



ESCOLA DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA LTDA.
FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA - FACENE

RAYANNE MARCELA MENDONÇA MEIRELLES

**VALIDAÇÃO DOS INDICADORES EMPÍRICOS PARA CONSTRUÇÃO DE UM
INSTRUMENTO DIGITAL PARA MONITORIZAÇÃO DA PARTURIENTE**

JOÃO PESSOA
2025

ESCOLA DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA LTDA.
FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA - FACENE

RAYANNE MARCELA MENDONÇA MEIRELLES

**VALIDAÇÃO DOS INDICADORES EMPÍRICOS PARA CONSTRUÇÃO DE UM
INSTRUMENTO DIGITAL PARA MONITORIZAÇÃO DA PARTURIENTE**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado à Coordenação do Curso de Graduação
em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem
Nova Esperança como exigência parcial para
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Profa. Ma. Amanda Benício Da Silva

JOÃO PESSOA
2025

M455v

Meirelles, Rayanne Marcela Mendonça

Validação dos indicadores empíricos para construção de um instrumento digital para monitorização da parturiente / Rayanne Marcela Mendonça Meirelles. – João Pessoa, 2025.

76f.

Orientadora: Prof.^a Ma. Amanda Benício da Silva.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

1. Processo de Enfermagem. 2. Morbimortalidade Materna.
3. Tecnologia em Saúde. I. Título.

CDU: 616-083:004

**VALIDAÇÃO DOS INDICADORES EMPÍRICOS PARA CONSTRUÇÃO
DE UM INSTRUMENTO DIGITAL PARA MONITORIZAÇÃO DA
PARTURIENTE**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado pelo aluno Rayanne Marcela Mendonça Meirelles do curso de bacharelado em enfermagem, tendo obtido o conceito _____ de conforme a apreciação da banca examinadora.

Aprovado em ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ma. Amanda Benício Da Silva - Orientadora FACENE

Prof^a. Vagna Cristina Leite da Silva Pereira- Membro (FACENE)

Prof^a. Smalyanna Sgren da Costa Andrade- Membro (FACENE)

"E se eu pudesse dizer-lhe tudo, você iria ver como Deus fez tudo, e eu nada" – Florence Nightingale.

AGRADECIMENTOS

A graduação foi, sem dúvida, o maior desafio que já atravessei na minha breve caminhada. Uma travessia bordada por momentos árduos, mas também por instantes tão doces quanto o próprio sonho que me trouxe até aqui. E eu jamais poderia encerrar este ciclo sem, antes, elevar minha gratidão a Deus, que em Sua infinita bondade não apenas abriu as portas da tão desejada vaga na universidade, mas também me sustentou quando minhas forças vacilavam. Foi ele quem me manteve de pé nos dias de incerteza, quem me guiou com cuidado e quem me concedeu a dádiva de, neste lugar, descobrir o propósito da minha vida.

Agradeço, com o coração transbordando, aos meus pais, Desirée e Marcelo, que nunca mediram esforços para que, mesmo além de suas possibilidades, eu pudesse alcançar esta conquista. Em cada noite mal dormida em que me ajudaram a estudar, em cada renúncia silenciosa feita para garantir a minha educação, e em cada gesto de apoio incondicional, mora minha eterna gratidão. Vocês nunca limitaram meus sonhos — ao contrário, me mostraram que eu poderia ser o que desejasse, sem imaginar que tudo o que eu queria era carregar um pouco da força da minha mãe e da determinação do meu pai. Não há palavra, por mais bela que seja, capaz de traduzir por completo o quanto vocês são a base firme sobre a qual eu construí este caminho.

Ao meu esposo, meu companheiro desde o primeiro passo da graduação, agradeço por todo o carinho, paciência e compreensão dedicados ao longo dessa montanha-russa que foi essa jornada. Entre lágrimas e risos, você foi a brisa suave que me acolheu, meu descanso dias mais pesados, permitindo-me respirar com calma quando o mundo parecia correr depressa demais.

As minhas amigas Maria Clara, Maria Eduarda e Isabelly que me “adotaram” e sabem, melhor do que ninguém sobre esse processo. Vocês foram minhas companheiras nessa jornada, obrigada por serem o abraço nos meus dias mais difíceis e a risada que trouxe leveza meus caminhos. Cada gesto de apoio, cada palavra de compreensão e cada silêncio acolhedor trouxe alívio quando o peso parecia grande demais. Vocês caminharam ao meu lado com amor, paciência e uma força que me alcançou mesmo quando eu nem sabia pedir. Ter vivido esse processo ao lado de vocês tornou tudo mais leve, mais bonito e infinitamente mais especial.

Por fim, aos meus professores, que dedicaram tempo, paciência e sabedoria para moldar não apenas a profissional que estou me tornando, mas também a pessoa que floresceu ao longo desses anos, registro aqui minha gratidão mais profunda. Cada aula, cada palavra de incentivo e até cada desafio proposto foram sementes plantadas com cuidado, e que hoje colho em forma de conhecimento, maturidade e propósito. Agradeço também a todos aqueles que, mesmo sem serem citados nominalmente, fizeram parte desta caminhada — pacientes, funcionários, tutores, e cada alma gentil que cruzou meu caminho. Vocês, de alguma forma, contribuíram para que este sonho ganhasse força, forma e significado. Levo todos comigo, como lembranças bonitas que costuram a história deste capítulo tão especial da minha vida.

RESUMO

Introdução: Organização Mundial da Saúde (OMS) 2014, descreve que o parto é um dos momentos mais marcantes na vida da mulher, sendo ele um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados e, nessa perspectiva, a enfermagem enquadra-se como uma profissão imperativa no processo de trabalho de parto. Sendo assim, presume-se que uma tecnologia, associado à implementação da SAE, possa influenciar positivamente a enfermagem como um contraponto ao cenário epidemiológico de morbimortalidade materna. **Objetivo:** Identificar os indicadores para elaboração de uma proposta de tecnologia para monitorização clínica da parturiente, por meio de um relógio inteligente integrado a um aplicativo móvel. **Metodologia:** O presente trabalho trata-se de um estudo metodológico com abordagem quantitativa aplicável a estudos a fim de produzir e validar tecnologias educacionais. O estudo foi realizado em três etapas: 1º etapa: Levantamento bibliográfico das necessidades humanas básicas; 2º etapa: Foi realizada a seleção dos indicadores do estudo; 3º etapa: Foi realizado a validação com os especialistas. **Resultados:** A amostra inicial selecionada para a participação na pesquisa foi de 10 profissionais. Dos 143 indicadores selecionados 15 foram validados com $IVC > 0,80$ itens para compor o instrumento. Entretanto, outros 43 itens foram mantidos devido a sua importância na prática de enfermagem, se mostrando essenciais para a avaliação clínica pelo profissional enfermeiro. **Discussão:** A avaliação de enfermagem visa identificar problemas reais ou potenciais, organiza os registros e, é ele que dá sequência às demais etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem, desencadeando o cuidado de enfermagem ao indivíduo. O desenvolvimento e a utilização de tecnologias na área da saúde subsidiam o cuidado em diferentes contextos, e reúne, de forma organizada e sistematizada, conhecimentos e evidências científicas disponíveis na literatura. Além disso, a implementação de aplicativos móveis como ferramentas tecnológicas auxiliares, eleva a capacidade de execução dos cuidados da enfermagem, seja educando ou assistindo o público alvo, visto que as vantagens estabelecidas pelo manuseio de softwares contribuem no ensino, na pesquisa e na assistência multiprofissional, favorecendo a tomada da decisão de maneira compatível a necessidade do paciente. **Conclusão:** O instrumento busca orientar e qualificar o cuidado de enfermagem. Por meio dele, o profissional pode organizar as informações e analisá-las de forma crítica além do propósito de fornecer ao enfermeiro um recurso que favoreçam um atendimento completo, dinâmico e embasado em evidências, contribuindo para maior qualidade e efetividade na assistência à gestante. Desse modo, o instrumento também pretende tornar o Processo de

Enfermagem mais prática e reduzir a carga burocrática do enfermeiro, permitindo que ele direcione com maior foco sua atenção ao cuidado integral da parturiente.

Palavras-chave: Processo de enfermagem, morbimortalidade materna, Tecnologia em saúde.

ABSTRACT

Introduction: The World Health Organization (WHO) 2014 describes childbirth as one of the most significant moments in a woman's life, being a natural event that does not require control, but rather care, and from this perspective, nursing fits as an imperative profession in the labor process. Thus, it is assumed that a technology, associated with the implementation of SAE, can positively influence nursing as a counterpoint to the epidemiological scenario of maternal morbidity and mortality. Objective: To identify the indicators for the development of a technology proposal for clinical monitoring of the parturient, thru a smartwatch integrated with a mobile application. Methodology: The present work is a methodological study with a quantitative approach applicable to studies aimed at producing and validating educational technologies. The study was conducted in three stages: 1st stage: Bibliographic survey of basic human needs; 2nd stage: Selection of the study indicators was carried out; 3rd stage: Validation with specialists was conducted. Results: The initial sample selected for participation in the research consisted of 10 professionals. Of the 143 selected indicators, 15 were validated with $IVC > 0.80$ items to compose the instrument. However, another 43 items were retained due to their importance in nursing practice, proving to be essential for clinical evaluation by the nursing professional. Discussion: Nursing assessment aims to identify real or potential problems, organizes the records, and it is the one that gives continuity to the other stages of the Systematization of Nursing Care, triggering nursing care for the individual. The development and use of technologies in the healthcare field support care in different contexts, and they gather, in an organized and systematic manner, knowledge and scientific evidence available in the literature. Moreover, the implementation of mobile applications as auxiliary technological tools enhances the execution capacity of nursing care, whether by educating or assisting the target audience, given that the advantages established by the use of software contribute to teaching, research, and multiprofessional assistance, favoring decision-making in a manner compatible with the patient's needs. Conclusion: The tool aims to guide and qualify nursing care. Thru it, the professional can organize the information and analyze it critically, in addition to providing the nurse with a resource that promotes comprehensive, dynamic, and evidence-based care, contributing to greater quality and effectiveness in care for the pregnant woman. In this way, the instrument also aims to make the Nursing Process more practical and reduce the nurse's bureaucratic burden, allowing them to focus their attention more directly on the comprehensive care of the parturient.

Keywords: Nursing process, maternal morbidity and mortality, Health technology.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	08
1.1	PROBLEMATIZAÇÃO.....	09
1.2	JUSTIFICATIVA.....	09
1.3	HIPÓTESE.....	10
1.4	OBJETIVOS.....	10
1.4.1	Objetivo Geral.....	10
1.4.2	Objetivos Específicos.....	10
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
2.1	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS.....	11
2.2	TRABALHO DE PARTO.....	14
2.3	SINAIS VITAIS.....	17
2.3.1	REGULAÇÃO TÉRMICA.....	17
2.3.2	REGULAÇÃO VASCULAR.....	18
2.3.3	BATIMENTOS CARDIOFETAIS.....	19
2.3.4	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA.....	20
2.3.5	DOR.....	21
2.3.6	SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO.....	22
2.4	NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS.....	23
2.4.1	NECESSIDADE DE OXIGENAÇÃO.....	24
2.4.2	NECESSIDADE DE HIDRATAÇÃO.....	26
2.4.3	NECESSIDADE DE NUTRIÇÃO.....	27
2.4.4	NECESSIDADE DE ELIMINAÇÃO.....	27
2.4.5	NECESSIDADE DE LOCOMOÇÃO.....	28
2.4.6	MECÂNICA CORPORAL.....	28
2.4.7	NECESSIDADE DE SEXUALIDADE.....	29
2.5	NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS.....	29
2.5.1	NECESSIDADE DE SEGURANÇA.....	29
2.5.2	NECESSIDADE DE COMUNICAÇÃO.....	31
2.5.3	NECESSIDADE DE PARTICIPAÇÃO.....	31
2.6	NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS.....	32
2.6.1	NECESSIDADE RELIGIOSA E TEOLÓGICA	32
3	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	33
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	33
3.2	LOCAL DE ESTUDO.....	33
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	33
3.4	INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	34
3.5	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	35
3.6	ANÁLISE DE DADOS.....	38
3.7	DEFECHOS.....	39
3.7.1	Desfecho primário.....	39
3.7.2	Desfecho secundário.....	39
3.8	POSICIONAMENTO ÉTICO DOS PESQUISADORES.....	37
3.9	FINANCIAMENTO.....	40
4	CRONOGRAMA.....	40
5	PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA.....	41

REFERÊNCIAIS.....	43
APÊNDICES	50
APENDICE A.....	50
APENDICE B.....	53

1 INTRODUÇÃO

Organização Mundial da Saúde (OMS) 2014, descreve que o parto é um dos momentos mais marcantes na vida da mulher, sendo ele um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados e, nessa perspectiva, a enfermagem enquadra-se como uma profissão imperativa no processo de trabalho de parto. (Santos et al, 2024)

