado em que um indivíduo passa por mudança na função sexual, durante as fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, que é vista como insatisfatória, não recompensadora ou inadequada.

Intervenções de Enfermagem

Apoiar o paciente a identificar seu papel usual na família

Atentar para sinais e sintomas de abuso sexual

Auxiliar na identificação da insuficiência no desempenho de papéis

Avaliar a confiança do paciente no próprio julgamento

Avaliar a dor e suas características como localização, duração, frequência, intensidade e fatores precipitantes

Avaliar as interações e comportamento entre os parceiros e registrar as observações, conforme apropriado

Compreender a perspectiva do paciente em relação à situação de estresse, com abordagem calma e escuta atenta

Encaminhar os pacientes para serviços especializados de apoio

Encorajar o paciente a reavaliar a sua percepção negativa explorando os motivos da autocrítica ou culpa

Estimular a verbalização dos sentimentos, das percepções e dos medos

Estimular o indivíduo a comprometer-se com um plano de ação para mudar de comportamento

Estimular o paciente a aceitar novos desafios

Estimular o paciente a identificar pontos fortes e firmar a autoaceitação

Facilitar o empoderamento das vítimas para agir e fazer mudanças que evitem vitimização

Fornecer informação acerca do comportamento desejado identificando as barreiras às mudanças

Identificar com o paciente situações que precipitam a ansiedade

Implementar medidas farmacológicas e não farmacológicas, conforme apropriado

Intermediar a discussão das expectativas entre o paciente e pessoas significativas em papéis recíprocos

Investigar os sinais e sintomas de histórico de abuso doméstico

Observar sinais verbais e não verbais de ansiedade

Orientar o paciente sobre o uso de técnicas de relaxamento

Promover reforço positivo e apoio emocional durante o processo de aprendizagem e na implementação do comportamento

Realçar os pontos positivos pessoais reconhecidos pelo paciente

Registrar os casos suspeitos e confirmados de abuso através da notificação compulsória, conforme legislação e protocolo da instituição

Diagnóstico de enfermagem: Distúrbio no padrão de sono

Definição do diagnóstico: Despertares com tempo limitado em razão de fatores externos.

Intervenções de Enfermagem

Acompanhar a adesão ao esquema medicamentoso

Apoiar o paciente/família na identificação dos fatores que aumentam a sensação de segurança

Atentar para as políticas e procedimentos da instituição para administração precisa e segura de medicamentos

Avaliar a capacidade do paciente de se automedicar e seu conhecimento sobre a medicação

Conferir a prescrição ou solicitação de medicação antes de administrar o medicamento

Evitar barulhos indesejáveis ou excessivos reduzindo os estímulos do ambiente, quando possível

Informar ao paciente do tipo de medicação, a razão para a administração, ações esperadas e os efeitos adversos antes da administração, conforme apropriado

Monitorar a eficácia, efeito terapêutico e adversos do medicamento

Monitorar as possíveis alergias, interações, contra-indicações e reações adversas do medicamento, incluindo os isentos de prescrição e remédios fitoterápicos

Orientar e ensinar o paciente e/ou familiares o método de administração de medicamentos, conforme apropriado

Promover um ambiente seguro para o paciente com presença de pessoa significativa, quando apropriado

Registrar a administração de medicamentos e capacidade de resposta do paciente de acordo com protocolo da instituição

Diagnóstico de enfermagem: Dor aguda

Definição do diagnóstico: Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e com duração menor que 3 meses.

Intervenções de Enfermagem

Administrar analgésicos em horários fixos especialmente em casos de dor intensa avaliando sua efetividade e efeitos colaterais

Atentar para as políticas e procedimentos da instituição para

administração precisa e segura de medicamentos

Avaliar a duração da aplicação de aplicação do calor ou frio de acordo com o comportamental e respostas do paciente

Avaliar as contraindicações para aplicação do calor ou frio e as condições da pele

Conferir a prescrição ou solicitação de medicação antes de administrar o medicamento

Explicar sobre o uso do frio ou calor, o motivo do tratamento, e como afetará os sintomas do paciente

Informar ao paciente do tipo de medicação, a razão para a administração, ações esperadas e os efeitos adversos antes da administração, conforme apropriado

Monitorar as possíveis alergias, interações, contra-indicações e reações adversas do medicamento, incluindo os isentos de prescrição e remédios fitoterápicos

Providenciar um ambiente seguro que maximize a administração segura e eficiente de medicamentos

Registrar a administração de medicamentos e capacidade de resposta do paciente de acordo com protocolo da instituição

Diagnóstico de enfermagem: Dor crônica

Definição do diagnóstico: Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem término antecipado ou previsível e com duração maior que 3 meses.

Intervenções de Enfermagem

Administrar analgésicos em horários fixos especialmente em casos de dor intensa avaliando sua efetividade e efeitos colaterais

Analisar o impacto da situação de vida do paciente sobre os papéis e relações

Atentar à tonalidade e volume da voz e utilizar comportamento não verbal para facilitar a comunicação

Avaliar as características e gravidade da dor antes de medicar o paciente

Avaliar histórico de alergias a medicamentos

Conferir a prescrição médica quanto aos medicamentos, dose e frequência

dos analgésicos prescritos

Demonstrar interesse pelo paciente evidenciando percepção e sensibilidade às emoções

Estimular a participação da família, conforme apropriado

Estimular a verbalização de sentimentos, percepções, medos e vergonha

Incentivar a autonomia do paciente

Instruir o paciente na identificação de metas adequadas de curto e longo prazo

Observar a capacidade de tomada de decisão do paciente

Orientar sobre o uso de analgésicos, e formas de prevenir e reduzir efeitos colaterais

Utilizar o silêncio/escuta para encorajar a expressão de sentimentos, pensamentos e preocupações

Diagnóstico de enfermagem: Integridade tissular prejudicada

Definição do diagnóstico: Dano em membrana mucosa, córnea, sistema tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular e/ou ligamento.

Intervenções de Enfermagem

Administrar analgésicos antes irrigar a lesão, se necessário

Administrar o medicamento prescrito quando apropriado

Aplicar compressa fria, quando apropriado

Atentar para as políticas e procedimentos da instituição para administração precisa e segura de medicamentos

Avaliar e registrar as características da incisão ou ruptura e presença de sinais flogísticos, quando apropriado

Avaliar os níveis de dor, tolerância, conforto e ansiedade do paciente durante o procedimento

Conferir a prescrição ou solicitação de medicação antes de administrar o medicamento

Encher a seringa de irrigação com a solução e esguichar delicadamente na lesão, certificando-se de segurar a ponta da seringa a 2,5 cm acima da lesão e lavar a partir da área menos contaminada à mais contaminada

Informar ao paciente do tipo de medicação, a razão para a administração,

ações esperadas e os efeitos adversos antes da administração, conforme apropriado

Investigar alergias relacionadas aos produtos a serem utilizados no procedimento

Limpar e secar a pele ao redor após o procedimento e proteger a lesão com curativo estéril, se apropriado

Manter o períneo seco

Monitorar as possíveis alergias, interações, contra-indicações e reações adversas do medicamento, incluindo os isentos de prescrição e remédios fitoterápicos

Orientar e auxiliar com a higiene íntima em intervalos regulares

Orientar o paciente ou seus familiares a realizarem o procedimento com técnica adequada em domicílio e os cuidados com a lesão

Orientar o paciente para a inspeção do períneo e observar sinais de infecção ou irritação

Orientar sobre o procedimento ao paciente

Providenciar um ambiente seguro que maximize a administração segura e eficiente de medicamentos

Registrar a administração de medicamentos e capacidade de resposta do paciente de acordo com protocolo da instituição

Diagnóstico de enfermagem: Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais

Definição do diagnóstico: Ingestão de nutrientes insuficiente para satisfazer às necessidades metabólicas.

Intervenções de Enfermagem

Abordar os riscos associados ao fato de estar acima ou abaixo do peso

Administrar terapia endovenosa, conforme prescrito

Avaliar a motivação individual para mudança de hábitos alimentares

Avaliar anormalidades no cabelo e unhas

Avaliar o estado de hidratação e nutricional, conforme apropriado

Avaliar o tecido conjuntivo através de palidez, avermelhamento e ressecamento

Avaliar se cuidados de suporte especializado estão disponíveis para o

domicílio ou comunidade

Conversar com o paciente a relação entre ingestão de alimento, exercício, ganho e perda de peso

Encaminhar paciente para conversa com Nutricionista

Encorajar a anotação de metas semanais realistas para uma boa ingestão alimentar, hídrica e exercícios

Encorajar o paciente a avaliar a adequação/consequências das escolhas quanto à alimentação e atividades físicas

Estimular o indivíduo a registrar semanalmente os pesos em um gráfico, conforme apropriado

Facilitar a consulta com o próximo profissional de saúde após a alta

Monitorar a ingestão calórica alimentar e mudanças nos hábitos alimentares e exercício habitual

Monitorar náuseas e vômitos e alterações intestinais

Observar e distribuir a ingestão de líquidos durante as 24 horas, conforme apropriado

Observar os comportamentos apresentados pelo paciente relacionados à alimentação, perda e ganho de peso

Orientar o autocontrole da ingestão diária de alimentos e ganho/manutenção de peso, conforme apropriado

Pesar o paciente rotineiramente

Providenciar encaminhamento, conforme apropriado

Diagnóstico de enfermagem: Padrão de sexualidade ineficaz

Definição do diagnóstico: Expressões de preocupação quanto à própria sexualidade.

Intervenções de Enfermagem

Acolher a família e pessoas relevantes no cuidado e planejamento

Aconselhar, conforme necessário, a paciente vítima de abuso sexual

Analisar o grau de culpa sexual associada à percepção do paciente dos fatores causais do distúrbio

Apoiar o paciente na identificação dos valores que contribuem para o autoconceito

Auxiliar o paciente na consciência das afirmativas negativas e autodestrutivas, identificando os sentimentos de culpa e situações que precipitam ansiedade

Avaliar a resposta psicológica à situação e disponibilidade do sistema de apoio

Coletar história sexual do paciente, com atenção aos padrões normais de função e aos termos usados pelo paciente para descrever a função sexual

Compreender a perspectiva do paciente em relação à situação de estresse, com abordagem calma e escuta atenta

Desestimular o início das relações sexuais ou íntimas enquanto sob forte estresse

Discutir os sentimentos ambivalentes do paciente

Encaminhar para consulta com outros membros da equipe médica, conforme apropriado

Estimular a expressão apropriada de sentimentos diante crises situacionais ou traumáticas progressas

Estimular a verbalização dos sentimentos, das percepções e dos medos

Estimular o paciente a identificar as prioridades da vida

Estimular o paciente a verbalizar seus receios e fazer perguntas sobre função sexual

Identificar com o paciente situações que precipitam a ansiedade

Observar o estresse, ansiedade e depressão como causas prováveis de disfunção sexual

Observar sinais verbais e não verbais de ansiedade

Orientar o paciente sobre o uso de técnicas de relaxamento

Proporcionar ambiente com privacidade e garantir a confidencialidade

Diagnóstico de enfermagem: Risco de infecção

Definição do diagnóstico: Suscetibilidade a invasão e multiplicação de organismos patogênicos que pode comprometer a saúde.

