

# **Protocolo de diagnósticos e intervenções de enfermagem para assistência a mulher vítima de violência sexual**

Mestre: Odelle Mourão Alves

Orientador: Franciéle Marabotti Costa Leite

Coorientador – Cândia Caniçali Primo

**2020**

# Protocolo de diagnósticos e intervenções de enfermagem para assistência a mulher vítima de violência sexual

**Autores:** Odelle Mourão Alves, Franciéle Marabotti Costa Leite, Cândida Caniçali Primo, Karina Fardin Fiorotti, Fábio Lúcio Tavares, Márcia Valéria de Souza Almeida, Eliane de Fátima Almeida Lima.

**Tipo da produção:** Material instrucional

**Ano:** 2020

**Disponível em:** <http://www.enfermagem.vitoria.ufes.br/pt-br/tecnica>

## DESCRIÇÃO DO PRODUTO

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, o hospital universitário não possui o processo de enfermagem organizado para essa clientela, não sendo realizado sistematicamente. **Metodologia:** estudo metodológico que utilizou o referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas de Horta e as classificações North American Nursing Diagnosis Association - International e Nursing Intervention Classification, desenvolvido em três etapas: 1) identificação dos principais diagnósticos de enfermagem; 2) validação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem pelo método Delphi.

A partir da revisão de literatura, 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 genitourinárias, 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 1 – Protocolo de diagnósticos e intervenções de enfermagem para assistência à mulher em situação de violência sexual.

<b>NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>
<b>Diagnóstico de enfermagem: Ansiedade</b>
<b>Definição do diagnóstico:</b> 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.
<b>Intervenções de Enfermagem</b>  Abordar a importância de se abster do uso da substância, identificando a meta terapêutica mais apropriada  Abordar situações ou indivíduos específicos que ameacem o paciente ou seus familiares  Acalmar o paciente quanto a segurança pessoal ou segurança geral  Apoiar emocional ao paciente, conforme indicado  Apoiar o paciente a entender o distúrbio como uma doença relacionada a vários fatores  Apoiar o paciente a reconhecer seus sentimentos, como a ansiedade, a raiva ou tristeza  Apoiar o paciente/família na identificação dos fatores que aumentam a sensação de segurança  Avaliar a presença de comorbidade ou transtorno médico ou psiquiátrico concomitante, adequando o tratamento  Buscar pessoas significativas cuja presença pode ajudar o paciente  Demonstrar calma e evitar causar situações emocionais intensas



Estimular a expressão de raiva do paciente de maneira construtiva

Estimular a família a participar dos esforços de recuperação

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

Fazer encaminhamento, se necessário

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 autocrítica 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

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 progressas

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 a fim 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 pessoas responsáveis em períodos de maior tensão

Evitar fazer críticas negativas ao paciente

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

Gerenciar relação entre o paciente e sua família

Identificar com o paciente situações que precipitam a ansiedade

Observar sinais verbais e não verbais de ansiedade

Orientar o paciente quanto as práticas para redução da ansiedade

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

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

Respeitar o direito do paciente em suas escolhas

### **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 estupro 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

## Realização:



**GUIDARTECH**

## Apoio:



## Financiamento:



## Registro:

O protocolo foi encaminhado ao Hospital Universitário da Universidade Federal do Espírito Santo para inclusão no sistema informatizado e utilização pelos enfermeiros do serviço.