Tanto em gestações de risco habitual quanto a de alto risco, pode haver a ocorrência de alterações no curso fisiológico da gestação, o que denominamos de intercorrências obstétricas, em que há alteração da evolução e do andamento do processo gestacional fisiológico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). De acordo com o relatório “Tendências na mortalidade materna 2000 a 2020” das Nações Unidas, a cada dois minutos uma mulher morre durante a gestação ou no trabalho de parto. O relatório também mostra que a incidência de casos de morte materna aumentou ou estagnou por todo o mundo, sendo estimado cerca de 287.000 de casos a nível mundial em 2020. (IFF, 2023)

Neste contexto, segundo um estudo realizado pelo Programa de Pós-Graduação de Política Social (PPGPS), realizado em parceria com a Universidade de Cuba, no Brasil, entre as causas diretas mais relevantes de morte materna estão os distúrbios hipertensivos, distúrbios placentários, infecções puerperais e complicações relacionadas ao puerpério. Nessa conjectura, o Ministério da saúde ressalta que a grande maioria dessas complicações poderiam ser evitadas com uma assistência pré-natal, parto e puerpério adequada. (Garcia. et al, 2021)

Um estudo publicado no “*Brazilian Journal of Health Review*” sobre a mortalidade materna (MM) no Brasil, constatou que entre 2020 e 2022 dos 6.365 casos, 1.930 foram registrados na região nordeste do país. (Lins et al, 2024)

A monitorização dos sinais vitais (SSVV) é uma ferramenta de suma importância no que tange os cuidados obstétricos, tendo em vista sua capacidade de apontar complicações maternas e permitir intervenções quando necessário. As anormalidades de SSVV são frequentemente vistas em complicações obstétricas comuns, por exemplo, o choque hemorrágico que pode ser detectado por meio de alterações na frequência cardíaca (FC), pressão arterial (PA) e diminuição do débito urinário. Da mesma forma, anormalidades na PA podem indicar piora da doença hipertensiva. Em tais cenários clínicos, o tratamento rápido pode evitar sequelas mais perigosas e, finalmente, a morte (Mugyenyi et al, 2021).

Nesse contexto, as tecnologias de monitoramento e alerta precoce estão sendo cada vez mais adotadas para melhorar a pontualidade e o gerenciamento de complicações obstétricas, tendo a avaliação dos sinais vitais como ferramenta para acompanhar os pacientes. Desse modo, é nessa

busca por métodos mais efetivos do cuidado que surge a possibilidade do uso da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), particularmente o Mobile Health (MHealth), recurso que converge a prática tecnológica ao contexto da saúde, suportado por dispositivos móveis como *smartphones*, *tablets* e qualquer outro dispositivo de conceito portátil (Barros et al, 2021).

Além disso, considerando a organização do trabalho profissional de Enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) estabeleceu a Resolução N° 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem (PE). A SAE refere-se à organização da atuação profissional no que diz respeito ao método, pessoal e instrumentos, aspectos estes que possibilitam a operacionalização do PE, um instrumento metodológico que orienta a assistência e a documentação das ações de enfermagem. Logo a SAE e PE direcionam o cuidado de enfermagem de acordo com as necessidades do paciente, seja em ambientes públicos ou privados, garantindo visibilidade e reconhecimento profissional. (Oliveira et al, 2022)

Nesse sentido, a SAE é uma importante ferramenta utilizada por enfermeiros para promover ao paciente uma assistência holística, segura e sistematizada, à medida que disponibiliza os recursos científicos, técnicos e humanos para a operacionalização do PE. (Oliveira et al, 2022)

Sendo assim, presume-se que o manuseio dessa tecnologia, associado à implementação da SAE, possa influenciar positivamente a enfermagem como um contraponto ao cenário epidemiológico de morbimortalidade materna, visto que tem transformado a forma do enfermeiro de lidar com um quantitativo maciço de informações sobre a assistência, e promovido um rápido e organizado sistema de gestão do cuidado, decréscimo da carga burocrática e aumento da performance profissional (Barros, 2021).

A morbimortalidade materna ainda representa um desafio significativo para as organizações de saúde, tanto a nível mundial quanto nacional. Com o crescimento das ferramentas tecnológicas e a sua popularização no cotidiano da sociedade, esta pesquisa justifica-se pela necessidade de compreender de que forma a utilização da tecnologia, aliada à sistematização da assistência de enfermagem, pode contribuir para o avanço do cuidado obstétrico e a redução dos índices de morbimortalidade materna. Estudar essa temática é fundamental para o fortalecimento das práticas de enfermagem baseadas em evidências, promoção da saúde materna e subsidiar políticas públicas mais eficazes na atenção à gestante e puérpera.

H0 (nula): Não é possível identificar e validar indicadores empíricos das Necessidades Humanas Básicas de Horta associados a parturiente.

H1 (alternativa): É possível identificar e validar indicadores empíricos das Necessidades Humanas Básicas de Horta associados a parturiente.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Validar os indicadores para monitorização clínica da parturiente com base na teoria das necessidades humanas básicas para construção de um instrumento digital.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa;
- Ajustar os indicadores e parâmetros utilizados na monitorização e avaliação da parturiente;

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 TEORIA DE WANDA AGUIAR HORTA

Como resultado do avanço tecnológico e profissional da enfermagem, surge a partir de 1950, as primeiras teóricas da área, representadas por profissionais que se preocupavam em compreender e descrever suas funções, seus papéis, tornando, assim, entendida a atuação da enfermagem. Essas enfermeiras buscavam identificar um campo conceitual próprio para a profissão, independente, sobretudo, do modelo médico, na busca por uma maior autonomia profissional. A teoria constitui uma forma sistemática de percepção do mundo no intuito de compreendê-lo, tornando-se o caminho para caracterizar um fenômeno e apontar os componentes que o identificam (Matos, 2011).

A teoria de enfermagem pode ser descrita como um instrumento de trabalho que ressalta o conhecimento científico, demonstrando as tendências das visões sobre o processo saúde-doença e a experiência do cuidado terapêutico. Assim, a Enfermagem, como ciência, possui um conjunto de teorias embasadas na prática do cuidado, conceituando a saúde, o homem, o ambiente e a própria enfermagem. Suas definições sofrem influência, tanto dos teóricos como de seu contexto social, político e filosófico, de forma que a teoria e a prática de enfermagem possam ser momentos complementares da práxis (Matos, 2011).

A teoria de Wanda Aguiar Horta, apoia-se e engloba leis gerais que regem os fenômenos universais, tais sejam, por exemplo, a lei do equilíbrio (homeostase ou hemodinâmica): Todo o universo se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre os seus seres; a lei da adaptação: Todos os seres do universo interagem com seu meio externo buscando sempre formas de ajustamento para se manterem em equilíbrio; lei do holismo: O universo é um todo, o ser humano é um todo, a célula é um todo, esse todo não é mera soma das partes constituintes de cada ser. Essa teoria de enfermagem foi desenvolvida a partir da teoria da motivação humana, de MASLOW, que se fundamenta nas necessidades humanas básicas. (Horta, 1979).

Para que Horta formulasse sua teoria ela fez diversos questionamentos, tais como: A que serve a Enfermagem? “[...] é um serviço prestado ao ser humano [...]”; e com que se ocupa a Enfermagem? “A Enfermagem como parte integrante da equipe de saúde (...) mantém o equilíbrio dinâmico, previne desequilíbrios e reverte desequilíbrios em equilíbrio do ser humano, no tempo e no espaço”. A partir desses questionamentos, Horta elaborou o marco conceitual partindo de leis gerais, globais que regem os fenômenos universais. Foi influenciada pelas teorias de enfermagem da homeostase de McDowell, do Holismo de Levine, da adaptação

de Roy, a do Alcance de Metas de King e da Martha Rogers. Considerava ser urgente para a Enfermagem o desenvolvimento de teorias próprias, dizendo que para isso era preciso, além do adequado saber, pensamento lógico e criatividade. (Marques 2008)

Partindo-se da teoria proposta, o primeiro conceito que se impõe é o de enfermagem: enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais (Horta, 1979).

Além disso, Horta entende o ser humano como parte integrante do universo, estando sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço e com características que permitem sua unicidade, autenticidade e individualidade. E também como agente de mudança, que causa equilíbrio e desequilíbrio em seu próprio dinamismo. Desequilíbrios esses que geram, no ser humano, necessidades que se caracterizam por estados de tensão conscientes ou inconscientes que o levam a buscar satisfação de tais necessidades para manter seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço (Horta, 1979).

Horta construiu conceitos que fundamentam a sua teoria, tendo entre eles as necessidades psicobiológicas que são forças, instintos ou energias inconscientes que brotam sem planejamento prévio, do nível psicobiológico do homem, e se manifestam, por exemplo, na tendência de se alimentar, de se encontrar sexualmente, e assim sucessivamente. (Marques, 2008).

Ademais, as necessidades psicossociais ocorrem por meio de instintos como a tendência de conversar, de conviver socialmente, de se afirmar perante si ou de se valer perante os outros. Nas necessidades psicoespirituais o homem sempre está tentando interpretar o que vivencia de inexplicável cientificamente, transcendendo e ultrapassando as linhas que limitam sua experiência neste mundo. Assim, ele pretende viver a realidade apenas com situações que satisfaçam a sua condição de ser vivente. (Marques, 2008).

Para identificar e selecionar os indicadores empíricos utilizados no estudo foram usados como base de referencial teórico a teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Aguiar Horta e a classificação apresentada no livro da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem e foi realizado uma relação, como mostra o quadro a seguir:

Quadro 01- Seleção das Necessidades Humanas Básicas do estudo. João Pessoa, 2025.

Necessidades Humanas Básicas de Horta	Necessidades Humanas Básicas de Garcia e Cubas	Necessidades Humanas Básicas selecionadas para o estudo
NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS		
Oxigenação, hidratação nutrição, eliminação, sono e repouso, exercício e atividades físicas, sexualidade, abrigo, mecânica corporal, motilidade, cuidado corporal, integridade cutaneomucosas, integridade física, regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular, locomoção, percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa, ambiente terapêutica;	Necessidade de oxigenação, necessidade de hidratação, necessidade de nutrição, necessidade de eliminação, necessidade de sono e repouso, necessidade de atividade física, necessidade de sexualidade e reprodução, necessidade de segurança física e do meio ambiente, necessidade de cuidado corporal e ambiental, necessidade de integridade física, necessidade de regulação: crescimento celular e desenvolvimento funcional, necessidade de regulação vascular, necessidade de regulação térmica, necessidade de regulação neurológica, necessidade de regulação hormonal, necessidade de sensopercepção, necessidade terapêutica e de prevenção.	Necessidade de oxigenação, necessidade de hidratação, necessidades de nutrição, necessidade de eliminação, necessidade de locomoção, mecânica corporal, integridade física, necessidade de sexualidade e reprodução, necessidade de regulação neurológica, regulação térmica, regulação vascular.
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS		
Necessidade de segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem (educação à saúde), gregária, recreação, lazer, espaço, orientação no tempo e espaço, aceitação, autorrealização, autoestima, participação, autoimagem, atenção	Necessidade de comunicação, necessidade gregária, necessidade de recreação e lazer, necessidade de segurança emocional, necessidade de amor e aceitação, necessidade de autoestima, autoconfiança e autorrespeito, necessidade de liberdade e participação, necessidade de educação para saúde e aprendizagem, necessidade de auto realização, necessidade de espaço, necessidade de criatividade, necessidade de garantia de acesso à tecnologia	Necessidade de segurança, comunicação e participação.
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS		
Religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida	Necessidade de religiosidade e espiritualidade	Necessidade religiosa e/ou teológica

Fonte: pesquisa direta, 2025.

2.2 TRABALHO DE PARTO

O parto é um momento de extrema vulnerabilidade para a mulher, que vivenciou durante toda a gravidez mudanças em seu corpo e em sua mente para culminar nesse momento de expulsão do feto, tornando-se muito além de uma situação médica, mas um evento permeado de significado onde vem ao mundo uma nova vida (Silva et. tal. 2022).

O processo que conduz ao apagamento progressivo e dilatação da cérvix e à descida da parte que se apresenta, com a eventual expulsão do feto e de outros produtos do conceito, é

conhecido como trabalho de parto. O trabalho de parto (TB) parece ser resultado de uma combinação de fatores, os quais incluem o controle fetal, alterações nos hormônios esteroides, produção de prostaglandinas, estimulação de ocitocina e alterações musculares uterinas. Sendo assim, todos esses fatores desempenham um papel como uma combinação de alterações fisiológicas inter-relacionadas (Cordeiro, 2020).