Intervenções de Enfermagem

Abordar com o paciente a importância da notificação ao parceiro sexual quando diagnosticado com IST

Abordar considerações religiosas, culturais e individuais referentes à escolha de proteção sexual

Acompanhar as populações de risco quanto à adesão ao esquema de prevenção e tratamento

Administrar o medicamento prescrito, quando apropriado

Analisar com o paciente as opções de terapia/tratamento

Aplicar compressa fria, quando apropriado

Aplicar pomada apropriada ou curativo na pele/lesão, conforme apropriado

Avaliar a pele e as mucosas em busca de alterações e sinais flogísticos

Avaliar as características da lesão, incluindo drenagem, cor, tamanho e odor

Avaliar fatores ambientais que influenciam a transmissão de doenças transmissíveis

Avaliar o conhecimento do paciente relacionado a um processo da doença específico e orientar, conforme apropriado

Avaliar o conhecimento, compreensão, e comprometimento do paciente com os métodos de proteção sexual

Coletar a história sexual, incluindo quantidade de parceiros e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (IST)

Descrever o processo, os sinais e sintomas e possíveis complicações da doença, conforme apropriado

Encaminhar o paciente para grupos de apoio e terapia, conforme apropriado

Estimular as mudanças de estilo de vida para evitar futuras complicações e/ou controlar o processo da doença

Estimular o paciente a realizar exames de rotina e relatar sinais e sintomas de IST ao profissional da saúde

Orientar e auxiliar com a higiene íntima em intervalos regulares

Orientar o paciente ou seus familiares sobre os cuidados com a lesão e sinais e sintomas de infecção

Orientar o paciente para a inspeção do períneo e observar sinais de infecção ou irritação

Orientar o paciente quanto a IST, fatores de riscos, proteção e uso de

preservativos, conforme necessário

Realizar curativo da lesão com técnica asséptica e realizar troca conforme necessidade

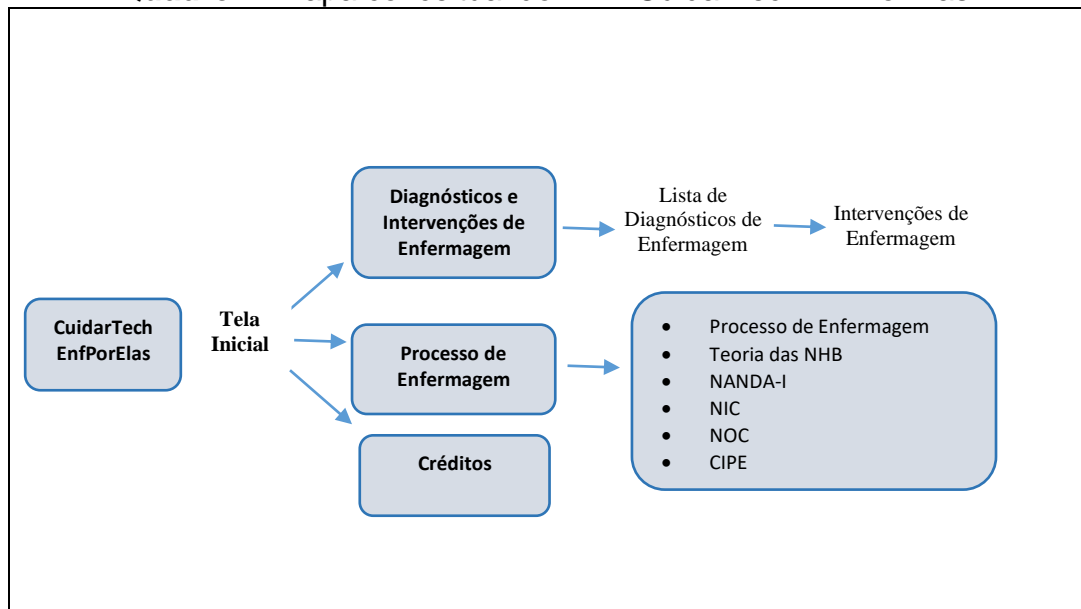
Tranquilizar o paciente quanto à sua situação, conforme apropriado

Fonte: NANDA, 2018-2020; NIC - 6ª ed, 2016; CIPE®, versão 2017.

Após elencar os diagnósticos e intervenções de enfermagem, o aplicativo foi desenvolvido em quatro etapas: definição de requisitos e elaboração do mapa conceitual do aplicativo; geração das alternativas de implementação e prototipagem; testes e implementação.

Os diagnósticos e intervenções foram organizados em um mapa conceitual do aplicativo que reflete a interface e o pensamento embutido na estrutura. As telas, botões e dados são armazenados conforme figura abaixo (Quadro 5).

Quadro 4: Mapa conceitual do APP CuidarTech EnfPorElas.



O ícone atribuído ao aplicativo é da cor lilás, que simboliza a violência contra a mulher, e foram construídos de forma a representar as mulheres em situação de violência sexual.

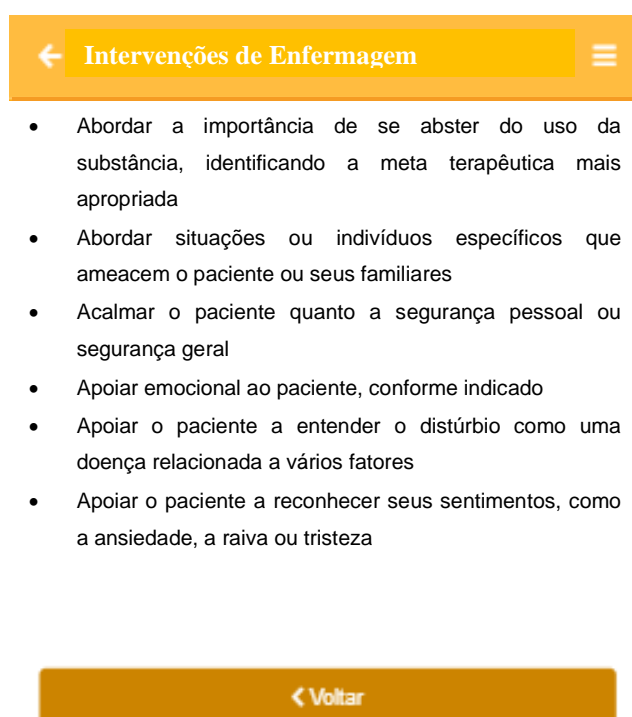
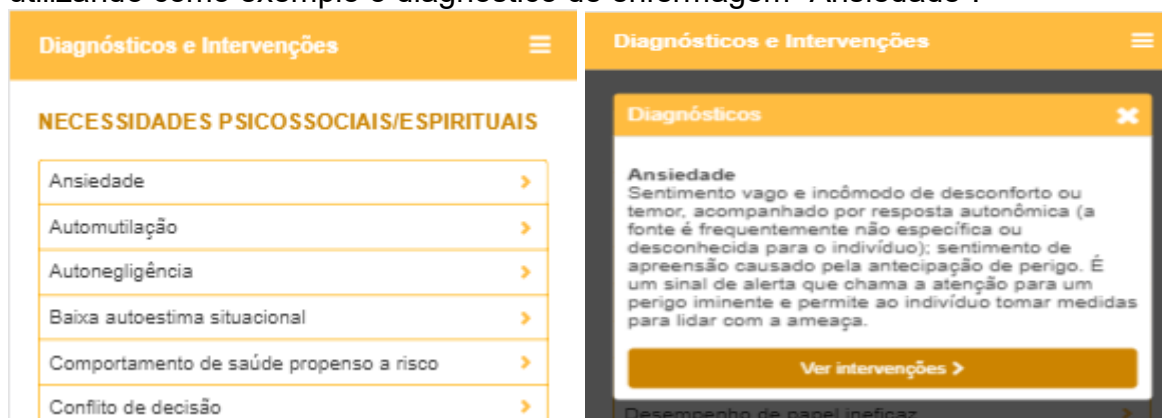
Figura 1: Menu principal do APP



O desafio na criação de um *software* é manter o equilíbrio entre os diferentes sistemas de classificação de enfermagem (NANDA-NIC), utilizadas no processo de enfermagem, e a lógica computacional, a fim de minimizar erros na escolha dos cuidados por falta de familiaridade com as classificações de enfermagem.

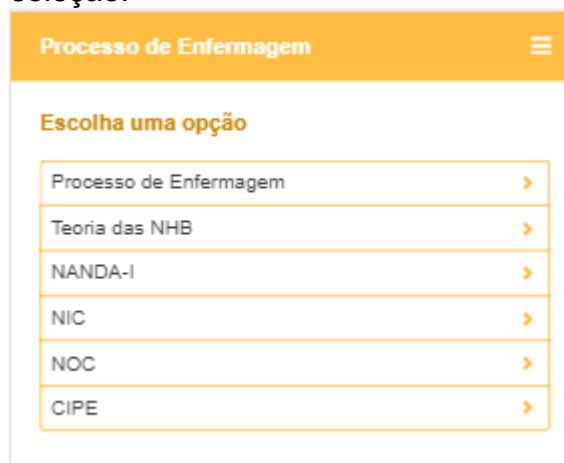
Ao clicar na opção **“DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM”** surge uma tela com a listagem dos diagnósticos de enfermagem distribuídos por NHB. Ao selecionar o diagnóstico de enfermagem o usuário visualiza o conceito do diagnóstico e caso desejar, poderá clicar em **“Ver intervenções”**. Ao clicar nesse botão, aparece uma listagem com as intervenções de enfermagem pertinentes ao diagnóstico selecionado, conforme observado no exemplo do diagnóstico de enfermagem “Ansiedade” (Figura 2). O usuário pode retornar a tela principal ao selecionar a opção “voltar” ou fechando a tela através do “x”. Também poderá se locomover pelo aplicativo ao clicar na aba superior a direita, na qual aparecerá a lista do menu principal.

Figura 2: Navegabilidade entre diagnósticos e intervenções de enfermagem, utilizando como exemplo o diagnóstico de enfermagem “Ansiedade”.



Ao selecionar o item “**PROCESSO DE ENFERMAGEM**” no menu principal, abre-se um submenu que, ao usuário escolher, fornece informações detalhadas com conteúdos teóricos importantes para sua execução, pelos comandos ilustrados na Figura 3.

Figura 3: Tela do Processo de Enfermagem com o submenu para seleção.



Ao selecionar a opção “**Processo de Enfermagem**” aparecem sua definição, as funções privativas do enfermeiro, a importância da utilização das classificações em enfermagem e sua relevância para a gestão do trabalho da enfermagem, bem como a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em consonância com a Resolução nº 358 de 2009 do COFEN, conforme Figura 4. A opção “**Teoria das NHB**” descreve sua origem, definições e organização por necessidades humanas básicas, conforme a Figura 5; “**NANDA-I**” especifica sua origem, apresentando a definição de diagnóstico de enfermagem e a forma como são elaborados, conforme Figura 6; “**NIC**” apresenta sua criação, especificando a definição de intervenções e atividades de enfermagem, de acordo com a Figura 7; “**NOC**” apresenta conceito de resultado de enfermagem e como são elaborados; e “**CIPE**” descreve a origem e como essa classificação é estruturada. O item “**CRÉDITOS**” – contempla as informações sobre o aplicativo e equipe responsável pela sua elaboração, Figura 8.