Os quatro fatores mais significativos no processo do trabalho de parto são: Trajeto (Seu diâmetro e forma), objeto (O feto), o motor (Eficácia das contrações uterinas) e a psique (preparação e experiência). O trabalho de parto ideal é aquele na qual a pelve óssea da mulher é adequada, o feto tem tamanho médio e a força das contrações uterinas tem a capacidade para o apagamento e dilatação completa da cérvix. A capacidade da mulher de relaxar, concentrar-se nos grupos musculares e manter a ansiedade controlada também influencia no processo positivo do trabalho de parto (Leifer, 2013).

No que tange às posições mais adequadas para o parto, segundo Ministério da saúde, em uma cartilha educacional, as posições de cócoras, de joelhos, de quatro apoios ou sentada trazem mais conforto a gestante, isso porque o canal de parto fica mais curto e a abertura da vagina fica maior, o bebê não aperta a sua barriga e a circulação de oxigênio para ele é melhor, facilitando assim a saída do bebê. Além disso, a cartilha ainda aborda como sentar-se sobre a bola facilita a dilatação, alivia a dor e ajuda seu bebê a se encaixar melhor (Brasil, 2014)

O Trabalho de parto é dividido em quatro períodos: Cada um deles tem sua mudança, destacando-o dos demais. Na avaliação de cada estágio deve ser levada em consideração as forças e variáveis envolvidas em cada uma delas. A primeira fase é o mais demorado e versátil, e pode ser subdividida em 3 fases: premonitória, ativa e de transição. Cada qual caracterizada por certas mudanças físicas e psicológicas (Leifer, 2013).

Dessa forma, a fase premonitória é caracterizada pelo início das alterações fisiológicas, tendo duração variável, mas sem capacidade suficiente para iniciar o trabalho de parto. A fase de ativa, indica o final da fase anterior e início do trabalho de parto, observa-se o aumento da quantidade e intensidade das contrações uterinas e a diminuição do intervalo de tempo entre elas. Por fim, a fase de transição, caracterizado por contrações ritmadas, intensas e colo uterino dilatado. A parturiente pode apresentar inquietação, sensação de confusão, hiperventilação causada pelo aumento da frequência respiratória, náuseas ou vômito, aumento da pressão arterial, sensação de calor e irritabilidade. O primeiro período do trabalho de parto conclui-se com a dilatação e pagamentos completos da cérvix uterina (Filho, 2024; Leifer, 2013).

O segundo período, inicia-se quando a dilatação está completa e se encerra com a saída do feto, que é propulso pelo canal do parto, franqueia o colo dilatado e passa a distender lenta e progressivamente a parede inferior do diafragma vulvoperineal, depois de palmilhar a vagina. Na sequência, o útero se retrai, ficando o seu fundo na cicatriz umbilical. A parturiente, exausta pelos esforços despendidos, sente uma euforia compensadora após o trabalho de parto, causada pela liberação de ocitocina e de endorfinas e seguida de relaxamento geral (fase de repouso clínico), apesar da coexistência de contrações uterinas, que persistem com a mesma intensidade e frequência, mas indolores (Filho, 2024).

O terceiro período, tem início após a saída do concepto e termina com a saída da placenta. O tempo estimado para a saída fisiológica da placenta é de 5 a 30 minutos. O descolamento da placenta pode acontecer em duas modalidades: Mecanismo de Baudelocque-Schultze - é o mais observado. Nesse caso, a placenta é inserida na parte superior do útero, inverte-se e desprende-se pela parte fetal, em forma de guarda-chuva. O sangramento apresenta-se após a dequitação - e o mecanismo de Duncan a placenta encontra-se inserida na parede lateral do útero, que começa pela borda inferior. O sangramento se apresenta antes da placenta, e esta, por sua vez, exterioriza-se pela borda materna (Lara, 2017).

Nesse período, as intervenções/assistência de enfermagem consistem em realizar a manobra de Jacobs na saída da placenta e dos anexos embrionários. Atentar-se à hemorragia no período pós-parto, e à retenção de restos placentários em casos de gestação múltipla, polidrâmnio, distocias ou parto vaginal operatório e realizar exame rotineiro da placenta e dos anexos embrionários (Lara, 2017).

A primeira hora após a dequitação constitui o quarto período. Nesse lapso de tempo, estabilizam-se os sinais vitais da puérpera e consolida-se a hemostasia uterina. A hemostasia uterina é assegurada pela retração do útero, que promove a oclusão dos vasos. O miotamponamento uterino é secundado pelo trombotamponamento, em que os vasos uteroplacentários são obliterados por trombose. Também se atribui papel de relevo à concentração de tromboplastina tecidual no mecanismo de hemostasia pós-parto (Moron, 2011).

Há evidências científicas de que várias práticas na assistência à gestação e ao parto são promotoras de melhores resultados obstétricos e são efetivas para a redução de desfechos perinatais negativos. Da mesma forma, uma parcela importante das complicações que podem ocorrer ao longo do trabalho de parto e no momento do parto pode ser reduzida por cuidado obstétrico apropriado, realizado com o uso adequado de tecnologia (Mugenyeni et al, 2021).

O exame físico geral consiste no exame externo do paciente, incluindo as condições globais, como estado geral, estado mental, tipo morfológico, dados antropométricos, postura, locomoção, sinais vitais, pele, mucosas e anexos. E o exame físico especial é o exame obstétrico, no qual se avaliam o padrão das contrações uterinas, a palpação obstétrica, o exame vaginal e a vitalidade fetal. O exame obstétrico tem como objetivo principal avaliar os três parâmetros que interferem na evolução do trabalho de parto: o feto, o canal de parto (incluindo a avaliação da bacia obstétrica) e a dinâmica uterina (Barros, Alba L. B. L. 2021; Zugaib, 2023).

As contrações uterinas durante o trabalho de parto são monitoradas pela palpação do fundo do útero (dinâmica uterina DU) ou por monitoramento eletrônico. A avaliação das contrações inclui a frequência, a duração, a intensidade e o tônus uterino. Contrações uterinas de 30 mmHg ou mais de intensidade incidem na dilatação do colo do útero. Durante o trabalho de parto ativo, sua intensidade geralmente alcança 50 a 80 mmHg. O tônus relaxado está normalmente entre 5 e 10 mmHg no início do trabalho de parto e entre 12 e 18 mmHg no trabalho de parto ativo (Ricci, 2023).

Tipicamente, o exame físico inclui uma avaliação geral dos sistemas orgânicos da gestante, o que inclui estado de hidratação, sinais vitais, ausculta das bulhas cardíacas e sons pulmonares e aferição da altura e do peso. O exame físico também abrange as seguintes avaliações dos níveis de dor e comportamentos de enfrentamento demonstrados, atividade uterina, incluindo frequência, duração e intensidade das contrações, condição fetal, incluindo a frequência cardíaca, a posição e a altura da apresentação, dilatação e grau de apagamento do colo do útero, estado das membranas (íntegras ou rotas), realização das manobras de Leopold para determinar a situação fetal, medição da altura uterina, risco de queda (Ricci, 2023).

Os sinais vitais (SSVV) são indicadores das funções vitais e podem orientar o diagnóstico inicial, e o acompanhamento da evolução do quadro clínico da paciente. Dessa forma, os parâmetros frequentemente monitorados são: Temperatura, pressão, pulso, frequência respiratória, frequência cardíaca, saturação de oxigênio e dor. O monitoramento dos sinais vitais (SSVV) é um componente crítico do atendimento obstétrico de alta qualidade em unidades de saúde e, frequentemente, é o primeiro passo para identificar complicações maternas e intervir quando necessário (Albuquerque et al, 2017; Mugyenyi et al, 2021).

Outras avaliações contínuas incluem frequência, duração e intensidade das contrações; sinais vitais maternos a cada 5 a 15 minutos; dinâmica uterina, resposta fetal ao trabalho de parto conforme indicado pelas tiras de monitoramento da FCF; coloração, odor e volume de líquido amniótico quando as membranas se rompem; e condição de enfrentamento da mulher e

de seu parceiro. A avaliação também se concentra em determinar o progresso do trabalho de parto. Os sinais associados incluem abaulamento do períneo, separação dos lábios da vulva, avanço e recuo da cabeça do feto durante e entre os esforços expulsivos, e coroamento (a cabeça fetal fica visível na abertura vaginal) (Ricci,2023).

2.2.1 - SINAIS VITAIS:

2.2.1.1-REGULAÇÃO TÉRMICA:

A temperatura corporal é a diferença entre a quantidade de calor produzida pelos processos corporais e a quantidade de calor perdida para o meio externo. Calor produzido – Calor perdido = Temperatura corporal. Apesar de condições ambientais extremas e atividades físicas, os mecanismos humanos de controle da temperatura mantêm a temperatura central (temperatura de tecidos profundos) relativamente constante. O local da verificação da temperatura (oral, retal, membrana timpânica, artéria temporal, esôfago, artéria pulmonar, axila ou mesmo bexiga urinária) é um dos fatores que determina a temperatura do paciente. Para adultos jovens saudáveis, a temperatura oral média é de 37°C (Al et al, 2024).

A febre ou piroxia ocorre quando os mecanismos de perda de calor são incapazes de acompanhar sua produção excessiva, resultando em aumento anormal da temperatura corporal. Em geral, considera-se febre uma temperatura superior a 38°C para adultos ou crianças, dependendo do tipo de termômetro utilizado. Já a elevação da temperatura corporal relacionada com a incapacidade do organismo de promover a perda de calor ou reduzir sua produção recebe o nome de hipertermia. Enquanto a febre é a mudança do ponto de ajuste, a hipertermia é resultado de uma sobrecarga dos mecanismos termorreguladores. Além disso, a perda de calor durante exposição prolongada ao frio sobrecarrega a capacidade do organismo de produzir calor, denomina-se hipotermia. A hipotermia é classificada segundo mensurações da temperatura central, e pode resultar em desfechos desfavoráveis para os pacientes, como aumento das complicações de infecções, distúrbios da coagulação e tempo prolongado de hospitalização (Al et al, 2024).

2.3.1.2 - REGULAÇÃO VASCULAR:

Pressão arterial (PA) – durante a primeira metade da gravidez, ocorre uma ligeira diminuição (5 a 10 mmHg) da PA sistólica (PAS) e da PA diastólica (PAD), com o ponto mais baixo ocorrendo no segundo trimestre. No terceiro trimestre, a PA retorna gradualmente aos níveis anteriores à gestação. A posição materna influencia a PA: a leitura mais alta é obtida na posição sentada; a mais baixa, na posição lateral esquerda; e a intermediária, na posição supina. As posições sentadas ou em pé mostram alterações mínimas nas leituras da PAS; no entanto, podem diminuir a PAD em cerca de 10 a 15 mmHg (Nettina, 2021).

A unidade padrão para a mensuração da PA é de milímetros de mercúrio (mmHg). A diferença entre a pressão sistólica e a diastólica é a pressão de pulso. Por exemplo, para uma PA de 120/80, a pressão de pulso será 40 mmHg. Fatores como estresse emocional (p. ex., ansiedade e medo) e a dor aguda resultam em estimulação simpática, que aumenta a FC, o débito cardíaco e a resistência vascular. O efeito da estimulação simpática aumenta a PA (Al et al, 2024).

Além disso, algumas medicações afetam direta ou indiretamente a PA. Antes de verificar a PA, pergunte se o paciente está recebendo alguma medicação anti-hipertensiva, diurética ou outras, as quais podem diminuir a PA. Outra classe de medicações que diminuem a PA são os analgésicos opioides. Vasoconstritores e volumes excessivos de líquidos IV aumentam a PA (AL et al, 2024).

A doença hipertensiva afeta até 22% das gestações e está associada às mortes materna e fetal. De acordo com os *National Institutes of Health*, as mulheres com hipertensão durante a gravidez devem ser diagnosticadas como portadoras de distúrbios hipertensivos da gravidez. Além disso, o termo “hipertensão gestacional” substituiu o termo “hipertensão induzida pela gravidez” para descrever os casos em que a PA elevada sem proteinúria ocorre em uma mulher após 20 semanas de gestação que anteriormente apresentava valores normais de pressão. Essencialmente, a hipertensão gestacional é uma PA elevada após as 20 semanas de gestação, sem proteinúria (Nettina, 2021).

O pulso é a delimitação palpável da circulação sanguínea percebida sobre a artéria periférica e auscultada sobre o ápice cardíaco, produzida pelo movimento do sangue durante a contração do coração. Este sinal vital pode ser verificado apalpando as artérias periféricas. Os locais para aferição dependem do estado da paciente. As artérias de eleição são a radial, braquial, poplítea, pediosa, temporal, carótida e femoral. As características a serem avaliadas são: Frequência, ritmo e qualidade. Nos adultos, a frequência normal é de 60 a 100 pulsações por minuto (Albuquerque, 2019).

As frequências acima de 100 batimentos por minuto são chamadas de taquicardia. Uma frequência abaixo de 60 é considerada bradicardia. O ritmo refere-se ao padrão das pulsações e das pausas entre elas. Costuma ser regular, ou seja, quando as pulsações e as pausas entre si ocorrem a intervalos regulares, ademais, a qualidade reflete o volume sistólico, a complacência ou elasticidade das artérias e adequação do suprimento sanguíneo. A qualidade normal é descrita como cheia ou forte quando pode facilmente ser palpada. Pulsos fracos ou filiformes são facilmente obliterados pelos dedos do examinador mediante uma leve pressão. Um pulso cheio ou em rechaço refere-se à pulsação forte facilmente palpada e que não desaparece com pressão moderada sobre a artéria (Albuquerque, 2019).

2.3.1.5 BATIMENTOS CARDIOFETAIS - ENTRA COMO SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO

A monitorização eletrônica contínua (MFE) da frequência cardíaca fetal envolve o uso de cardiotocografia (CTG) que registra a frequência cardíaca fetal (FCF) e as contrações uterinas contínuas (tocografia) para determinar o bem-estar fetal durante o trabalho de parto. O objetivo é detectar, em tempo hábil, sinais de hipóxia intraparto a fim de instituir medidas para evitar lesão cerebral hipóxico-isquêmica, que pode causar paralisia cerebral e comprometimento neurológico em longo prazo (SILVA, 2019).

Os métodos mais comumente utilizados para monitorização fetal intraparto são a ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais com sonar Doppler e cardiotocografia contínua. O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) preconiza que no primeiro período do trabalho de parto a ausculta seja realizada a cada 15 minutos e durante o segundo período (período expulsivo), a cada 5 minutos. Para cumprir esse objetivo, é necessário disponibilizar um profissional de saúde para cada duas pacientes.³⁶ Considera-se conveniente realizar a ausculta dos batimentos cardíacos fetais por período de 10 a 15 minutos consecutivos, o que irá compreender algumas contrações, com intervalo de 30 minutos a 1 hora (Zugaib, 2023).

O batimento cardíaco fetal basal refere-se à FCF média que ocorre durante um segmento de 10 minutos sem alterações periódicas ou episódicas da frequência, como taquicardia ou bradicardia. Ela é avaliada quando a gestante não apresenta contrações e o feto não está passando por alterações episódicas na FCF. A FCF basal normal varia entre 110 e 160 bpm e pode ser obtida por ausculta, ultrassonografia, Doppler ou, ainda, por um eletrodo fetal interno

direto contínuo. A bradicardia fetal ocorre quando a FCF está abaixo de 110 bpm e dura 10 minutos ou mais. As causas da bradicardia fetal incluem hipóxia fetal, hipoglicemia materna prolongada, acidose fetal, administração de medicamentos analgésicos na mãe, hipotermia, agentes anestésicos (epidurais), hipotensão materna, hipotermia fetal, compressão prolongada do cordão umbilical e bloqueio atrioventricular fetal congênito. A bradicardia pode ser benigna se for um evento isolado, mas é considerada um mau sinal quando acompanhada por uma diminuição na variabilidade basal e por desacelerações tardias (Ricci, 2023).

A taquicardia fetal consiste em uma FCF basal superior a 160 bpm que dura 10 minutos ou mais. Ela pode representar uma resposta compensatória inicial à asfixia. Outras causas de taquicardia fetal incluem hipóxia fetal, febre materna, desidratação materna, amnionite, uso de drogas (p. ex., cocaína, anfetaminas, nicotina), hipertireoidismo materno, ansiedade materna, anemia fetal, prematuridade, infecção fetal, hipoxemia crônica, anomalias congênitas, insuficiência cardíaca fetal e arritmias fetais. A taquicardia fetal é considerada um mau sinal se estiver acompanhada por diminuição da variabilidade e das desacelerações tardias (Ricci, 2023).

2.3.1.4 FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA:

A análise da eficiência respiratória exige a integração de dados de exames que envolvem todos os três processos. Avaliação da ventilação determinando frequência respiratória, profundidade, ritmo respiratório e pressão parcial de dióxido de carbono ao fim da expiração (EtCO₂). Avaliação da difusão e a perfusão determinando a saturação de oxigênio (SpO₂) (Al et al, 2024).

A avaliação do padrão respiratório deve incluir a frequência, o ritmo e a profundidade da respiração. Porém, alguns fatores podem influenciar a característica da respiração, como: idade, medicamentos, estresse, exercício, altitude, sexo, posição corporal, dor aguda, ansiedade, tabagismo, lesão neurológica, função da hemoglobina e febre (Albuquerque, 2019).

A frequência respiratória altera-se com a idade. Em repouso, a frequência respiratória normal de um lactente é de 30 a 60 incursões por minuto, diminuindo para 12 a 20 incursões por minuto para um adulto. A taquipneia é uma frequência respiratória anormalmente rápida (geralmente acima de 20 incursões por minuto). A bradipneia é a frequência respiratória anormalmente lenta (usualmente abaixo de 12 incursões por minuto no adulto). A apneia, a ausência de respiração, é frequentemente descrita pelo intervalo de tempo em que não ocorrem

as respirações (exemplo: um período de apneia de 10 segundos). A apneia contínua é sinônimo de parada respiratória e não é compatível com a vida (Albuquerque, 2019).

2.3.1.5 DOR

A dor durante o trabalho de parto é uma experiência universal, embora sua intensidade possa variar. A dor do trabalho de parto é diferente para cada mulher devido aos vários fatores que contribuem para tal: fisiológicos, emocionais, sociais e culturais. Embora visto como processo natural, ele pode causar dor e desconforto significativos. As causas físicas da dor durante o trabalho de parto incluem: distensão do colo do útero; hipóxia do músculo uterino devido à diminuição na perfusão durante as contrações; pressão sobre a uretra, a bexiga e o reto; e distensão dos músculos do assoalho pélvico (RICCI, 2023).

A dor é definida, segundo a *International Association for the Study of Pain (IASP)*, como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada a lesão real ou potencial dos tecidos. Trata-se de uma experiência multidimensional, que envolve aspectos quantitativos, sensitivos e emocionais e que induz a repercussões psicossociais desfavoráveis (Albuquerque, 2019).

A dor resulta de complexas interações, de caráter inibitório e excitatório e, embora, seus mecanismos sejam semelhantes aos da dor aguda, existem fatores específicos do trabalho de parto de natureza neurofisiológica, obstétrica, psicológica e sociológica que interferem no seu limiar (Gayeski, 2010).

Os instrumentos para mensurar a dor podem ser unidimensionais ou multidimensionais. Escalas unidimensionais avaliam somente uma das dimensões da experiência dolorosa, destacando-se entre as mais usadas, a Escala Visual Numérica (EVN) e a Escala Visual Analógica (EVA). As escalas multidimensionais não medem apenas a intensidade, mas também outros aspectos da dor. O uso destes métodos é preponderante na avaliação da dor e tem como vantagem a simplicidade, além de ser, amplamente, utilizada, independente, do idioma e compreensível pela maioria dos clientes, mesmo com níveis de escolaridade diferentes (Albuquerque, 2019).

Além de todas as ferramentas utilizadas para fazer o levantamento histórico sobre a doença, experiência dolorosa atual e pessoal, vida pessoal, social, cultural, familiar e ocupacional, avaliar a natureza, frequência, tratamentos anteriores e repercussão da dor na vida do paciente são de fundamental importância para elaborar planos de tratamento e oferecer uma abordagem de forma holística (Albuquerque, 2019).

2.3.1.6 SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO:

Utilizamos a oximetria não invasiva para a realização deste trabalho. Segundo Knobel, essa técnica emprega o uso da luz vermelha (660nm) e infravermelho (940nm) através de qualquer tecido pulsátil ao qual se adapta um diodo foto emissor (LED) e um foto receptor. Comumente usa-se os dedos das mãos ou dos pés, ouvidos, nariz e palma das mãos (em criança) como locais de adaptação do sensor. O princípio de operação da oximetria de pulso é bastante simples: a oxiemoglobina e a carboxiemoglobinas absorvem e transmitem a luz que incide sobre eles diferentemente. O sensor contém 02 (dois) LED 's, que alternadamente emitem luz vermelha e infravermelho (Saleh, 1997).

A oximetria de pulso tem o seu principal uso como monitor de condições em que haja hipóxia (paO_2 menor que 60mmHg), pois nesta faixa há uma correlação entre a PaO_2 e a saturação de hemoglobina. A oximetria não invasiva é usada principalmente na titulação da diminuição da Fração de Inspiração de Oxigênio (FI_{O_2}) durante a ventilação mecânica (Saleh, 1997).

2.4 NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS:

2.4.1 NECESSIDADE DE OXIGENAÇÃO:

É a necessidade do indivíduo de obter oxigênio por meio da ventilação; de difusão do oxigênio e dióxido de carbono entre os alvéolos e o sangue; de transporte de oxigênio para os tecidos periféricos e de remoção de dióxido de carbono; e de regulação da respiração, com o objetivo de produzir energia (adenosina trifosfato – ATP) e manter a vida. (Garcia, 2012).

A respiração é o mecanismo que o corpo utiliza para realizar a troca de gases, entrada de oxigênio (O_2) e saída de dióxido de carbono (CO_2) dos pulmões, entre a atmosfera e o sangue, e entre o sangue e as células. A ventilação é o movimento do ar que entra e sai do peito, e envolve a inalação ou inspiração e a exalação ou expiração. (Albuquerque, 2019).

A necessidade de oxigenação seria o processo de utilização do oxigênio nos fenômenos de oxirredução das atividades vitais. As manifestações podem ser evidenciadas pelos seguintes problemas de enfermagem: cianose, dispneia, ortopneia, lentidão, cansaço, fadiga, insegurança, agitação, irritabilidade, ansiedade, medo, euforia, tontura, coriza, tosse, hemorragia,

sangramentos, tabagismo, obstrução das vias aéreas, estase circulatória, modificações no ritmo, frequência e demais características dos movimentos respiratórios, etc. (Horta, 1979).

A ventilação minuto em repouso aumenta durante a gravidez; esse aumento é causado principalmente por um aumento no volume corrente com uma taxa e padrão respiratório relativamente constantes. Como a razão espaço morto-volume corrente permanece normal durante a gravidez, o aumento do volume corrente leva ao aumento da ventilação alveolar. Normalmente, a ventilação minuto em repouso aumenta cerca de 30% durante a gravidez, em comparação com o valor pós-parto. Em parte, o aumento na ventilação minuto é causado por uma taxa metabólica crescente e produção de dióxido de carbono. Durante a gravidez, a produção de dióxido de carbono em repouso aumenta em cerca de 30% para 300 mL/min (Filho, 2024).

Há um consenso geral de que a principal causa do aumento do impulso respiratório que causa a hiperpneia da gravidez é a elevação da progesterona sérica, um estimulante respiratório direto. O aumento da quimiossensibilidade induzido pela progesterona que ocorre no início da gravidez e permanece constante até o parto. A expansão do volume sanguíneo e a vasodilatação da gravidez resultam em hiperemia e edema da mucosa do sistema respiratório superior. Essas alterações predisõem à gestante à congestão nasal, à epistaxe e até mesmo a alterações da voz (Filho, 2024).

Alterações marcantes na caixa torácica e no diafragma caracterizam a gravidez. Com o relaxamento dos ligamentos das costelas, o ângulo subcostal aumenta de 68 para 103°. Os diâmetros antero posterior e transversal do tórax aumentam 2 cm cada um, resultando na expansão da circunferência torácica de 5 a 7 cm. Embora o diafragma eleve quase 4 cm pelo aumento do útero gravídico, sua função não é comprometida; na verdade, sua excursão está incrementada de 1 a 2 cm. A complacência da parede torácica, todavia, diminui com o evoluir da gestação, aumentando o trabalho da respiração (Wise, 2000).

O trabalho de parto pode alterar todos os sistemas do organismo. Em relação ao sistema respiratório, o aumento da atividade física do trabalho de parto aumenta a frequência respiratória e o aumento do consumo de oxigênio. A gestante pode apresentar formigamento em mãos e pés, tontura ou dormência que podem indicar hiperventilação que, por sua vez, podem indicar alcalose respiratória (Wise, 2000).

A avaliação do padrão respiratório deve incluir a frequência, o ritmo e a profundidade da respiração. Porém, alguns fatores podem influenciar a característica da respiração, como: idade, medicamentos, estresse, exercício, altitude, sexo, posição corporal, dor aguda, ansiedade,

tabagismo, lesão neurológica, função da hemoglobina e febre. A aferição da frequência respiratória corresponde à medição de movimentos respiratórios. A frequência respiratória altera-se com a idade. Em repouso, a frequência respiratória normal de um lactente é de 30 a 60 incursões por minuto, diminuindo para 12 a 20 incursões por minuto para um adulto. (Albuquerque, 2019).