Figura 4: Conteúdo teórico Processo de Enfermagem

Processo de Enfermagem

Processo de Enfermagem

O processo de enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional e a documentação da prática profissional de enfermagem. Por meio do processo o enfermeiro realiza o julgamento clínico e o raciocínio diagnóstico para a identificação dos problemas reais e potenciais de saúde voltados para o alcance de resultados que sejam sensíveis às intervenções de enfermagem conferindo cientificidade ao cuidado prestado ao indivíduo, família ou coletividade.

O enfermeiro tem a função de liderar a execução do processo de enfermagem, cabendo-lhe privativamente a identificação dos diagnósticos de enfermagem e as prescrições das ações ou intervenções de enfermagem.

O processo de enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

Também, as instituições devem utilizar as taxonomias de enfermagem para a documentação do processo, sendo as mais utilizadas no Brasil: Taxonomia de diagnóstico de enfermagem da NANDA-I, Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CÍPE®).

No âmbito da gestão do trabalho da enfermagem, a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao pessoal, método e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem. Referência: CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n 358 de 2009.

Figura 5: Conteúdo teórico das Necessidades Humanas Básicas

Processo de Enfermagem

Teoria das Necessidades Humanas Básicas

A teoria de Wanda de Aguiar Horta é modelo teórico mais utilizado no Brasil e foi formulada a partir da teoria da motivação humana de Maslow, que é fundamentada nas Necessidades Humanas Básicas (NHB) e organizada conforme a classificação de João Mohana, em necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

A teoria está apoiada em três leis gerais: lei do equilíbrio, homeostase ou homeodinâmica – o universo se mantém por mecanismos equilibrados entre os seres. A lei da adaptação, que pressupõe que exista uma interação entre os seres do universo, no sentido de buscar o equilíbrio por meio do ajuste e adaptação; e a lei do holismo, que considera os seres como um todo, sendo que a soma das partes não representa o todo, pois o todo é indivisível.

As necessidades são definidas como estados de tensão, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais, sendo universais, comuns a todos os seres humanos, variando, porém, de um indivíduo para o outro. Portanto, problemas de enfermagem resultam dos desequilíbrios das necessidades humanas básicas do indivíduo, da família ou da comunidade, e exigem, por sua vez, a assistência de enfermagem, dependendo do desequilíbrio instaurado, estão classificadas em:

Psicobiológicas: Oxigenação; Hidratação; Nutrição; Eliminação; Sono e Repouso; Exercícios e Atividades Físicas; Sexualidade; Abrigo; Mecânica Corporal; Motilidade; Cuidado Corporal; Integridade Cutâneo-mucosa; Integridade física; Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular,

vascular; Locomoção; Percepção: olfatória, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa; Ambiente; Terapêutica.

Psicossociais: Segurança; Amor; Liberdade; Comunicação; Criatividade; Aprendizagem (Educação à Saúde); Sociabilidade; Recreação; Lazer; Espiritualidade.

Figura 6: Conteúdo teórico NANDA-I

Processo de Enfermagem
☰

NANDA-I

A NANDA International, em suas origens, se chamava North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e foi fundada em 1982. A organização surgiu a partir do National Conference Group, uma força-tarefa estabelecida na First National Conference on the Classification of Nursing Diagnoses (Primeira Conferência Nacional sobre Classificação de Diagnósticos de Enfermagem), ocorrida em St. Louis, Missouri, Estados Unidos, em 1973. Essa conferência e a força-tarefa consequente impulsionaram a ideia de padronização da terminologia da enfermagem. Em 2002, a NANDA foi relançada como NANDA International para refletir o crescente interesse internacional no campo do desenvolvimento da terminologia da enfermagem.

A NANDA-I existe para desenvolver, aperfeiçoar e promover uma terminologia de diagnósticos que reflita, com precisão, julgamentos clínicos de enfermeiros. Essa perspectiva única e baseada em evidências inclui as dimensões social, psicológica e espiritual do cuidado.

O diagnóstico de enfermagem da NANDA-I é um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade. Os enfermeiros diagnosticam problemas de saúde, estados de risco e disposição para a promoção da saúde.

Os diagnósticos são formados pelas características definidoras, fatores relacionados ou de risco. As características definidoras são os indicadores observáveis (sinais e sintomas) sendo as manifestações do diagnóstico e dão suporte à precisão do diagnóstico. Os fatores relacionados envolvem as etiologias, circunstâncias e fatores contribuintes para o diagnóstico de enfermagem, de tal modo, as intervenções de enfermagem devem direcionar-se a esses fatores para remoção da causa do diagnóstico.

No aplicativo estão presentes somente os títulos diagnósticos propostos pela NANDA-I. Entende-se que o estudante ou profissional enfermeiro ao selecionar o

Figura 7: Conteúdo teórico NIC

Processo de Enfermagem
☰

NIC

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) foi criada com o intuito de documentar e comunicar o cuidado de enfermagem, definindo uma intervenção de enfermagem como "qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico que um enfermeiro realiza para melhorar os resultados do paciente".

As intervenções podem ser realizadas nos pacientes, tanto de forma independente quanto colaborativa, no cuidado direto ou indireto, em todos os âmbitos e especialidades para planejamento do cuidado, na documentação clínica, na comunicação sobre cuidado entre áreas, na integração de dados em sistemas e estabelecimentos, nas pesquisas, na mensuração de produtividade, na avaliação de competência, na facilitação do reembolso, no ensino e no planejamento curricular.

A NIC é composta por intervenções de enfermagem e cada intervenção possui um conjunto de atividades relacionadas. As partes padronizadas da intervenção, que são os títulos e suas definições, não podem ser alteradas quando estiverem em uso permitindo a comunicação entre os diversos locais e a comparação dos resultados. O cuidado, no entanto, pode ser individualizado por meio das atividades, porém todas as modificações ou atividades extras devem ser coerentes com a definição da intervenção.

Referência: www.nursing.uiowa.edu

Figura 8: Créditos na elaboração do APP

Para facilitar a compreensão do usuário, as telas do protótipo foram construídas a fim de evitar poluição visual, repetição de dados e estabelecer um padrão para facilitar o *design* final do sistema.

Segundo Silva, Évora e Cintra (2015), esse tipo de tecnologia facilita a escolha das ações de enfermagem. Por sua vez, utilização das teorias de enfermagem e dos instrumentos de coleta de dados específicas para a população investigada contribuem e guiam o olhar assistencial para o processo de raciocínio diagnóstico e uma assistência mais efetiva, coerente e direcionada. Contudo, a interpretação e a decisão sobre qual diagnóstico e intervenção de enfermagem melhor aplicável à condição do paciente é de responsabilidade do enfermeiro.

TIPO E NATUREZA DA PRODUÇÃO TÉCNICA

Trata-se de um *software* de natureza computacional e multimídia.

MEIO DE DIVULGAÇÃO

O aplicativo “CuidarTech EnfPorElas” será disponibilizado no provedor da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), pelo Programa de Pós (PPGENF) e pelo Laboratório e Observatório, bem como nas lojas virtuais da Google Play e da Apple.

FINALIDADE DO PRODUTO

Auxiliar os enfermeiros e acadêmicos de enfermagem no raciocínio clínico e diagnóstico, facilitando o processo de enfermagem à mulher em situação de violência sexual.

CONTRIBUIÇÕES E POSSÍVEIS IMPACTOS À PRÁTICA PROFISSIONAL

O aplicativo móvel poderá trazer benefícios para os enfermeiros, no que tange à legalidade da prática assistencial, atrelada a cientificidade, dinamismo e fluidez para auxiliar a execução do processo de enfermagem.

REGISTRO DO PRODUTO

Após a finalização e teste do aplicativo, pretende-se registrar o produto tecnológico no Instituto de Inovação Tecnológica (INIT) da Universidade Federal do Espírito Santo.

4.1.2 Material didático instrucional contendo diagnósticos e intervenções de enfermagem validadas para mulheres em situação de violência sexual

TÍTULO: Conjunto de diagnósticos e intervenções de enfermagem para assistência as mulheres em situação de violência sexual

EQUIPE TÉCNICA

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestranda Odelle Mourão Alves sob a orientação da Professora Franciéle Marabotti Costa Leite, e coorientação da Professora Cândida Caniçali Primo. Apoio da enfermeira Karina Fardin Fiorotti para avaliação e seleção das intervenções de enfermagem.

TIPO E NATUREZA DA PRODUÇÃO TÉCNICA

Trata-se de um material didático instrucional para apoio ao processo de enfermagem

FINALIDADE DO PRODUTO

O material didático servirá como alternativa ao aplicativo, contendo os mesmo diagnósticos e intervenções de enfermagem correlacionados e validados anteriormente, para que a instituição disponibilize aos enfermeiros e acadêmicos de enfermagem.

CONTRIBUIÇÕES E POSSÍVEIS IMPACTOS À PRÁTICA PROFISSIONAL

Auxiliar no raciocínio clínico e diagnóstico dos profissionais e acadêmicos de enfermagem facilitando o processo de enfermagem e a tomada de decisão nos cuidados à mulher em situação de violência sexual.

REGISTRO DO PRODUTO

Pretende-se solicitar registro de Direitos Autorais do material didático junto à Biblioteca Nacional, seguindo as normas preconizadas pela Instituição e solicitado a inclusão ao AGHU (Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários) para a Divisão de Enfermagem do HUCAM e a Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.

4.2 PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA: ARTIGO CIENTÍFICO

TÍTULO: Tecnologia educacional como facilitadora do processo de enfermagem na assistência às mulheres em situação de violência sexual.

RESUMO

Objetivo: desenvolver um aplicativo para apoio ao processo de enfermagem na assistência à mulher em situação de violência sexual. **Método:** estudo metodológico de produção tecnológica dividido em três etapas: Elaboração do material teórico por meio de revisão de literatura; Validação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem de acordo com as Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta; e desenvolvimento do aplicativo móvel. **Resultados:** o aplicativo “CuidarTech EnfPorELas” apresenta três opções de navegação: Diagnósticos e intervenções de enfermagem” – contém os diagnósticos e intervenções de enfermagem relevantes para assistência à mulher em situação de violência sexual; “Processo de Enfermagem” – exibe conteúdos teóricos sobre o Processo de Enfermagem; e “Créditos” - a equipe executora. **Conclusão:** o aplicativo é uma tecnologia inédita que pode contribuir para o trabalho do enfermeiro, direcionando a assistência a mulheres em situação de violência sexual por meio do processo de enfermagem.

Palavras-chave: Tecnologia educacional. Software. Processo de enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Violência sexual.