A taquipneia é uma frequência respiratória anormalmente rápida (geralmente acima de 20 incursões por minuto). A bradipneia é a frequência respiratória anormalmente lenta (usualmente abaixo de 12 incursões por minuto no adulto). A apneia, a ausência de respiração, é frequentemente descrita pelo intervalo de tempo em que não ocorrem as respirações (exemplo: um período de apneia de 10 segundos). A apneia contínua é sinônimo de parada respiratória e não é compatível com a vida (Albuquerque, 2019).

2.4.2 - NECESSIDADE DE HIDRATAÇÃO

Água é fundamental na gestação para melhorar a circulação sanguínea e a irrigação do útero e da placenta, manter o líquido amniótico em níveis adequados, estabilizar a pressão arterial, além de eliminar toxinas que aumentam o risco de infecção urinária. Além disso, previnem a desidratação e a constipação, situações comuns nesse evento da vida (Secretaria de saúde /SP, 2010).

A Organização Mundial da Saúde / OMS preconiza o aporte calórico e hidratação através de líquidos e sólidos leves durante o trabalho de parto, sendo que este cuidado faz parte também de uma assistência humanizada, pois visa garantir à mulher sua individualidade (Dias, 2011).

O trabalho de parto e o parto são fisicamente exigentes. Nutrição e hidratação adequadas são mecanismos importantes para manter o bem-estar físico da parturiente. A atividade do músculo liso uterino, que se contrai fortemente a cada 2–3 minutos durante o trabalho de parto ativo, demanda quantidades significativas de oxigênio e glicose. Acredita-se que a hidratação seja importante, pois o fluxo sanguíneo uterino não é auto regulado e, na presença de volume intravascular reduzido (que pode ser resultado desidratação significativa), o fluido pode ser redistribuído para longe do útero, afetando sua eficiência durante o trabalho de parto. Mulheres em trabalho de parto que não estão adequadamente hidratadas podem apresentar alterações no equilíbrio ácido-base do fluido que envolve as fibras miométriais, resultando em uma diminuição do pH, o que afeta a sinalização de cálcio e a força da contratilidade miométrial, prolongando o curso do trabalho de parto (Wei, 2011).

Segundo as diretrizes internacionais intraparto, a hidratação materna deve ser controlada por meio da ingestão oral de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto. Entretanto, nos últimos anos, a dependência da terapia intravenosa (TIV) surgiu como o principal mecanismo de hidratação para mulheres em trabalho de parto, observada em estudos que variam de 62% a 87% de todos os partos, sendo essa administrada independente da necessidade de jejum materno ou não (Dias, 2011).

Desse modo, ainda é muito comum a restrição da nutrição oral e administração de fluidos intravenosos para prevenir ou tratar desidratação, cetose e falta de balanceamento eletrolítico. Entretanto, o uso rotineiro de fluido endovenoso pode ter efeitos adversos para a mãe, como sobrecarga de fluidos, desconforto e restrição de movimentos, podendo ainda causar efeitos adversos no feto ou recém-nascido, como: hiponatremia, hiperglicemia e hipoglicemia reativa (Melo 2007).

Compreende-se por exame físico o uso de instrumentos e técnicas propedêuticas com a intenção de realizar o levantamento das condições globais do paciente, tanto físicas como psicológicas, a fim de buscar informações significativas para a enfermagem, capazes de subsidiar a assistência a ser prestada ao paciente. Em relação à umidade da pele, deve ser observada a presença de ressecamentos, oleosidades e sudorese. Já o turgor pode estar associado a estados de desidratação, sendo avaliada por meio da formação de uma prega cutânea, verificando-se a facilidade com que ela é deslocada e a velocidade de seu retorno (Barros, 2021).

2.4.3 NECESSIDADE DE NUTRIÇÃO:

Nutrição é um processo biológico em que os organismos (animais e vegetais), utilizando-se de alimentos, assimilam nutrientes para a realização de suas funções vitais. A alimentação no trabalho de parto ainda é um tema controverso e alvo de diferentes opiniões ao redor do mundo. Para algumas parturientes, a restrição de alimentos não constitui um problema, pois não desejam fazê-lo, entretanto muitas referem necessidade de ingestão de líquidos durante este momento (Dias, 2011).

Para as mulheres que estão na fase inicial do trabalho de parto e desejam comer, o jejum obrigatório pode causar uma progressão insatisfatória, recaindo na cascata de intervenções que culminam em uma cesariana. Durante o processo de parturição, o dispêndio de energia é o

equivalente ao exercício físico moderado contínuo e, no caso do trabalho de parto prolongado associado ao jejum, há o aumento progressivo de cetonas urinárias (Dias, 2011).

Segundo a OMS, a adoção de dietas brandas, para repor as fontes de energia requeridas no trabalho de parto, previne a desidratação e a cetose, garantindo o bem-estar da mulher. Portanto, a oferta de alimentos e líquidos leves por via oral à parturiente, respeitando o seu desejo, além de não interferir no desenvolvimento do trabalho de parto e do parto, pode ser benéfica (Wei, 2011).

O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) também recomenda a ingestão oral em quantidades modestas de líquidos claros, como por exemplo, água, suco de frutas sem polpa, chá claro e bebidas esportivas, para pacientes com trabalho de parto não complicado. No entanto, recomenda que alimentos sólidos sejam evitados durante o trabalho de parto, visto que não há evidências suficientes para concluir sobre a relação entre tempos de jejum para líquidos claros e o risco de vômito e/ou refluxo, ou aspiração pulmonar durante o trabalho de parto (Wei, 2011).

2.4.4 NECESSIDADE DE ELIMINAÇÃO:

O equilíbrio dos fenômenos vitais no homem depende do bom funcionamento de todos os órgãos, mas em síntese depende do equilíbrio entre a matéria assimilada e a matéria eliminada. Quando ocorrem desequilíbrios nos fenômenos vitais geram-se tensões. A esses estados de tensão dá-se o nome de necessidades humanas. A eliminação é, pois, uma necessidade humana básica, pelo fato de ser indispensável à manutenção da saúde e da sobrevivência, apresentando-se tão vital para o organismo, que está na base da manutenção dos equilíbrios hídrico, acidobásico e eletrolítico (Nakamae, 1976).

Durante a gestação normal também ocorrem adaptações na hemodinâmica renal. A creatinina, ureia e urato tendem a apresentar-se inferiores, devido ao aumento da filtração glomerular, enquanto os níveis de excreção de proteína e glicose tendem a elevar-se. A bexiga é progressivamente deslocada para cima e para a frente pelo útero gravídico em crescimento, o que altera o ângulo uretrovesical e a torna um órgão abdominal. Concomitantemente, o crescimento uterino e o encaixe fetal no 3º trimestre de gestação justificam o aumento do desejo miccional associado aos sintomas de frequência, nictúria e urgência, associado ou não a incontinência urinária (IU) (Ricci, 2023).

Além disso, de acordo com a ginecologista e obstetra Catherine Caponero, evacuar durante o trabalho de parto e o parto é incrivelmente comum, isso ocorre devido às alterações

hormonais. Ainda pela ação das prostaglandinas, o intestino pode ser afetado e aumenta o desejo da gestante para evacuar. A apresentação e encaixe fetal, a cabeça dele pode pressionar o seu reto, sendo mais comum na posição occipital posterior. No processo de empurrar durante o segundo estágio do trabalho de parto o feto começa a sair do canal vaginal e a gestante tem o reflexo de empurrar, e para isso, ela usa os mesmos músculos que usa para evacuar. O que leva à evacuação de fato (Cleveland clinic, 2023).

Ademais, o descolamento, a descida e a expulsão da placenta ocorrem principalmente em razão da contratilidade uterina, que também permite a transfusão fisiológica de sangue (média: 80mL) para o neonato e atua na prevenção de hemorragia no local da implantação placentária. A presença da placenta provoca uma sensação de peso na vagina e no reto e resulta em sua exteriorização através da face fetal ou materna, conforme o mecanismo de descolamento. A expulsão placentária pode necessitar de alguma intervenção do obstetra, principalmente quando os esforços maternos não são suficientes, como ocorre com pacientes sob analgesia e em decúbito dorsal (Ricci, 2023).

2.4.5 NECESSIDADE DE LOCOMOÇÃO:

A capacidade funcional de locomoção pode ser definida como a habilidade de exercer atividades físicas que proporcionam uma vida independente e autônoma. A deambulação durante o trabalho de parto apoia a fisiologia do nascimento e melhora a experiência do parto para a mulher pois, favorece a irrigação do útero, as contrações são mais eficazes, diminui o tempo do TP, ajuda o feto a adaptar-se à bacia materna, e alivia a dor (Morais, 2021).

A bacia é mantida por um sistema de ligamentos que, durante a gravidez, relaxam devido à influência da hormona relaxina. Este relaxamento faz com que exista uma maior flexibilidade das articulações pélvicas e, conseqüentemente aumenta o espaço interior da bacia, especialmente quando está se movimenta e muda a posição do corpo. Quando a mulher adota a posição de pé o seu peso é sustentado pelas duas cabeças femorais, fazendo com que a pressão no acetábulo provoque um aumento de 1 cm no diâmetro transversal do estreito pélvico. Os membros inferiores durante a deambulação funcionam como uma alavanca para a pelve, facilita a abertura da passagem do estreito inferior e ajuda o feto a passar. Também a posição vertical altera a curvatura do sacro, facilita a progressão do feto. A posição vertical é facilitadora da adaptação da apresentação fetal ao estreito da bacia e previne complicações do trajeto. O feto

também contribui para a progressão do trabalho com a moldagem dos ossos da cabeça e a rotação no interior da pelve (Morais, 2021).

2.4.6 - MECÂNICA CORPORAL:

Em relação ao momento do parto, parece haver benefício na utilização de posições verticalizadas (dorso elevado em pelo menos 45º), mas os estudos apontam para uma possibilidade de maior perda sanguínea. (Zugaib, 2023).

Quando a mulher passa a maior parte do período do parto assumindo posições verticais, a descida fetal é favorecida devido à força da gravidade, há redução da pressão sob os vasos sanguíneos maternos, melhora o ângulo de encaixe do feto e a eficiência das contrações uterinas. São diversas as posições que a mulher pode assumir no trabalho de parto. No âmbito internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) defende que, dentre as “Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento” destacam-se a liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto, o estímulo às posições verticalizadas no parto e a prática restritiva da episiotomia. De acordo com as melhores evidências científicas internacionais, a posição litotômica no momento do parto, aumenta a ocorrência de partos vaginais instrumentados, dor perineal e frequência cardíaca fetal não tranquilizadora (Paiva et al, 2020).

Portanto, as mulheres devem ser desencorajadas a adotarem a posição litotômica e encorajadas a escolher uma posição que lhes seja mais confortável. Corroborando com essa recomendação, a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal ainda acrescenta que devem ser incluídas diferentes posições como cócoras, lateral e quatro apoios (Paiva et al, 2020).

2.4.7 NECESSIDADE DE SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO:

De acordo com Garcia e Cubas (2021) é a necessidade do indivíduo de integrar aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais com o objetivo de estabelecer relacionamento afetivo-sexual com um parceiro, obter prazer e procriar. A sexualidade é um conceito abrangente, que vai além do ato sexual e da reprodução, uma vez que o indivíduo é um ser sexuado desde o nascimento até a morte. Cogitar a respeito da sexualidade implica pensá-la num contexto psíquico, histórico, cultural, étnico, religioso, político, ético, moral e educativo, porque todos esses dados estão presentes na sexualidade humana (Cubas et.al, 2021; Fiamoncini et al, 2018).

Cruz e Oliveira (2002) apontam que a sexualidade é um comportamento entre seres humanos que envolve sentimentos, pensamentos, experiências, prazeres, ou seja, ternura, intimidade e interação. A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002) complementa que a sexualidade é influenciada pela interação biológica, fatores psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais. Na visão de Abdo (2010) a sexualidade extrapola os limites da anatomia e da fisiologia e é o principal polo estruturante da identidade e da personalidade do indivíduo (Fiamoncini et al, 2018).

2.5 - NECESSIDADE PSICOSSOCIAIS:

2.5.1 NECESSIDADE DE SEGURANÇA:

De acordo com a cartilha da gestante, com ênfase no parto seguro, do município de São José dos Pinhais o parto seguro é um conjunto de procedimentos que permitem a vigilância dos cuidados com a gestante e seu filho desde o internamento até a alta hospitalar. A forma de atuação da gestante é muito importante para o sucesso do parto. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) todas as mulheres possuem direito a um alto padrão de saúde, principalmente durante o período de gravidez e o parto, devendo ser tratada de forma respeitosa e digna, livre de violência e qualquer forma de discriminação. Logo, situações de abusos, maus-tratos, negligência e desrespeito configuram em uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres (COUTINHO, 2024).

Para tal, a cartilha indica certas condutas a serem adotadas pela gestante e seu acompanhante como atentar-se aos sinais de que o dia do seu parto se aproxima: contrações mais intensas e frequentes; perda de líquido pela vagina; eliminação de um corrimento gelatinoso esbranquiçado, rosa, marrom ou vermelha; vestígios de sangue. Utilização de um plano de parto assinado por você e pelo profissional que te ajudou na elaboração, levar documentos de identificação com foto, comprovante de residência, carteirinha do pré-natal e exames mais recentes, ir à maternidade acompanhada e seguir as instruções da equipe, não ir com brincos, anéis, correntes, piercings, cílios postiços e unhas postiças (gel ou acrílicas), esmaltes nas unhas e mega hair e informar à equipe o uso de próteses dentárias e lentes de contato (São José dos Pinhais, 2024).

Além disso, a assistência segura durante o parto depende também da disponibilidade e acessibilidade dos serviços de saúde, do acesso das mulheres à informação e das redes de apoio.

O acompanhamento por um membro da família ou por uma doula (pessoa treinada para este papel), pode incluir o apoio emocional (presença contínua, encorajamento), informações sobre o progresso no trabalho e sobre técnicas para lidar com o momento, medidas de conforto (como toque, massagem, banho quente de aspensão ou imersão, ajuda para manter-se hidratada ou ir ao banheiro) e (ajudar a mulher e o(a) companheiro(a) a expressar seus desejos e necessidades para os demais). O acompanhante tem direito de acompanhar a gestante antes, durante e após o parto para proporcionar conforto emocional necessário (Coutinho, 2024).

A cartilha também indica que a gestante informe à equipe qualquer tipo de alergia ou problema de saúde, eliminar eventuais dúvidas sobre o parto, confira os dados da pulseira de identificação, entregar a carteirinha de pré-natal, plano de parto e exames à equipe de saúde, deixe com o acompanhante pertences, adornos, próteses, objetos de valor e documentos (Coutinho, 2024).

2.5.2 - NECESSIDADE DE COMUNICAÇÃO:

Comunicar é o processo de transmitir e receber mensagens por meio de signos, sejam eles símbolos ou sinais, verbais ou não-verbais. Esse processo media toda a ação da enfermeira e propicia o estabelecimento de um relacionamento efetivo. Pela comunicação, podemos compreender a visão de mundo do paciente, identificar o que ele sente, com base no significado que ele atribui aos fatos que lhe ocorrem. A comunicação, assim estabelecida, gera autoestima, apoio, conforto, confiança, resultando em segurança e satisfação, facilitando o alcance da excelência do cuidado, do bem estar do paciente, fazendo com que este se sinta respeitado como pessoa nas suas diferentes dimensões: física, psíquica, cultural, espiritual, social e intelectual (Caron et. al, 2002).

A informação e a decisão informada, nas ações de saúde, são direitos da mulher que devem ser promovidos. No processo da parturição, a mulher tem a expectativa de receber informações sobre o que acontece com ela e com o seu bebê e sobre o modo de participação, pois deseja adaptar-se ao modelo hospitalar vigente. O profissional de saúde tem a obrigação ética e legal de oferecer informações claras e completas sobre o cuidado, os tratamentos e as alternativas, e dar à mulher a oportunidade de participar das decisões em relação ao que lhe foi informado. Neste contexto, deve-se considerar a quantidade e o tipo de informação que o consumidor quer ou necessita para sentir-se informado. A informação e o empoderamento são

mais importantes para a mulher do que a própria participação, em si, na tomada de decisão (Caron et. Al, 2002).

A comunicação pode ser considerada terapêutica, positiva ou efetiva, quando tem a qualidade curativa ou benéfica, no sentido de ajudar a pessoa a lidar com os eventos da vida e ajustar-se à realidade presente. Nesse sentido, no atendimento à mulher, é possível considerar que a comunicação terapêutica entre o profissional e a parturiente ocorre quando se subsidia uma assistência que proporciona conforto, apoio, confiança e segurança física e emocional, guiando a mulher no curso do trabalho de parto, permitindo e valorizando sua participação nesse processo, de forma a tornar o nascimento de seu filho uma experiência positiva (Jalles et. Al, 2017).

2.5.3- NECESSIDADE DE PARTICIPAÇÃO:

Um conceito que se constitui de pensamentos que formulamos em nossas tentativas de conhecer e significar algum aspecto pertencente e instigante da realidade que nos circunda. Entende-se a comunicação como um conceito globalizante, no sentido de que ela engloba outros conceitos distintos que atuam em seu interior como componentes que se engendram uns aos outros e a constituem enquanto tal. O envolvimento das mulheres na tomada de decisão está entre os dez princípios do cuidado perinatal abordados pela OMS no manejo do parto normal. Para a mulher, tomar decisões informadas significa pensar sobre a informação disponível mais completa a respeito dos cuidados que irá receber no parto e, então, decidir o que é melhor para ela e seu filho (Sodré et. tal, 2010).

Nas rotinas hospitalares diversas vezes as mulheres ficam impossibilitadas de expressar o seu desejo de escolha sobre as intervenções realizadas durante o parto, deixando de ser a protagonista deste momento. Com o aparecimento da humanização que vem buscando a independência da mulher durante o momento do parto e assegurando seus direitos (Sodré et. tal, 2010).

2.6 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS:

2.6.1 NECESSIDADE RELIGIOSA E/OU TEOLÓGICA

Atendimento psicoespiritual abrange o atendimento das tendências que levam o ser humano a buscar uma significação do seu agir dentro de sua esfera e o impulsiona para além do mundo limitado. O cuidado às parturientes abrange aspectos clínicos, culturais, espirituais, psicológicos, institucionais, e isso o torna multidimensional. As mulheres em trabalho de parto possuem crenças, esperanças, tabus, anseios, medos influenciados pela cultura, valores, vivências, contexto social, aspectos que às vezes elas nem mencionam, mas que podem interferir no processo parturitivo de forma positiva ou não (Souza, 2022).

Em muitos países, a influência religiosa sobre a assistência à saúde e a noção de que o sofrimento no parto é um castigo que a mulher deve suportar por ter tido relações sexuais, contribuem para uma cultura de negligência dos direitos e do bem-estar maternos, para o uso liberal de intervenções invasivas, para a ausência de privacidade e de medidas de conforto durante o trabalho e parto (Diniz, 2014).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente trabalho trata-se de um estudo metodológico aplicável a estudos a fim de produzir e validar tecnologias educacionais. O estudo metodológico concerne às investigações sobre metodologia, organização e análise de dados, que têm como objetivos elaborar, validar e avaliar instrumentos e técnicas de pesquisa (Santos et. al, 2021).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi em ambiente virtual por meio da plataforma Lattes que representa a experiência do CNPq na integração de bases de dados de Currículos, de Grupos de pesquisa e de Instituições em um único Sistema de Informações. Sua dimensão atual se estende não só às ações de planejamento, gestão e operacionalização do fomento do CNPq, mas também de outras agências de fomento federais e estaduais, das fundações estaduais de apoio à ciência e

tecnologia, das instituições de ensino superior e dos institutos de pesquisa. Além disso, se tornou estratégica não só para as atividades de planejamento e gestão, mas também para a formulação das políticas do Ministério de Ciência e Tecnologia e de outros órgãos governamentais da área de ciência, tecnologia e inovação (CNPQ, 2024).

Em consonância com Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS, meio ou ambiente virtual é aquele que envolve a utilização da internet (como e-mails, sites eletrônicos, formulários disponibilizados por programas, *etc.*), do telefone (ligação de áudio, de vídeo, uso de aplicativos de chamadas, *etc.*), assim como outros programas e aplicativos que utilizam esses meios.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com Matias (2016) população e amostra trata-se de informações que envolvem o universo a ser estudado, extensão da amostra e a forma como será selecionada. Sendo assim, a população é a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características definidas para um determinado estudo e a amostra é parte da população ou do universo, selecionada de acordo com uma regra ou plano. A amostra pode ser probabilística ou não probabilística.

Sendo assim, a população do presente trabalho foram todos os professores universitários especialistas em obstetrícia com tese de doutorado na área e enfermeiros assistenciais especialistas em obstetrícia. Durante o desenvolvimento de um instrumento, um dos pontos discutidos nessa avaliação é o número e a qualificação desses juízes. Segundo Lynn (1986) o quantitativo de juízes deve seguir um número mínimo de cinco e um máximo de dez pessoas participando desse processo. Portanto, para o estudo foi definido uma amostra de dez juízes.

Para selecionar os profissionais que comporiam o banco de dados de especialistas, foi utilizada a escala de Fehring adaptada com os seguintes indicativos:

- Ser doutor em enfermagem: 4 pontos;
- Ser doutor em enfermagem, com dissertação na área de interesse: 1 ponto;
- Ter pesquisas publicadas sobre o tema em estudo ou conteúdo relevante: 2 pontos;
- Ter artigo publicado sobre o assunto: 2 pontos;
- Ter prática clínica de 10 anos na temática abordada: 2 pontos;
- Ter capacitação (especialização) em área clínica do interesse: 2 pontos.

Foi considerado juiz o profissional que totalizou 5 pontos ou mais. A definição da amostra, será a proporção final dos sujeitos relacionada a uma variável dicotômica e à máxima diferença aceita dessa proporção (Eq. 1): $n = Z_{\alpha}^2 \times P \times (1 - P)/d^2$ em que: Z_{α} = nível de significância / de confiança, aqui convencionado em 95%; P = a proporção de participantes que concordaram com a pertinência da tecnologia em que se adotou a proporção de 85% de concordância dos itens avaliados; d = a diferença de proporção considerada aceitável, 15% (MENEZES, 2022).

Critérios de exclusão:

- Participantes que entregaram o formulário incompleto;
- Participantes que ultrapassaram o prazo de 30 dias para a devolução dos formulários preenchidos.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O projeto de pesquisa envolve, entre outros aspectos, a coleta de dados, que é o processo de recolhimento de informações para compor o estudo. Os dados recolhidos são utilizados como base para comprovar ou não os objetivos da pesquisa. A coleta de dados é feita conforme o planejamento do estudo do qual faz parte (SORDI, 2017).

Formulários são recursos com campos preenchíveis utilizados para coleta de dados. Como instrumentos de armazenamento (como no caso dos formulários impressos), são de grande importância para a sistematização de informações, principalmente em empresas de grande porte (VISUAREA, 2019). Sendo assim, o instrumento para coleta de dados do estudo será um formulário (APÊNDICE B) dividido em duas partes: A primeira parte são os dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa e a segunda parte contendo questões referentes ao tema do estudo.

3.5 PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS

O estudo foi realizado em três etapas: 1º etapa: Levantamento bibliográfico das necessidades humanas básicas onde foram usadas as bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Dessa forma, foram utilizados os seguintes descritores: Trabalho de Parto, Cuidados de Enfermagem, Distocia, Teoria de Enfermagem. 2º

etapa: Foi realizada a seleção dos indicadores do estudo; 3º etapa: Será a validação com os especialistas.

A seguir serão apresentados todo processo para seleção dos indicadores do estudo:

Quadro 02 - Indicadores de acordo com a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta. João Pessoa, 2025.

INDICADORES DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS	
Indicadores identificados no Levantamento bibliográfico	Indicadores selecionados
Necessidade de oxigenação: A necessidade de oxigenação seria o processo de utilização do oxigênio nos fenômenos de oxirredução das atividades vitais.	
Cianose, dispneia, ortopneia, lentidão, cansaço, fadiga, insegurança, agitação, irritabilidade, ansiedade, medo, euforia, tontura, coriza, tosse, hemorragia, tabagismo, obstrução das vias aéreas, estase circulatória, modificações no ritmo, frequência e características dos movimentos respiratórios, hiperemia, edema de mucosa, taquipneia, bradipneia, aumento do consumo de oxigênio, formigamento em mãos e pés, tontura ou dormência, alcalose respiratória, frequência, o ritmo e a profundidade da respiração, apneia.	Cianose, dispneia, cansaço, fadiga, insegurança, agitação, irritabilidade, hemorragia, hiperemia, taquipneia, bradipneia, apneia, formigamento de mãos e pés, tontura, profundidade da respiração, frequência respiratória, hipóxia fetal.
Necessidade de Hidratação: Água é fundamental na gestação para melhorar a circulação sanguínea e a irrigação do útero e da placenta, manter o líquido amniótico em níveis adequados, estabilizar a pressão arterial, além de eliminar toxinas que aumentam o risco de infecção urinária.	
Desidratação; constipação; alterações no equilíbrio ácido-base, diminuição do pH, ingestão oral de líquidos, sobrecarga de fluidos, desconforto e restrição de movimentos, hiponatremia, hiperglicemia e hipoglicemia reativa; ressecamentos, oleosidades e sudorese; turgor; prega cutânea, e a velocidade de seu retorno, desidratação materna,	Desidratação, constipação, desconforto e restrição de movimentos, hiponatremia, hiperglicemia e hipoglicemia reativa; ressecamentos, oleosidades e sudorese; turgor; prega cutânea, e a velocidade de seu retorno.
Necessidades de nutrição: Nutrição é um processo biológico em que os organismos (animais e vegetais), utilizando-se de alimentos, assimilam nutrientes para a realização de suas funções vitais.	
Jejum, progressão insatisfatória do trabalho de parto, aumento progressivo de cetonas urinárias, dietas brandas, oferta de alimentos por via oral.	Jejum, tipos de dietas, oferta de alimentos por via oral.
Necessidade de eliminação: É a necessidade do indivíduo de eliminar substâncias orgânicas indesejáveis ou presentes em quantidades excessivas, com o objetivo de manter a homeostase corporal.	
Aumento do desejo miccional, aumento do desejo de evacuar, pressão do reto pelo encaixe fetal, o descolamento, a descida e a expulsão da placenta, hemorragia no período pós-parto,	Aumento do desejo miccional, aumento do desejo de evacuar, o descolamento, a descida e a expulsão da placenta, hemorragia no período pós-parto.