ABSTRACT

Objective: To develop an application for the support of the Nursing Process in the assistance to the woman in the situation of sexual violence. **Method:** This is a methodological study of technological production divided in three stages: Preparation of theoretical material through literature review; Validation of the nursing diagnoses and interventions according to the Basic Human Needs of Wanda Horta; and the development of the mobile application. **Results:** The application “CuidarTech EnfPorELas” presents three navigation options: Nursing diagnoses and interventions” – contains the nursing diagnoses and interventions that are relevant for the assistance to the women in a situation of sexual violence; “Nursing Process” –

exhibits the theoretical contents about the Nursing Process; and “Credits” – The executive team. **Conclusion:** The application is an original piece of technology that can contribute to the work of the Nurse, directing the assistance to women in a situation of sexual violence through the Nursing Process.

Keywords: Educational Technology. Software. Nursing Process. Nursing Care. Sexual Violence.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é considerada multicausal e multifatorial, persistente, com facetas psicológica, moral e física, que compõem a violência de gênero pela assimetria de poder e pela inserção diferenciada entre homens e mulheres na estrutura familiar e societal. A violência sexual é uma das formas de violência de gênero mais cruéis, mantida como forma de controle e ancorada na violência simbólica, com a finalidade de submeter o corpo e a mente ao desejo de outrem (BANDEIRA, 2014). Com isso, é capaz de afetar mulheres, adolescentes e crianças tanto em ambiente intrafamiliar, envolvendo pessoas com laços afetivos, como em ambientes extrafamiliares, nos quais ocorre a relação com pessoas que não possuem parentescos (FACURI *et al.*, 2013).

No Brasil, foram registrados, em 2017, 61.032 estupros, com crescimento de 10,1% em relação ao ano de 2016, sendo esse quantitativo apenas a ponta do iceberg, já que as demais não chegam aos serviços de saúde e de segurança pública (LIMA, 2018). Essa fragilidade dos dados de incidências e prevalências da violência sexual se deve em decorrência da subnotificação dos casos (PINTO *et al.*, 2017).

As mulheres que sofrem violência sexual carregam inúmeras consequências que podem perdurar a vida inteira com danos em seu bem-estar físico, sexual, reprodutivo, emocional, mental e social. Entre as consequências dessa agressão, incluem-se gravidez indesejada, abortamentos e infecções sexualmente transmissíveis (IST) (BRASIL, 2015; WHO, 2014). Além disso, produz lesões e traumas invisíveis, ou mesmo sequelas psíquicas, como a depressão, fobias, ansiedade, estresse pós-traumático e tentativas de suicídio decorrentes das chantagens e ameaças, que humilham e intimidam quem as sofreu, além de virem

acompanhadas de sentimento de culpa, vergonha e medo (BRASIL, 2015; CERQUEIRA; COELHO; FERREIRA, 2017).

O cuidar das mulheres em situação de violência sexual requer tempo, atenção e respeito na escuta e no atendimento. Nesse cenário, o enfermeiro exerce papel fundamental, devendo estar capacitado para promover o acolhimento humanizado e o manejo adequado junto com à equipe multidisciplinar (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013). Para prestar assistência de qualidade, segura e humanizada, capaz de atender a mulher em todos os seus aspectos físicos e emocionais, utiliza o Processo de Enfermagem (PE) que é um instrumento que norteia as decisões clínicas do enfermeiro, organizando o cuidado com ações efetivas e individuais (CRUZ *et al.*, 2016; BATISTA; AMOR DIVINO; MARTINS, 2018).

A utilização de *softwares*, que contemplem as etapas do PE, com fundamentação teórica do processo de cuidado, pode facilitar o trabalho do enfermeiro e o direcionamento da atuação da equipe de enfermagem como apoio à decisão clínica (MIRANDA *et al.*, 2017). Diante do exposto, o objetivo do presente estudo é desenvolver um aplicativo para apoio ao processo de enfermagem na assistência à mulher em situação de violência sexual.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa metodológica, de produção tecnológica, concebida em três etapas: elaboração do material teórico; avaliação dos diagnósticos de enfermagem (DE) e intervenções de enfermagem (IE), e desenvolvimento do aplicativo móvel.

1ª Etapa: elaboração do material teórico

O estudo foi realizado por meio de uma revisão de literatura utilizando manuais do Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, livros-texto de ginecologia e diretrizes clínicas das associações nacionais e internacionais de ginecologia e enfermagem obstétrica, artigos, teses e dissertações que tratam da temática violência sexual contra a mulher.

Foram mapeados os principais sinais e sintomas (indicadores empíricos), encontrados nas mulheres vítimas de violência sexual e que evidenciassem as Necessidades Humanas Básicas afetadas de acordo com o referencial teórico de

Wanda de Aguiar Horta, e a partir deles foram identificados os principais DE da taxonomia da NANDA-I e das IE da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e (CIPE®).

2ª Etapa: Avaliação dos DE e IE para mulher em situação de violência sexual

A avaliação dos DE foi realizada por meio de um painel Delphi com um grupo de especialistas constituído por enfermeiros que atuam no atendimento a mulheres em situação de violência com no mínimo 1 (um) ano de experiência, vinculados a instituições de ensino, pesquisa, assistência ou a órgãos de classe da Enfermagem no estado do Espírito Santo.

Os enfermeiros foram selecionados através da amostragem por conveniência “bola de neve” (*snowball sampling*), em que os juízes selecionados anteriormente indicam outros especialistas. O critério de exclusão foi o enfermeiro estar de férias, licenças ou atestado médico.

Foram enviados aos especialistas uma carta convite e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O formulário foi confeccionado em uma plataforma eletrônica *online* – *Google forms* que permite a visualização do mesmo, pelos juízes, apenas após o aceite do TCLE.

Para avaliação de cada diagnóstico de enfermagem, era permitido aos juízes assinalarem com um “x” apenas uma das opções, em uma escala tipo Likert contendo: “1 - Concordo” e “2 - Não concordo” e após a resposta havia espaço disponível para observações e sugestões.

Após a devolução dos formulários os dados foram tabulados utilizando um programa Microsoft® Excel® 2010 e os comentários e sugestões foram organizados em um quadro de análise.

Foi levado em consideração o índice de concordância entre os juízes quando superior a 80%. Os DE com concordância inferior a 80% foram reenviados, posteriormente, para segunda rodada, conforme o método Delphi sugere, com as devidas justificativas baseadas na revisão de literature, em resposta às observações levantadas pelos juízes para nova avaliação.

Os DE que alcançaram 80% de concordância tiveram as intervenções de enfermagem mapeadas por meio de revisões de literatura da CIPE® e das Ligações NANDA-NOC-NIC, que trazem níveis de evidências em suas correlações.

3ª Etapa: desenvolvimento do aplicativo móvel

Foi utilizado o material teórico elaborado anteriormente para compor as telas e para a concepção do mapa conceitual do aplicativo. Para isso, utilizou-se o software XD Adobe e o mapa conceitual para gerar as alternativas de implementação e prototipagem para definição das funcionalidades do aplicativo. A realização dos testes no aplicativo pela equipe de desenvolvimento levou em consideração a usabilidade e a heurística, que é composta por: 1) visibilidade do sistema; 2) correspondência entre o sistema e o mundo real; 3) controle e liberdade do usuário; 4) consistência e padronização; 5) reconhecimento em vez de memorização; 6) flexibilidade e eficiência de uso; 7) projeto estético e minimalista; 8) prevenção de erros; 9) ajudar os usuários a reconhecerem, diagnosticarem e se recuperarem de erros; 10) ajuda e documentação; 11) pouca interação homem/dispositivo; 12) interação física e ergonomia; e 13) legibilidade e layout (KRONE, 2013).

Após as correções, o aplicativo será registrado no Instituto de Inovação Tecnológica da Universidade Federal do Espírito Santo.

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE nº. 57930016.0.0000.5060.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Na revisão de literatura foram encontrados os seguintes sinais e sintomas mais frequentes em mulheres em situação de violência sexual: hematomas, lacerações genitais e anais, contusões e fraturas, problemas reprodutivos e ginecológicos (gravidez indesejada, risco de abortamentos, risco gestacional com complicações na gravidez, infecções geniturinárias, doença inflamatória pélvica, dor pélvica, infecções sexualmente transmissíveis, distúrbios sexuais), comportamentos de alto risco (uso de drogas lícitas e ilícitas, sexo não seguro, déficit de autocuidado), baixa autoestima, distúrbios do humor, sentimento de culpa e vergonha, ansiedade,

depressão, fobias e síndrome do pânico, transtornos alimentares (anorexia e bulimia nervosa), Síndrome do Trauma de Estupro, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e tentativas de suicídio.

Após o levantamento dos sinais e sintomas mais frequentes em mulheres em situação de violência sexual, foi realizado um mapeamento cruzado com os DE da taxonomia NANDA-I e encontrados 33 diagnósticos que foram agrupados em necessidades psicossociais/psicoespirituais (72,7%) e necessidades psicobiológicas (27,3%) proposto pela Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta.

Na primeira rodada do painel Delphi, os juízes validaram 32 diagnósticos com índice de concordância acima de 80% e apenas o diagnóstico “Controle ineficaz da saúde” obteve índice de 76.9%, que foi validado na segunda rodada, dessa maneira, 100% dos diagnósticos foram validados.

Alguns juízes solicitaram alterações nos enunciados dos títulos dos DE, apontando certa falta de conhecimento e familiaridade em relação aos diagnósticos propostos pela NANDA-I (Castro *et al.*, 2016), o que foi evidenciado pelos questionamentos e mudanças na nomenclatura do enunciado dos diagnósticos. Contudo, é sabido que os diagnósticos NANDA-I são padronizados e não podem ser modificados de maneira independente pelo enfermeiro, sendo necessário que o mesmo conheça as características definidoras e fatores relacionados para diferenciar um diagnóstico do outro (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016; HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Após a etapa de validação, os diagnósticos de enfermagem foram correlacionados com 374 intervenções de enfermagem através das revisões de literatura sobre CIPE® e das ligações NANDA-NOC-NIC, que possuem nível de evidencia através do julgamento de uma equipe de pesquisadores especialistas e pela Organização Internacional para Padronização a ISO 18104, sendo consideradas como validadas e aplicáveis na assistência à mulher em situação de violência sexual, tanto nos atendimentos emergenciais quanto nos acompanhamentos subsequentes ((GARCIA; BARTZ; COENEN, 2017; JOHNSON, *et al.*, 2012).

As ligações NANDA-NOC-NIC propõem ligações entre os diagnósticos da NANDA I e as intervenções de enfermagem da NIC, que refletem a relação existente entre o problema apresentado pelo paciente e as ações de enfermagem que serão

aplicadas para resolver ou amenizar esse problema. Entretanto elas não são prescritivas, devendo-se valer primordialmente do julgamento clínico do enfermeiro (JOHNSON, *et al.*, 2012).

O aplicativo “CuidarTech EnfPorElas” foi delineado para auxiliar o enfermeiro ou acadêmico durante o atendimento à mulher em situação de violência sexual. A fim de possibilitar o acesso rápido do usuário, foi elaborada uma listagem de diagnósticos com as intervenções de enfermagem que representam a prática assistencial a essa clientela.

A Figura 1 ilustra a tela inicial do aplicativo com o menu ativo. Esse menu possui três opções de navegação: “Processo de Enfermagem”; “Diagnósticos e Intervenções de enfermagem” e “Créditos”, podendo também ser acessado pelo menu lateral.

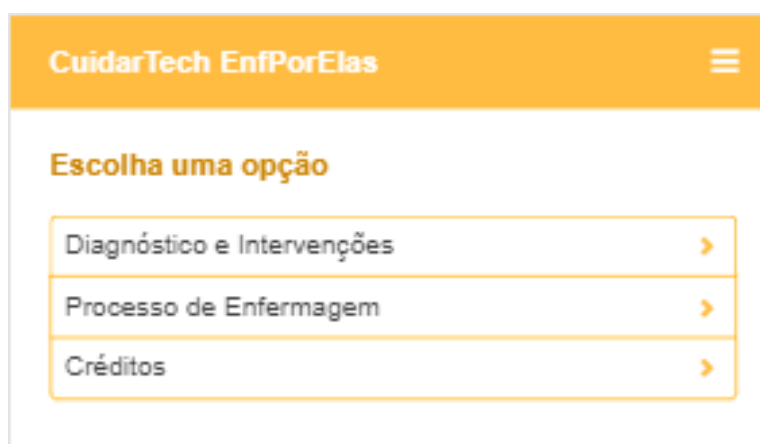
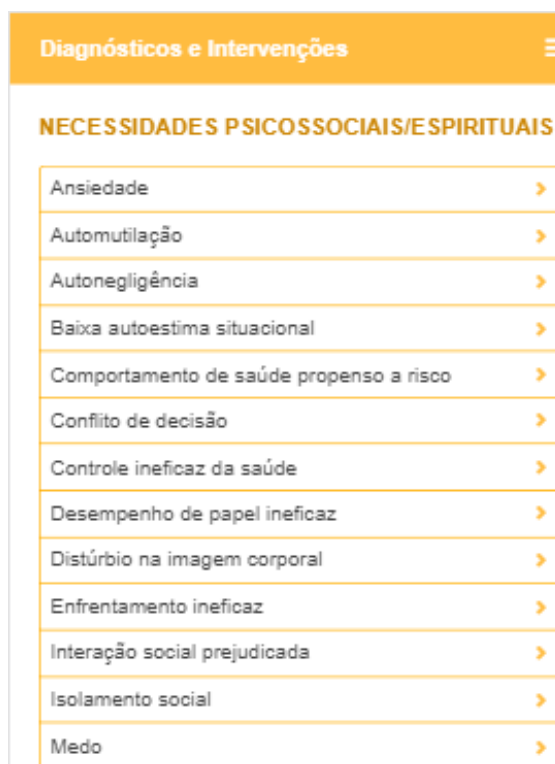


Figura 1- Menu principal do aplicativo “CuidarTech EnfPorElas”

A opção “Diagnóstico e Intervenções” contém uma listagem de 33 diagnósticos de enfermagem distribuídos por Necessidades Humanas Básicas, sendo 9 DE relacionados as Necessidades Psicobiológicas e 24 DE relacionados às Necessidades Psicossociais/Espirituais. Além disso, há 374 intervenções de enfermagem (Figura 2).



The image shows a mobile application interface with an orange header bar containing the text "Diagnósticos e Intervenções" and a hamburger menu icon. Below the header, the section is titled "NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS/ESPIRITUAIS". A list of 14 items is displayed, each in a white box with an orange border and a right-pointing arrow. The items are: Ansiedade, Automutilação, Autonegligência, Baixa autoestima situacional, Comportamento de saúde propenso a risco, Conflito de decisão, Controle ineficaz da saúde, Desempenho de papel ineficaz, Distúrbio na imagem corporal, Enfrentamento ineficaz, Interação social prejudicada, Isolamento social, and Medo.

Diagnósticos e Intervenções	
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS/ESPIRITUAIS	
Ansiedade	>
Automutilação	>
Autonegligência	>
Baixa autoestima situacional	>
Comportamento de saúde propenso a risco	>
Conflito de decisão	>
Controle ineficaz da saúde	>
Desempenho de papel ineficaz	>
Distúrbio na imagem corporal	>
Enfrentamento ineficaz	>
Interação social prejudicada	>
Isolamento social	>
Medo	>

Figura 2 - Navegabilidade entre diagnóstico conforme as Necessidades Humanas Básicas

Ao selecionar o diagnóstico de enfermagem, o usuário visualiza o conceito do diagnóstico, e poderá clicar em “Ver intervenções”. Ao clicar nesse botão, surgirá uma listagem com as intervenções de enfermagem pertinentes ao diagnóstico selecionado para execução dos cuidados de enfermagem, conforme observado no exemplo do diagnóstico de enfermagem “Ansiedade” (Figura 3).

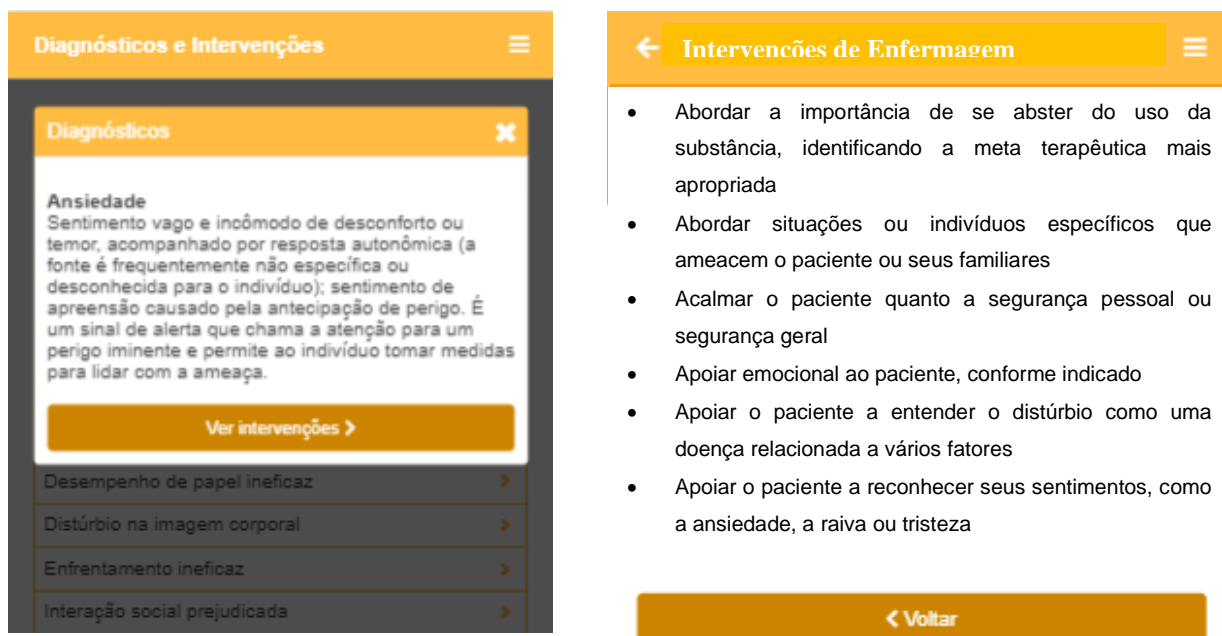


Figura 3 - Navegabilidade entre diagnóstico, intervenções de enfermagem, utilizando como exemplo o diagnóstico de enfermagem “Ansiedade”.

A opção “Processo de Enfermagem” apresenta conteúdos teóricos sobre PE: Processo de enfermagem, Teoria das Necessidades Humanas Básicas, NANDA-I, NIC, NOC e CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) e *links* para as classificações de enfermagem. Tais conteúdos foram elaborados com base em referências atualizadas das classificações em enfermagem.

No item “Créditos” há informações da equipe responsável pela elaboração do aplicativo e do conteúdo.

O “*CuidarTech EnfPorElas*” é uma inovação tecnológica educacional, em forma de aplicativo, com o propósito de auxiliar o raciocínio clínico e o registro do cuidado à mulher em situação de violência sexual contribuindo para uma assistência de qualidade e baseada em evidências científicas por meio da aplicação do processo de enfermagem.

Estudo aponta que os enfermeiros não se sentem preparados para abordar e executar a assistência a essa clientela, revelando falhas na questão de educação permanente, o que deixa o profissional inseguro no atendimento às vítimas (PERUCCI *et al.*, 2019). Outras dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros foram a deficiência no número de funcionários do setor e falta de tempo para atender a

demanda, fazendo com que a assistência às necessidades das vítimas não seja efetiva (SALES, 2019).

A utilização de um *software* para auxiliar a documentação das ações de cuidado pode ajudar a profissionais de enfermagem e estudantes no desenvolvimento do julgamento clínico e do processo de raciocínio diagnóstico. Além disso, pode contribuir para a avaliação da acurácia do diagnóstico, melhorando a qualidade do cuidado (SILVA; ÉVORA; CINTRA, 2015).

A assistência de enfermagem, humanizada a partir do acolhimento, prestada às mulheres em situação de violência sexual contribuiu para que essas mulheres atendidas continuem a viver com dignidade na busca dos restabelecimentos físico e psicológico afetados pela violência. Para isso, é importante que os profissionais visualizem a violência sexual como um problema de saúde pública, realçando o cuidado de enfermagem com ações de planejamento e mecanismos bem definidos que atendam às necessidades individuais das vítimas (SALES, 2019).

Como contribuição para os serviços de atendimento às vítimas de violência sexual, essa tecnologia favorece e facilita a compreensão do enfermeiro sobre a assistência, e ainda pode colaborar mitigando o sentimento de impotência do profissional e direcionando seu raciocínio clínico para a execução do processo de enfermagem na sua prática cotidiana.

CONCLUSÃO

Este estudo descreveu o desenvolvimento do aplicativo “*CuidarTech EnfPorElas*”, destinado a estudantes de enfermagem e enfermeiros, para auxiliar na realização do PE. Foi considerado confiável e adequado, segundo avaliação de especialistas no assunto. Futuramente, pretende-se desenvolver estudos de aplicação para avaliação dos impactos do uso da tecnologia.

Considerando o conhecimento técnico para a construção do aplicativo, ressalta-se a contribuição da equipe de *design* e a importância da produção interdisciplinar.

As limitações do estudo constituem na necessidade de realização de testes de usabilidade com os profissionais da assistência, uma vez que os testes foram realizados em ambientes simulados.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, L.M. **Violência de gênero**: a construção de um campo teórico e de investigação. Soc. estado, Brasília, v. 29, n. 2, p. 449-469, Aug. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000200008&lng=en&nrm=iso>.

BATISTA, A.C.; AMOR DIVINO, A.E.; MARTINS, M.C.V. A Sistematização da assistência de enfermagem no atendimento a mulheres vítimas de violência. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracaju, v. 4, n. 3, p. 113-122, abr. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/5130/2719>>.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. **Lei nº 11.340**, de 7 agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. Diário oficial da União, Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm>. Acesso em: 19 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/norma-tecnica-versaoweb.pdf>>.

BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H.K.; DOCHTERMAN, J.M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

CERQUEIRA, D.; COELHO, D.S.C.; FERREIRA, H. **Texto para discussão**: estupro no Brasil: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de saúde entre 2011 e 2014. Brasília: IPEA, 2017. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2313.pdf.

CRUZ, D.A.L.M. et al. Nursing process documentation: rationale and methods of analytical study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 197-204, fev. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0197.pdf>

FACURI, C.O. et al. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 889-898, maio 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/08.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2018.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. **NANDA international nursing diagnoses**: definitions & classification. 2018-2020. Porto Alegre: Artmed, 2018.

JOHNSON, M. et al. **Ligações NANDA-NOC-NIC- Condições clínicas**. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

KRONE, C. **Validação de Heurísticas de Usabilidade para Celulares Touchscreen**. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Grupo de Qualidade de Software; 2013.

LIMA, R.S. **12º Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2018**. Fórum Brasileiro De Segurança Pública. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/03/Anuario-Brasileiro-de-Seguranca-Pública-2018.pdf>.

MIRANDA, L.N. et al. Decision-making system for nursing: integrative review. **Rev enferm UFPE online.**, Recife, vol. 11, Supl. 10, p. 4263-72, out., 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view>.

PERUCCI, M. et al. Percepções de enfermeiros sobre o atendimento a vítimas de violência sexual. **Rev. Enfermagem Revista** - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, v. 22, n. 1, 2019. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/20186>.

PINTO, L.S.S. et al. Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1501-1508, maio 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1501.pdf>.

SALES, E.R. Assistência de enfermagem às mulheres vítimas de violência sexual. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 04, Ed. 02, Vol. 01, pp. 140-158. Fevereiro de 2019. ISSN: 2448-0959. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/mulheres-vitimas-de-violencia>.

SILVA, E.B.; PADOIN, S.M.M.; VIANNA, L.A.C. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 608-613, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n6/16.pdf>.

SILVA, K.L.; ÉVORA, Y.D.M.; CINTRA, C.S.J. Software development to support decision making in the selection of nursing diagnoses and interventions for children and adolescents. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 927-35, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00927.pdf.

WHO. World Health Organization. **Global status report on violence prevention 2014**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/ >. Acesso em: 17 jul. 2018.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo descreveu o desenvolvimento do aplicativo “CuidarTech EnfPorElas”, destinado a estudantes de enfermagem e enfermeiros, para auxiliar na realização do Processo de Enfermagem. O aplicativo foi considerado confiável e adequado, segundo avaliação de especialistas no assunto. Futuramente, pretende-se desenvolver estudos de aplicação para avaliação dos impactos do uso da tecnologia.

O uso da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta e da taxonomia NANDA-I, NIC e CIPE® constituíram o referencial conceitual que apoiou a elaboração e aprimoramento do aplicativo. A teoria das Necessidades Humanas Básicas fornece subsídios para a prática diária do enfermeiro, englobando a lei do equilíbrio (homeostase ou hemodinâmica), a lei da adaptação e a lei do holismo, enquanto o processo de enfermagem organiza e estrutura o cuidado. Assim, a correlação entre as NHB e o Processo de Enfermagem é fundamental para uma abordagem individualizada e integral.

A utilização de um aplicativo móvel na prática de enfermagem, além de ser um aliado na assistência, também está relacionada ao ensino, através da facilidade de acesso ao conhecimento e da busca de maior familiaridade com as classificações de enfermagem que compõe o processo de enfermagem.

É importante que o enfermeiro tenha acesso e se aperfeiçoe no uso de instrumentos tecnológicos, pois são essenciais para o desenvolvimento da área da saúde à medida que os usuários se tornam mais complexos e as tecnologias mais avançadas. Considerando o conhecimento técnico para a construção do aplicativo, ressalta-se a contribuição da equipe de *design* e a importância da produção interdisciplinar.

Este estudo possibilitou o levantamento de 33 diagnósticos de enfermagem, correlacionado estes com 374 intervenções de enfermagem, que podem ser aplicados à mulher em situação de violência sexual, seja em atendimento de urgência quanto nos acompanhamentos eletivos.

O aplicativo “CuidarTech EnfPorElas” é composto dos principais diagnósticos e intervenções de enfermagem aplicáveis na prática assistencial e poderá ser utilizado pelo enfermeiro ou acadêmico de enfermagem para auxiliar o raciocínio

diagnóstico e a tomada de decisão, facilitando a execução do processo de enfermagem e contribuindo para uma assistência assertiva e humanizada às mulheres que se encontram em situação de fragilidade.

Vale destacar a importância dessa ferramenta, como resultado desta dissertação, para apoiar o profissional na interpretação e escolha dos diagnósticos e intervenções de enfermagem durante o desenvolvimento do processo de enfermagem, uma vez que otimiza a assistência ao agregar mais qualidade aos cuidados prestados e promover segurança do paciente.

Em suma, almeja-se que esta dissertação inspire outros enfermeiros para o desenvolvimento de novas tecnologias, a fim de facilitar a aplicação e execução do Processo de Enfermagem nos serviços de saúde, consolidando e reafirmando a importância do papel do enfermeiro nos cuidados ao paciente.

As limitações do estudo constituem na necessidade de realização de testes de usabilidade com os profissionais da assistência, uma vez que os testes foram realizados em ambientes simulados.

REFERÊNCIAS

_____. **Global status report on violence prevention 2014**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/>. Acesso em: 17 jul. 2018.

_____. **Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence**. Geneva: WHO, 2003. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42788/924154628X.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

_____. Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Ligue 180 central de atendimento à mulher: balanço 1º semestre/2016, 2016**. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/balanco180_2016-3.pdf>. Acesso em: Disponível em: 24 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios: norma técnica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/norma-tecnica-versaoweb.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2018.

_____. **Relatório mundial sobre a prevenção da violência 2014**. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência, 2015. Disponível em: <<http://nevus.org/relatorio-mundial-sobre-a-prevencao-da-violencia-2014/>>. Acesso em: 24 jun. 2018.

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **ABNT ISO/TR 16982:2014**. Ergonomia da interação humano-sistema. Métodos de usabilidade que apoiam o projeto centrado no usuário. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.abntcatalogo.com.br/>>. Acesso em: 10 jan. 2019

ANÍZIO, B. K. F. **Construção de instrumento para pessoas com feridas embasado na Teoria de Wanda Aguiar Horta**. 2015. 111 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

BATISTA, A.C.; AMOR DIVINO, A.E.; MARTINS, M.C.V. A Sistematização da assistência de enfermagem no atendimento a mulheres vítimas de violência. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracaju, v. 4, n. 3, p. 113-122, abr. 2018.

Disponível em:
<<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/5130/2719>>.
Acesso em: 25 jul. 2018.

BEDONE, A.J.; FAÚNDES, A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 465-469, fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/24.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

BONFIM, E.G. **A temática da violência na formação da enfermagem: racionalidades hegemônicas e o ensino na graduação**. 2015. 141 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000987769&loc=2016&l=15755460c64c2ad9>>. Acesso em: 31 maio 2018.

BORDINHÃO, R.C. **Processo de enfermagem em uma unidade de tratamento intensivo à luz da teoria das necessidades humanas básicas**. 2010. 148 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/26477/000759200.pdf?...1>>. Acesso em: 11 jul. 2018.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. **Lei nº 11.340, de 07 agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 19 dez. 2017.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 10 ago. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm>. Acesso em: 19 jul. 2018.

BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H.K.; DOCHTERMAN, J.M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

CAMACHO, A.C.L.F.; JOAQUIM, F.L. Reflexões à luz de Wanda Horta sobre os instrumentos básicos de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 11, n. 12, p. 5432-5438, dez. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23292/25512>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

CARLANTÔNIO, L.F.M.; FREITAS, L.C.M.; FONTES, D.M.A. et al. A produção de software por enfermeiros para utilização na assistência ao paciente. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online** – UFRJ. Vol. 8, n. 2, pp. 4121-4130, abr./jun. 2016.

CARVALHO, J.R.; OLIVEIRA, V.H. **Pesquisa de condições socioeconômicas e violência doméstica e familiar contra a mulher: relatório executivo I: primeira onda.** Fortaleza: UFC, 2016. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2016/12/Pesquisa-Nordeste_Sumario-Executivo.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2018.

CASTRO, R.R. et al. Compreensões e desafios acerca da sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. e10461, out. 2016. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v24n5/v24n5a17.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da violência 2017.** Rio de Janeiro: IPEA; FBSP, 2017. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/170602_atlas_da_violencia_2017.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2018.

CERQUEIRA, D.; COELHO, D.S.C. **Estupro no Brasil uma radiografia segundo os dados:** nota técnica. Brasília; IPEA, 2014. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5780/1/NT_n11_Estupro-Brasil-radiografia_Diest_2014-mar.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2018.

CERQUEIRA, D.; COELHO, D.S.C.; FERREIRA, H. **Texto para discussão:** estupro no Brasil: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de saúde entre 2011 e 2014. Brasília: IPEA, 2017. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2313.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 358/2009.** 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. COFEN, Rio de Janeiro, 15 out. 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 19 mar. 2018.

CRUZ, D.A.L.M. et al. Nursing process documentation: rationale and methods of analytical study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 197-204, fev. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0197.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

CUBAS, M.R.; SILVA, S.H.; ROSSO, M. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** v. 12, n. 1, p. 186-94, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a23.htm>. Acesso em: 25 jun. 2018.

DEUS, J.M. et al. Analysis of 230 women with chronic pelvic pain assisted at a public hospital. **Revista Dor**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 191-197, set. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v15n3/1806-0013-rdor-15-03-0191.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

FACURI, C.O. et al. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 889-898, maio 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/08.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2018.

FAÚNDES, A. et al. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 126-135, fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n2/30680.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034>>. Acesso em: 25 maio 2018.

GARCÍA, C.; MÉNDEZ, A. Violencia de género en el departamento del Meta 2015. **Rev. Hacia promoc. Salud**, v. 22, n. 2, p. 26-37, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v22n2/0121-7577-hpsal-22-02-00026.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2018.

GARCIA, L.P. et al. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, e00011415, abr. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n4/1678-4464-csp-32-04-e00011415.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2018.

GARCIA, T. R. (Org.). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)®: **VERSÃO 2017. PORTO Alegre**: Artmed, 2018.

GARCIA, T.R.; BARTZ, C.C; COENEN, A.M. CIPE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)**. 2017. Disponível em: <https://statics-americanas.b2w.io/sherlock/books/firstChapter/132542784.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2020.

GUEDES, R.N.; SILVA, A.T.M.C.; FONSECA, R.M.G.S. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 625-631, set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a24.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2018.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. **NANDA international nursing diagnoses: definitions & classification**. 2018-2020. Porto Alegre: Artmed, 2018.

HORTA, V.A. **Processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

JOHNSON M, et al. **Ligações NANDA - NOC - NIC: condições clínicas: suporte ao raciocínio e assistência de qualidade**. Rio de Janeiro: Elsevier, ed 3, 2012.