Necessidade de locomoção: A capacidade funcional de locomoção pode ser definida como a habilidade de exercer atividades físicas que proporcionam uma vida independente e autônoma.	
Deambulação, contrações mais eficazes, alívio da dor, maior flexibilidade das articulações pélvicas, facilita a abertura da passagem do estreito inferior.	Deambulação, contrações mais eficazes, alívio da dor.
Mecânica Corporal: Termo usado para descrever a forma como nos movemos durante as atividades diárias.	
Posições mais adequadas para o parto: as posições de cócoras, de joelhos, de quatro apoios ou sentada.	Posições mais adequadas para o parto: as posições de cócoras, de joelhos, de quatro apoios ou sentada.
Integridade Física: É a necessidade do indivíduo de manter as características orgânicas de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, sub cutâneo e mucoso, com o objetivo de proteger o corpo.	
Características da pele (integridade, coloração, turgor, textura e umidade); condições das mamas; exposição ao calor; exposição a substâncias irritantes; exposição ao sol; fatores de risco de lesão por pressão (Escala de Braden); inflamação (especificar local); integridade de mucosas; integridade tecidual de lesões; presença de lesões/úlceras crônicas (especificar tipo e local); queimadura (especificar grau)	Características da pele (integridade, coloração, turgor, textura e umidade); condições das mamas; integridade de mucosas; integridade tecidual de lesões; presença de lesões e/ou lacerações.
Necessidade de sexualidade e reprodução: É a necessidade do indivíduo de integrar aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais com o objetivo de estabelecer relacionamento afetivo-sexual com um parceiro, obter prazer e procriar.	
Descolamento da placenta, retenção de restos placentários, padrão das contrações uterinas, a exame vaginal e a vitalidade fetal, palpação do fundo do útero, frequência, a duração, a intensidade e o tônus uterino, avaliações dos níveis de dor e comportamentos de enfrentamento demonstrados, atividade uterina, incluindo frequência, duração e intensidade das contrações, condição fetal, incluindo a frequência cardíaca, a posição e a altura da apresentação, dilatação e grau de apagamento do colo do útero, estado das membranas (íntegras ou rotas), realização das manobras de Leopold para determinar a situação fetal, medição da altura uterina, risco de queda, resposta fetal, monitoramento da FCF; coloração, odor e volume de líquido amniótico, abaulamento do períneo, avanço e recuo da cabeça do feto, hipóxia fetal, hipoglicemia materna prolongada, acidose fetal, administração de medicamentos analgésicos na mãe, agentes anestésicos (epidurais), compressão prolongada do cordão umbilical e, asfixia, amnionite, uso de drogas, prematuridade, infecção fetal, hipoxemia crônica, anomalias congênitas.	Descolamento da placenta, retenção de restos placentários, padrão das contrações uterinas, vitalidade fetal, palpação do fundo do útero, frequência, a duração, a intensidade e o tônus uterino, avaliações dos níveis de dor e comportamentos de enfrentamento demonstrados, atividade uterina, incluindo frequência, duração e intensidade das contrações, condição fetal, incluindo a frequência cardíaca, a posição e a altura da apresentação, dilatação e grau de apagamento do colo do útero, estado das membranas (íntegras ou rotas), realização das manobras de Leopold para determinar a situação fetal, risco de queda, resposta fetal, monitoramento da FCF; coloração, odor e volume de líquido amniótico, hipoglicemia materna prolongada, acidose fetal, agentes anestésicos (epidurais ou medicações), compressão prolongada do cordão umbilical e asfixia, amnionite, prematuridade, infecção fetal, hipoxemia crônica, anomalias congênitas.
Regulação neurológica: É a necessidade do indivíduo de preservar ou restabelecer o funcionamento do sistema nervoso, com o objetivo de controlar e coordenar as funções e atividades do corpo e alguns aspectos do comportamento.	
Atividade psicomotora; capacidade intracraniana (cefaleia, condição das pupilas); coordenação e equilíbrio; função	Atividade psicomotora, estado geral, estado mental, nível de consciência

cognitiva; função motora (tônus e força muscular), estado geral, estado mental.	
Regulação vascular: É a necessidade do indivíduo de que sejam transportados e distribuídos, por meio do sangue, nutrientes vitais para os tecidos e removidas as substâncias desnecessárias, com o objetivo de manter a homeostase dos líquidos corporais e a sobrevivência do organismo.	
A posição materna influencia a PA: a leitura mais alta é obtida na posição sentada; a mais baixa, na posição lateral esquerda; e a intermediária, na posição supina. PAD em cerca de 10 a 15 mmHg, hipertensão gestacional, proteinúria, taquicardia, bradicardia, hemorragia, presença de edema (especificar grau +/-++++), fatores de risco de disfunção neuro vascular periférica; perda sanguínea (especificar local e volume); perfusão tecidual; pressão arterial; ritmo cardíaco; sinais de choque, bloqueio atrioventricular fetal congênito, insuficiência cardíaca fetal e arritmias fetais.	Pressão Arterial, hipertensão gestacional, proteinúria, frequência cardíaca, ritmo cardíaco; taquicardia, bradicardia, hemorragia, presença de edema (especificar grau +/-++++), fatores de risco de disfunção neuro vascular periférica; perda sanguínea (especificar local e volume); perfusão tecidual; sinais de choque.
Regulação térmica: É a necessidade do indivíduo de obter equilíbrio entre a produção e a perda de energia térmica, com o objetivo de manter uma temperatura corporal central.	
Temperatura, febre materna, hipotermia, hipotermia fetal.	Temperatura, febre materna, hipotermia, hipotermia fetal.
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
Necessidade de segurança: O parto seguro é um conjunto de procedimentos que permitem a vigilância dos cuidados com a gestante e seu filho desde o internamento até a alta hospitalar. A forma de atuação da gestante é muito importante para o sucesso do parto.	
Plano de parto assinado, disponibilidade e acessibilidade a serviços de saúde, acesso das mulheres à informação e das redes de apoio, acompanhamento por um membro da família, passar informações sobre o progresso no trabalho e sobre técnicas para lidar com o momento, medidas de conforto (como toque, massagem, banho quente de aspersão ou imersão, ajuda para manter-se hidratada ou ir ao banheiro), espaço para a gestante expressar seus desejos e necessidades para os demais, orientar a gestante a deixar com o acompanhante os pertences, adornos, próteses, objetos de valor e documentos.	Disponibilidade e acessibilidade a serviços de saúde, acesso das mulheres à informação e das redes de apoio, acompanhamento por um membro da família, passar informações sobre o progresso no trabalho de parto, espaço para a gestante expressar seus desejos e necessidades para os demais.
Necessidade de comunicação: Comunicar é o processo de transmitir e receber mensagens por meio de signos, sejam eles símbolos ou sinais, verbais ou não-verbais. Esse processo media toda a ação da enfermeira e propicia o estabelecimento de um relacionamento efetivo.	
Autoestima, apoio, conforto, confiança, segurança e satisfação, alcance da excelência do cuidado, do bem estar do paciente, respeito, nas esferas física, psíquica, cultural, espiritual, social e intelectual, A informação e a decisão informada.	Autoestima, apoio, conforto, confiança, segurança e satisfação, alcance da excelência do cuidado, do bem estar do paciente, respeito, nas esferas física, psíquica, cultural, espiritual, social e intelectual, a informação e a decisão informada.
Necessidade de participação: Um conceito que se constitui de pensamentos que formulamos em nossas tentativas de conhecer e significar algum aspecto pertencente e instigante da realidade que nos circunda. Entende-se a comunicação como um conceito globalizante, no sentido de que ela engloba outros conceitos distintos que atuam em seu interior como componentes que se engendram uns aos outros e a constituem enquanto tal.	
Tomada de decisão, empoderamento, protagonismo no trabalho de parto.	Tomada de decisão, empoderamento, protagonismo no trabalho de parto.

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
Abrange o atendimento das tendências que levam o ser humano a buscar uma significação do seu agir dentro de sua esfera e o impulsiona para além do mundo limitado.	
Aspectos culturais, espirituais, psicológicos.	Aspectos culturais, espirituais, psicológicos.

Fonte: pesquisa direta, 2025.

Após aprovação do projeto pelo comitê de ética e pesquisa das faculdades Nova Esperança, foi realizado uma pesquisa na plataforma lattes, que representa a experiência do CNPq na integração de bases de dados de Currículos, de Grupos de pesquisa e de Instituições em um único Sistema de Informações, para selecionar os profissionais e especialistas na área de obstetrícia, em seguida serão contactados por email, enviando uma carta convite, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e o link para acesso ao formulário do Google Forms.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

O índice de validação e concordância compreende um método muito utilizado na área de saúde. Mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo. Este método emprega uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro. Para avaliar a relevância/representatividade, as respostas podem incluir: 1 = não relevante ou não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4 = item relevante ou representativo (MENEZES, 2022).

O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por "3" ou "4" pelos especialistas. Os itens que receberam pontuação "1" ou "2" devem ser revisados ou eliminados. A fórmula para avaliar cada item individualmente fica assim:

$$IVC = \frac{\text{número de respostas "3" ou "4"}}{\text{número total de respostas}}$$

Após realização dos cálculos, serão selecionados para o estudo os indicadores que obtiverem pontuação maior que 0,80 (MENEZES, 2022).

3.7 POSICIONAMENTO ÉTICO DOS PESQUISADORES

A pesquisa segue todos os preceitos da Resol. 14.874/2024 que estabelece o marco legal de pesquisas com seres humanos por instituições públicas e privadas, cria o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, assim como a Instância Nacional de Ética em Pesquisa como um Colegiado Interdisciplinar e independente sob a coordenação do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Sectics). Além disso, segue a Resol. 564/2017 – COFEN que regulamenta o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, determina os princípios e deveres que regem a conduta dos profissionais de enfermagem. Além de definir os direitos dos profissionais, as responsabilidades, as proibições e as penalidades por infrações éticas.

Esta pesquisa segue as orientações da Carta Circular nº 1/2021 além da carta circular 02/2021, que trata sobre orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual e 23/2022 sobre TCLE em meio digital.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é documento de caráter explicativo, onde são abordadas todas as questões relativas ao estudo clínico que possam estar relacionadas à decisão do sujeito da pesquisa e, assim, garantir sua participação voluntária. A participação voluntária em estudos humanos é baseada no direito de ser informado de todos os aspectos do estudo, bem como ter respostas para questões em linguagem clara e de fácil entendimento. Através do TCLE e de sua assinatura, o sujeito de pesquisa reconhece que ele entende e aceita todos os aspectos do estudo, incluindo os riscos e possíveis benefícios envolvidos (SOUZA, 2013).

Toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve algum risco para o participante. Como possíveis riscos podemos citar: condição psicológica afetada caso alguma pergunta do formulário gere constrangimento; a participante presumir que a pesquisa gerou risco e achar que as informações pessoais não estão seguras, portanto, apresenta riscos mínimos. Para corrigir ou minimizar esses riscos, serão adotadas medidas como explicar as perguntas para que não haja dúvidas e garantir a ao profissional o anonimato de suas informações pessoais. Devido às medidas que serão tomadas, os riscos dessa pesquisa são considerados mínimos. Como benefícios resultantes dessa pesquisa é que irá proporcionar a expansão do conhecimento científico e tornar o atendimento à gestante mais dinâmico e efetivo, além de otimizar o trabalho

dos profissionais que às assistem contribuindo assim para fortalecer condutas do processo de enfermagem nas maternidades.