KRONE, C. **Validação de Heurísticas de Usabilidade para Celulares Touchscreen**. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Grupo de Qualidade de Software; 2013.

LEITE, F.M.C. et al. Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 33, abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006815.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2018.

LEITE, F.M.C. **Violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo e suas implicações na prevenção do câncer de colo do útero**. 2016. 196 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016. Disponível em: <http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/uploads/teses/TESE%20FINAL_Franciaele.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2018.

LESSA, L.M.M. et al. Irritable bowel syndrome in women with chronic pelvic pain in a Northeast Brazilian City. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 84-89, fev. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n2/08.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2018.

LOPES, M.V.O.; SILVA, V.M.; ARAUJO, T.L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 5, p. 649-655, Oct. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 maio 2018.

MANGUEIRA, S.O. et al. Implantação da sistematização da assistência de enfermagem: opinião de uma equipe de enfermagem hospitalar. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 3, n. 3, p.135-138, ago. 2012. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/298/160>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

MARINELLE, N.P.; SILVA, A.R.A.; SILVA, D.N.O. Sistematização da assistência de enfermagem: desafios para a implantação. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 4, n. 2, p. 254-263, dez. 2015. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/523/553>>. Acesso em: 28 maio 2018.

MARQUES, D.K.A.; MOREIRA, G.A.C.; NÓBREGA, M.M.L. Análise da teoria das necessidades humanas básicas de Horta. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 2, n. 4, p. 481-488, dez. 2008. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/5362/4581>>.
Acesso em: 15 maio 2018.

MARTINS, R.C. Abuso sexual e resiliência: enfrentando as adversidades. **Revista Mal Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 727-750, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v11n2/11.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

MATTAR, Rosiane et al. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 459-464, fev. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2018.

MCEWEN, M.; WILLS, E.M. **Bases teóricas de enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MILLÃO, L.F. et al. Integração de tecnologias digitais no ensino de enfermagem: criação de um caso clínico sobre úlceras por pressão com o software SIACC. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, abr. 2017. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1189/pdf1189>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

MIRANDA, L.N. et al. Decision-making system for nursing: integrative review. **Rev enferm UFPE online.**, Recife, vol. 11, Supl. 10, p. 4263-72, out., 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view>.

MORAES DE SABINO, L.M. et al. Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. **Aquichan**, v. 16, n. 2, p. 230 - 239, fev. 2016. Disponível em: <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4310/4234>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

MORGAN, C.M.; VECCHIATTI, I.R.; NEGRAO, A.B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, supl. 3, p. 18-23, dez. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13966.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2018.

MOTTER. C.P. Estupro nos relacionamentos amorosos: violência doméstica contra a mulher. **Revista Âmbito Jurídico**, v. 14, n. 89, jun. 2011. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9686>. Acesso em: 23 jun. 2018.

NUNES, M.C.A.; LIMA, R.F.F.; MORAIS, N.A. Violência sexual contra mulheres: um estudo comparativo entre vítimas adolescentes e adulta. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 37, n. 4, p. 956-969, dez. 2017. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n4/1414-9893-pcp-37-04-0956.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência**. Brasília: OPAS/OMS, 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44350/9789275716359_por.pdf?sequence=3>. Acesso em: 18 maio 2018.

PARAVENTI, F. et al. Estudo de caso controle para avaliar o impacto do abuso sexual infantil nos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 222-226, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v38n6/02.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2018.

PEREIRA, R.D.M.; ALVIM, N.A.T. **Técnica Delphi no diálogo com enfermeiros sobre a acupuntura como proposta de intervenção de enfermagem**. Esc Anna Nery, vol. 19, n. 1, p. 174-180, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0174.pdf>.

PINTO, L.S.S. et al. Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1501-1508, maio 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1501.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2018.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de resultados para a prática de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RODRIGUES, A.L.; MARIA, V.L.R. Teoria das necessidades humanas básicas: conceitos centrais descritos em um manual de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 353-359, jun. 2009. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/15629/10400>>. Acesso em: jul. 2018.

ROSA C.S. et al. O ensino do processo de enfermagem na ótica dos docentes. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 9, n. 6, p. 8235-44, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10583/11535>>. Acesso em: jul. 2018.

SANTOS, M.G. et al. O ensino do processo de enfermagem (PE) nos cursos de enfermagem em uma cidade do oeste catarinense. **Revista de Teorias e Práticas Educacionais**, v. 7, n. 1, p.21-27, jun. 2015. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20150827_210708.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2018.

SILVA, D.G. et al. Vista do O marco de Wanda de Aguiar Horta para o processo de enfermagem no Brasil. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio**

Ambiente, v. 2, supl. 1, p. 56-59, 2011. Disponível em: <<http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/68/299>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

SILVA, E.B.; PADOIN, S.M.M.; VIANNA, L.A.C. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 608-613, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n6/16.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2018.

SILVA, K.L.; ÉVORA, Y.D.M.; CINTRA, C.S.J. Desenvolvimento de software para apoiar a tomada de decisão na seleção de diagnósticos e intervenções de enfermagem para crianças e adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 927-35, 2015.

SILVA, M.M.; SANTOS, M.T.P. Os Paradigmas de Desenvolvimento de Aplicativos para Aparelhos Celulares. **Revista Tecnologias, Infraestrutura e Software**, v. 3, n. 2, 2014.

SILVA, S.A. et al. Análise da violência doméstica na saúde das mulheres. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 182-186, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n2/pt_08.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2018.

SOARES, M.I. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 47-53, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0047.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2018.

SOUZA, A.F.; COSTA, L.H.R. Conhecimento de Mulheres sobre HPV e Câncer do Colo do Útero após Consulta de Enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, p. 343-350, 2015. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_61/v04/pdf/05-artigo-conhecimento-de-mulheres-sobre-hpv-e-cancer-do-colo-do-utero-apos-consulta-de-enfermagem.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2018.

SOUZA, F.B. et al. Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. **Rev. Reprodução e Climatério**, v. 27, n. 3, p. 98-103, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S141320871300006X>. Acesso em: 24 jun. 2018.

TAPIA, C.E.V.; ANTONIASSI, L.J.; AQUINO J.P. Papel do enfermeiro frente ao abuso sexual de crianças e adolescentes. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 93-102, jul. 2014. Disponível em: <<http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/316/381>>. Acesso em: 7 jun. 2018.

TOSIN, M.H.S. et al. Nursing interventions for rehabilitation in Parkinson's disease: cross mapping of terms. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2728, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-24-02728.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2018.

WHO. World Health Organization. **Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugee and internally displaced persons**. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43117/924159263X.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 16 maio 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA-CONVITE AOS COLABORADORES DA PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CARTA CONVITE

Eu, **Odelle Mourão Alves**, Enfermeira, discente do Mestrado Profissional em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), orientada pela **Professora. Dra. Franciéle Marabotti Costa Leite** e coorientada pela **Professora Dra. Cândida Caniçali Primo**, estou desenvolvendo um estudo intitulado: **A MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL: UMA APROXIMAÇÃO COM A PRÁTICA DO ENFERMEIRO.**

Trata-se da minha dissertação que tem como um dos objetivos validar diagnósticos - NANDA e intervenções de enfermagem – NIC para assistência à mulher em situação de violência sexual.

Considerando sua experiência na área de atuação profissional e seus conhecimentos relacionados à temática, gostaria de convidá-lo (a) a participar dessa pesquisa, como voluntário, da etapa de Validação dos Diagnósticos e Intervenções de enfermagem, no caráter de juiz. **Esse estudo será realizado em etapas: na primeira será a validação dos diagnósticos de enfermagem que podem ser empregados na assistência de enfermagem à mulher em situação de violência sexual. As demais etapas serão realizadas por *feedbacks* aos enunciados que não atingiram o índice de concordância de 80%, a partir dos diagnósticos validados serão levantadas as intervenções e de enfermagem através da correlação NANDA-NIC-CIPE.**

O benefício relacionado à sua participação será de contribuir nos processos de

ensino-aprendizagem-assistência, ao esclarecer quais são os diagnósticos e intervenções de enfermagem mais usualmente empregados no processo de enfermagem durante o cuidado à mulher que sofre ou sofreu violência sexual.

Outras orientações e relevância do estudo, encontra-se **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)** que será disponibilizado, através do *Google Form*, após o consentimento do mesmo será aberto automaticamente o instrumento para validação dos diagnósticos de enfermagem.

Após a conclusão da sua contribuição, peço que envie a sua avaliação no prazo recomendado, previsto de 15 dias. Serão considerados juízes elegíveis desse estudo, aqueles que aceitarem o TCLE.

Desde já agradecemos a colaboração.

Atenciosamente,

Pesquisador: Enf^a. Odelle Mourão Alves

Mestrando do PPGENF/UFES. CPF 073.171.986-76

Tel.: (27)99969 4533

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário da pesquisa **“MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL: UMA APROXIMAÇÃO COM A PRÁTICA DO ENFERMEIRO”** que tem como objetivo validar diagnósticos - NANDA e intervenções de enfermagem – NIC para assistência à mulher à mulher em situação de violência sexual . Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar, no caráter de juiz ou especialista, da etapa de Validação dos Diagnósticos e Intervenções de enfermagem. Acredita-se que a validação desses enunciados por especialistas contribuirá para a prática cotidiana dos enfermeiros que prestam assistência às mulheres que sofrem ou sofreram violência sexual em virtude que permitirá o esclarecimento de quais são os diagnósticos e intervenções de enfermagem mais usualmente empregados no processo de enfermagem. O benefício relacionado à sua participação será de contribuir nos processos de ensino-aprendizagem assistência. Por se tratar de uma pesquisa na qual as participantes contribuirão com suas experiências e responderão a questionamentos, há um risco de desconforto do sujeito de pesquisa. Em qualquer etapa do estudo, o senhor (a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A principal pesquisadora é a Enfermeira Mestranda Odelle Mourão Alves que poderá ser encontrada na Avenida Marechal Campos 1468, Maruípe, Departamento de Enfermagem – UFES, tel: (27) 99969-4533. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. O senhor(a) terá direito de ser mantido(a) atualizado(a) sobre os resultados parciais da pesquisa ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Haverá compromisso do pesquisador em utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Caso concorde em participar, é preciso assinar esse termo concordando com a participação na pesquisa e posteriormente serão abertos os diagnósticos de enfermagem para validação em que deverá ser assinalado apenas uma das opções entre: “Concordo” e “Não concordo”, com o objetivo de alcançar 80% de concordância entre os juízes.

Este termo será enviado apenas nesta primeira etapa, sendo as demais etapas seguirão o mesmo processo de resposta e serão enviadas automaticamente de acordo com anuência do mesmo.

Eu, _____ declaro ter sido suficientemente informado (a) e esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, entendendo todos os termos expostos e os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Declaro, ainda que ficou claro que minha participação é isenta de despesa. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo de qualquer natureza. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo(a) pesquisador(a) principal.

Mestranda: Odelle Mourão Alves

Email: odellealves@hotmail.com

Telefone: 27-99969 4533

Orientadora: Profa. Dra. Franciéle Marabotti Costa Leite

Email: francielemarabotti@gmail.com

Telefone: 27-99515 2805

Co-orientadora: Profª Drª Cândida Caniçali Primo

Email: candidaprimo@gmail.com

Telefone: 27-99849 5575

Comitê de Ética em Pesquisa telefone: (27) 3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe, Prédio da Administração do CCS

CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil.

APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE VALIDAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Marque a opção “concordo” ou “não concordo” para os diagnósticos de enfermagem aplicáveis à mulher em situação de violência sexual a seguir:

1. Ansiedade

Definição: Sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.

Concordo

Não concordo

Comentários/Sugestões: _____

2. Automutilação

Definição: Comportamento autolesivo deliberado, causando dano tissular, com a intenção de provocar lesão não fatal para obter alívio de tensão.

Concordo

Não concordo

Comentários/Sugestões: _____

3. Autonegligência

Definição: Conjunto de comportamentos culturalmente estruturados que envolvem uma ou mais atividades de autocuidado em que há falha em manter um padrão de saúde e bem-estar socialmente aceito.

Concordo

Não concordo

Comentários/Sugestões: _____

Marque a opção “concordo” ou “não concordo” para os diagnósticos de enfermagem aplicáveis à mulher em situação de violência sexual a seguir:

4. Baixa autoestima situacional

Definição: Desenvolvimento de percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual.

Concordo

Não concordo

Comentários/Sugestões: _____

5. Comportamento de saúde propenso a risco

Definição: Capacidade prejudicada de modificar o estilo de vida e/ou as ações de forma a melhorar o nível de bem-estar.

Concordo

Não concordo

Comentários/Sugestões: _____

6. Conflito de decisão

Definição: Incerteza sobre o curso de ação a ser tomado quando a escolha entre ações conflitantes envolve risco, perda ou desafio a valores e crenças.

Concordo

Não concordo

Comentários/Sugestões: _____

7. Controle ineficaz da saúde

Definição: Padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para tratamento de doenças e suas sequelas que é insatisfatório para alcançar metas específicas de saúde.

Concordo

Não concordo

Marque a opção “concordo” ou “não concordo” para os diagnósticos de enfermagem aplicáveis à mulher em situação de violência sexual a seguir:

Comentários/Sugestões: _____

8. Desempenho de papel ineficaz

Definição: Padrão de comportamento e autoexpressão que não combina com o contexto, as normas e as expectativas do ambiente.

Concordo

Não concordo

Comentários/Sugestões: _____

9. Distúrbio na imagem corporal

Definição: Confusão na imagem mental do eu físico.

Concordo

Não concordo

Comentários/Sugestões: _____

10. Enfrentamento ineficaz

Definição: Padrão de avaliação inválida de estressores, com esforços cognitivos e/ou comportamentais, que falha em controlar as demandas relativas ao bem-estar.

Concordo

Não concordo

Comentários/Sugestões: _____

11. Interação social prejudicada

Definição: Quantidade insuficiente ou excessiva, ou qualidade ineficaz, de troca social.

Concordo

Não concordo

Marque a opção “concordo” ou “não concordo” para os diagnósticos de enfermagem aplicáveis à mulher em situação de violência sexual a seguir:

Comentários/Sugestões: _____

12. Isolamento social

Definição: Solidão sentida pelo indivíduo e percebida como imposta por outros e como um estado negativo ou ameaçador.

Concordo

Não concordo

Comentários/Sugestões: _____

13. Medo

Definição: Resposta a uma ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo.

Concordo

Não concordo

Comentários/Sugestões: _____

14. Processos familiares disfuncionais

Definição: Funcionamento familiar que falha em sustentar o bem-estar de seus membros.

Concordo

Não concordo

Comentários/Sugestões: _____

15. Relacionamento ineficaz

Definição: Padrão de parceria mútua que é insuficiente para o atendimento das necessidades recíprocas.

Concordo

Não concordo

Marque a opção “concordo” ou “não concordo” para os diagnósticos de enfermagem aplicáveis à mulher em situação de violência sexual a seguir:

Comentários/Sugestões: _____

16. Risco de dignidade humana comprometida

Definição: Suscetibilidade à perda percebida de respeito e honra que pode comprometer a saúde.

Concordo

Não concordo

Comentários/Sugestões: _____

17. Risco de binômio mãe-feto perturbado

Definição: Suscetibilidade à ruptura da relação simbiótica mãe-feto em consequência de comorbidade ou problemas relacionados à gestação que pode comprometer a saúde.

Concordo

Não concordo

Comentários/Sugestões: _____

18. Risco de relacionamento ineficaz

Definição: Suscetibilidade ao desenvolvimento de um padrão insuficiente para oferecimento de parceria mútua para o atendimento das necessidades recíprocas.

Concordo

Não concordo

Comentários/Sugestões: _____

19. Risco de suicídio

Definição: Suscetibilidade a lesão autoinfligida que ameaça a vida

Concordo

Marque a opção “concordo” ou “não concordo” para os diagnósticos de enfermagem aplicáveis à mulher em situação de violência sexual a seguir:

Não concordo

Comentários/Sugestões: _____

20. Risco de violência direcionada a si mesmo

Definição: Suscetibilidade a comportamentos nos quais um indivíduo demonstra que pode ser física, emocional e/ou sexualmente nocivo a si mesmo.

Concordo

Não concordo

Comentários/Sugestões: _____

21. Sentimento de impotência

Definição: Experiência vivida de falta de controle sobre uma situação, inclusive um percepção de que as próprias ações não afetam, de forma significativa um resultado.

Concordo

Não concordo

Comentários/Sugestões: _____

22. Síndrome do trauma de estupro

Definição: Resposta mal-adaptada e sustentada a uma penetração sexual forçada, violenta, contra a vontade e o consentimento da vítima.

Concordo

Não concordo

Comentários/Sugestões: _____

23. Síndrome pós-trauma

Definição: Resposta mal-adaptada e sustentada a evento traumático e opressivo.

<p>Marque a opção “concordo” ou “não concordo” para os diagnósticos de enfermagem aplicáveis à mulher em situação de violência sexual a seguir:</p>
<p><input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Não concordo</p> <p>Comentários/Sugestões: _____</p>
<p>24. Sobrecarga de estresse</p> <p>Definição: Excessivas quantidades e tipos de demandas que requerem ação.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Não concordo</p> <p>Comentários/Sugestões: _____</p>
<p>25. Distúrbio no padrão de sono</p> <p>Definição: Despertares com tempo limitado em razão de fatores externos.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Não concordo</p> <p>Comentários/Sugestões: _____</p>
<p>26. Dor aguda</p> <p>Definição: Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e com duração menor que 3 meses.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Não concordo</p> <p>Comentários/Sugestões: _____</p>
<p>27. Dor crônica</p> <p>Definição: Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão</p>

Marque a opção “concordo” ou “não concordo” para os diagnósticos de enfermagem aplicáveis à mulher em situação de violência sexual a seguir:

tissular

real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade

leve a intensa, constante ou recorrente, sem término antecipado ou previsível e com duração maior que 3 meses.

Concordo

Não concordo

Comentários/Sugestões: _____

28. Integridade tissular prejudicada

Definição: Dano em membrana mucosa, córnea, sistema tegumentar, fascia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular e/ou ligamento.

Concordo

Não concordo

Comentários/Sugestões: _____

29. Disfunção sexual

Definição: Estado em que um indivíduo passa por mudança na função sexual, durante as fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, que é vista como insatisfatória, não recompensadora ou inadequada.

Concordo

Não concordo

Comentários/Sugestões: _____

30. Controle de impulsos ineficaz

Definição: Padrão de reações rápidas e não planejadas a estímulos internos ou externos, sem levar em conta as consequências negativas dessas reações ao indivíduo impulsivo ou aos outros.

Marque a opção “concordo” ou “não concordo” para os diagnósticos de enfermagem aplicáveis à mulher em situação de violência sexual a seguir:

Concordo

Não concordo

Comentários/Sugestões: _____

31. Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais

Definição: Ingestão de nutrientes insuficiente para satisfazer às necessidades metabólicas.

Concordo

Não concordo

Comentários/Sugestões: _____

32. Padrão de sexualidade ineficaz

Definição: Expressões de preocupação quanto à própria sexualidade.

Concordo

Não concordo

Comentários/Sugestões: _____

33. Risco de infecção

Definição: Suscetibilidade a invasão e multiplicação de organismos patogênicos que pode comprometer a saúde.

Concordo

Não concordo

Comentários/Sugestões: _____

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS DE ENFERMAGEM

Pesquisador: Fabíola Zanetti Resende

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 57930016.0.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.794.528

Apresentação do Projeto:

Este estudo será desenvolvido em duas etapas: Etapa 1) Validação de conteúdo das tecnologias de Enfermagem por juízes; Etapa 2) Validação de conteúdo e clareza das tecnologias de Enfermagem pela clientela

Objetivo da Pesquisa:

Validar tecnologias educacionais de Enfermagem voltadas para área materno-infantil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios atendem a resolução 466/2012 CNS

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Espera-se com a elaboração de tecnologias aumentar a eficiência da assistência de enfermagem, nessa perspectiva promover o aumento da visibilidade e reconhecimento do profissional de Enfermagem, uma vez que a tecnologia organiza o trabalho profissional. Também, as tecnologias possibilitarão uma reflexão sobre a condição do cliente e o autoconhecimento visto promover participação do usuário como protagonista do processo despertando a consciência crítica e a autonomia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de Rosto assinada pela diretora do Centro CCS

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES**



Continuação do Parecer: 1.794.528

- Apresenta autorização do HUCAM para realização da pesquisa
- Os 2 TCLE estão de acordo com a resolução
- Orçamento detalhado e de custeio próprio da pesquisadora
- Anexados Formulários e documentos que serão usados na 1º e 2º etapa da pesquisa
- Cronograma com datas após da aprovação do projeto pelo CEP

Recomendações:

Sem

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Cumpridas

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_737626.pdf	30/09/2016 11:09:46		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	validateeducacional.pdf	30/09/2016 11:09:26	Fabiola Zanetti Resende	Aceito
Brochura Pesquisa	validateeducacionalset.pdf	30/09/2016 11:06:35	Fabiola Zanetti Resende	Aceito
Outros	FORMULARIOStecnologias.pdf	19/09/2016 12:47:48	Fabiola Zanetti Resende	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	cartarespostaCEPtecnosetembro.pdf	19/09/2016 12:46:30	Fabiola Zanetti Resende	Aceito
Folha de Rosto	folharostoplataforma.pdf	29/06/2016 21:18:37	Fabiola Zanetti Resende	Aceito
Outros	autorizacaotecnologia.pdf	11/06/2016 11:30:56	Fabiola Zanetti Resende	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/06/2016 11:28:28	Fabiola Zanetti Resende	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 1.794.528

VITORIA, 27 de Outubro de 2016

Assinado por:
Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
(Coordenador)

Endereço: Av. Marechal Campos 1468
Bairro: S/N **CEP:** 29.040-091
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com