4 RESULTADOS

A amostra inicial selecionada para a participação na pesquisa foi de 10 profissionais. A pesquisa realizou-se de maneira online, por meio da plataforma Google Forms. Foi enviado para esses profissionais um e-mail com o link da pesquisa que continha o questionário com os indicadores para monitorização da parturiente e o termo de consentimento livre e esclarecido, e obteve-se a resposta de 8 juízes. Os indicadores foram avaliados cabendo aos juízes qualificar se esses aspectos eram não relevantes, precisavam de grande revisão para ser relevante, precisavam de pequena revisão para ser relevante ou relevante.

Na tabela 1, para a validação dos indicadores, 8 juízes responderam sobre eles, dos quais oito (100%) eram mulheres, sendo uma com idade de 20 a 25 anos (12 %), quatro com idade de 36 a 45 anos (50%), uma com idade entre 46 e 56 anos (12%) e duas com 56 anos ou mais (25%). No que se refere ao de atuação na área, duas (25%) atuam até 5 anos, duas (25%) atuam entre 6 e 10 anos, uma (12%) atua entre 11 e 15 anos e três (37%) atuam há mais de 16 anos, todas eram enfermeiras. Sobre as titulações acadêmicas, cinco (62%) eram especialistas em enfermagem obstétrica, duas (25%) são mestras e uma (12%) tem doutorado. Quanto ao local de atuação cinco (62%) atuam em maternidades públicas, uma (12%) em maternidade privada, uma (12%) em universidade pública e uma (12%) em universidade privada.

TABELA 01 – Descrição dos dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa. João Pessoa, 2025.

Variável	nº	%
Idade		
20 a 25 anos	1	0,12
36 a 45 anos	4	0,5
46 a 55 anos	1	0,12
56 anos ou mais	2	0,25
Sexo		
Feminino	8	100
Masculino	0	0,0
Nível de escolaridade		
Especialização	5	0,62
Mestrado	2	0,25
Doutorado	1	0,12
Pós doutorado	0	0,0
Tempo de atuação		
Até 5 anos	2	0,25
Entre 6 e 10 anos	2	0,25
11 e 15 anos	1	0,12
Mais de 16 anos	3	0,37
Local de atuação principal		

Maternidade pública	5	0,62
Maternidade privada	1	0,12
Clínica privada	0	0,0
Universidade pública	1	0,12
Universidade privada	1	0,12
TOTAL	8	100%

Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa, 2025.

Quanto aos indicadores avaliados, eles foram divididos em grupos de acordo com as necessidades básicas apresentados na teoria de Horta e no livro de Garcia e Cubas, sendo elas: Necessidades Psicobiológicas (Necessidades de oxigenação, necessidade de hidratação, necessidade de nutrição, necessidade de eliminação, necessidade de locomoção, mecânica corporal, integridade física, sexualidade e reprodução, necessidade de regulação neurológica, necessidade de regulação vascular, necessidade regulação térmica), necessidades psicossociais (Necessidade de segurança, necessidade de participação e necessidade de comunicação) e necessidades psicoespirituais (Aspectos culturais, espirituais e religiosos).

Tabela 02 – Índice de validação e concordância dos indicadores. João Pessoa, 2025.

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES					
Indicador	Não relevante	Grand e revisão	Pequena revisão	Relevant e	ICV %
Necessidade de oxigenação					
Cianose	0	3	1	4	0,62%
Dispneia	0	2	1	5	0,75%
Cansaço	1	2	2	3	0,62%
Fadiga	1	2	2	3	0,62%

Agitação	1	2	1	4	0,62%
Irritabilidade	1	2	1	4	0,62%
Hiperemia	2	1	0	5	0,62%
Taquipneia	0	3	0	5	0,62%
Bradipneia	0	3	1	4	0,50
Apneia	0	2	0	6	0,75%
Formigamento nos membros	1	2	2	3	0,62%
Tontura	0	1	2	5	0,87%
Profundidade da respiração	0	4	0	4	0,50%
Frequência respiratória	0	2	2	4	0,75%
Hipóxia fetal	1	1	1	5	0,75%
Necessidade De Hidratação					
Desidratação	0	1	1	6	0,87%
Constipação	1	3	2	2	0,50%
Desconforto e restrição de movimentos	1	2	1	5	0,75%
Hiponatremia	0.	3	1	4	0,62%
Hiperglicemia	0	3	2	3	0,62%
Hipoglicemia reativa	0	1	2	5	0,87%
Ressecamentos	.0	3	2	3	0,62%
Oleosidades	3	1	2	2	0,50%
Sudorese	2	1	1	4	0,62%
Turgor cutâneo	0	3	0	5	0,62%
Prega cutânea	.0	1	4	3	0,87%
Necessidade De Nutrição					
Jejum	0	1	1	6	0,87%
Tipos de dietas	0	2	2	4	0,75%
Oferta de alimento por via oral	1	1	1	5	0,75%
Necessidade De Eliminação					
Aumento do desejo miccional	0	1	2	5	0,87%
Aumento do desejo de evacuar	0	1	2	5	0,87%
Descolamento de placenta, descida e expulsão da placenta	0	2	1	5	0,75%
Hemorragia no pós parto imediato	0	1	0	7	0,87%
Necessidade de locomoção					
Deambulação	0	1	2	5	0,87%

Contrações mais eficazes	0	1	1	6	0,87%
Alívio da dor	0	0	3	5	100%
Mecânica Corporal					
Posições adequadas	0	1	1	6	0,87%
Integridade Física					
Características da pele (Integridade, coloração, turgor, textura, umidade)	0	1	1	6	0,87%
Condição das mamas					
Integridade da mucosa	0	1	1	6	0,87%
Presença de lesões e lacerações	0	2	0	6	0,75%
Integridade tecidual das lesões	0	2	1	5	0,75%
Sexualidade E Reprodução					
Descolamento da placenta	0	3	0	5	0,62%
Retenção de restos placentários	0	2	0	6	0,75%
Padrão das contrações uterinas					
Vitalidade fetal	0	2	0	6	0,75%
Palpação do fundo do útero	0	3	0	5	0,62%
Frequência, a duração, a intensidade e o tônus uterino	0	3	0	5	0,62%
Atividade uterina: avaliações dos níveis de dor e comportamentos de enfrentamento demonstrados	0	3	0	5	0,62%
Condição fetal	0	3	0	5	0,62%
Posição e a altura da apresentação fetal	1	2		5	0,75%
Dilatação e grau de apagamento do colo do útero,	0	3	0	5	0,62%
Estado das membranas (íntegras ou rotas)	0	3	0	5	0,62%
Manobras de Leopold	0	0	0	0	0%
Risco de queda	0	3	1	4	0,62%
Resposta fetal	0	2	1	5	0,75%
Frequência cardíaca fetal	0	2	1	5	0,75%
Coloração, odor e volume de líquido amniótico.	0	2	1	5	0,75%
Hipoglicemia materna prolongada	0	2	2	4	0,75%
Acidose fetal	0	3	0	5	0,62%
Agentes anestésicos (epidurais ou medicações)	1	3	1	3	0,50%
Compressão prolongada do cordão umbilical	0	4	0	4	0,50%

Asfixia fetal	0	3	0	5	0,62%
Amnionite	0	3	0	5	0,62%
Prematuridade	0	2	2	4	0,75%
Infecção fetal	0	2	1	5	0,75%
Hipoxemia crônica	0	3	0	5	0,62%
Anomalias congênitas	0	2	2	4	0,75%
Necessidade de Regulação Neurológica					
Atividade psicomotora	1	2	1	4	0,62%
Estado geral	2	1	1	4	0,62%
Estado mental	0	3	1	4	0,62%
Nível de consciência	0	3	1	4	0,62%
Necessidade de Regulação Vascular					
Pressão Arterial	0	3	1	4	0,62%
Hipertensão gestacional	1	1	1	5	0,75%
Proteinúria	0	2	3	3	0,75%
Bradicardia	0	2	1	5	0,75%
Hemorragia (Local e volume)	0	2	1	5	0,75%
Edema (grau +/-++++)	0	2	2	4	0,75%
Fatores de risco para disfunção neurovascular periférica	1	2	2	3	0,62%
Perfusão tecidual	1	3	1	4	0,62%
Sinais de choque	0	2	1	5	0,75%
Necessidade de Regulação Térmica					
Temperatura	1	1	2	4	0,75%
Febre materna	0	2	1	4	0,75%
Hipotermia materna	0	2	1	5	0,75%
Hipotermia fetal	0	2	2	4	0,75%
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS					
Necessidade de segurança					
Disponibilidade e acessibilidade a serviços de saúde	0	3	1	4	0,62%
Acesso à informação e das redes de apoio	0	2	1	5	0,75%
Informações sobre o progresso no trabalho de parto	0	3	1	4	0,62%
Espaço para a gestante expressar seus desejos e necessidades para os demais	0	3	0	5	0,62%
Necessidade de Comunicação					

Autoestima	0	4	0	4	0,50%
Apoio	0	2	1	5	0,75%
Conforto	0	2	1	5	0,75%
Confiança	1	2	0	5	0,62%
Segurança e satisfação	0	3	0	5	0,62%
Excelência no cuidado	0	3	0	5	0,62%
Respeito, nas esferas física, psíquica, cultural, espiritual, social e intelectual, física, mental	0	3	0	5	0,62%
A informação e a decisão informada.	0	3	1	4	0,62%
Necessidade de Participação					
Tomada de decisão	0	3	1	4	0,62%
Empoderamento	0	2	0	6	0,75%
Protagonismo no trabalho de parto.	0	1	2	5	0,87%
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS					
Aspectos culturais	0	2	1	5	0,75%
Aspectos espirituais	0	2	0	6	0,75%
Aspectos Psicológicos	0	4	0	4	0,50%

Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa, 2025.

Dos 143 indicadores selecionados 15 foram validados com $IVC > 0,80$ itens para compor o instrumento. Entretanto, outros 43 itens foram mantidos conforme referencial adotado para futuras avaliações de grupos de expertises, com maior pontuação de Fering. Em outras palavras, o instrumento atual consiste em um resultado prévio para ser submetido a outras rodadas de avaliação dos juízes, pois embora os 43 itens não tenham atingido concordância recomendada ($IVC > 0,80$) a força da fundamentação teórico exige sua permanência sugerindo novas averiguações no futuro.

Com relação às necessidades de oxigenação apenas o indicador “tontura” obteve $ICV > 0,80$. Entretanto os indicadores cianose, dispneia, fadiga, agitação, hiperemia, taquipneia, bradipneia, apneia, frequência respiratória e hipóxia fetal foram mantidos por serem itens essenciais para basear a avaliação de enfermagem e possibilitar que o enfermeiro o classifique de acordo com seu julgamento. Os itens irritabilidade, fadiga de membros e profundidade da respiração não alcançaram $IVC > 0,80$.

Necessidade de hidratação os indicadores desidratação, hipoglicemia reativa, e prega cutânea obtiveram $ICV > 0,80$. Porém, os indicadores constipação, desconforto e restrição de movimentos e hiperglicemia não foram validados, mas permaneceram no instrumento por sua

importância na identificação dessas necessidades. Os itens Hiponatremia, ressecamentos, oleosidades, sudorese, turgor cutâneo não alcançaram $ICV > 0,80$.

Necessidades de nutrição apenas o indicador jejum obteve $ICV > 0,80$. Os itens Tipos de dietas, oferta de alimento por via oral não alcançaram $ICV > 0,80$.

Necessidades de eliminação os indicadores aumento do desejo miccional, aumento do desejo de evacuar, hemorragia no pós parto imediato obtiveram $ICV > 0,80$. Entretanto o indicador descolamento de placenta, descida e expulsão da placenta não foi validado, porém permanece no instrumento por sua importância na identificação dessa necessidade.

Necessidades de locomoção e mecânica corporal todos os indicadores deambulação, contrações mais eficazes, alívio da dor, posições adequadas foram validadas com $ICV > 0,80$.

Integridade física apenas os indicadores Características da pele (Integridade, coloração, turgor, textura, umidade) e integridade da mucosa obtiveram $ICV > 0,80$. Entretanto o indicador Presença de lesões e lacerações não foi validado, porém permanece no instrumento por sua importância na identificação dessa necessidade. Os itens condição das mamas e Integridade tecidual das lesões não alcançaram $ICV > 0,80$.

Sexualidade e reprodução não tiveram indicadores validados com $ICV > 0,80$. Os indicadores descolamento da placenta, retenção de restos placentários, padrão das contrações uterinas, vitalidade fetal, dilatação e grau de apagamento do colo do útero, frequência cardíaca fetal, acidose fetal, compressão prolongada do cordão umbilical, prematuridade, anomalias congênitas não foram validadas, porém permanece no instrumento por sua importância na identificação dessa necessidade. Os itens Palpação do fundo do útero, Frequência, a duração, a intensidade e o tônus uterino, Atividade uterina: avaliações dos níveis de dor e comportamentos de enfrentamento demonstrados, condição fetal, posição e a altura da apresentação fetal, estado das membranas (íntegras ou rotas), manobras de Leopold, risco de queda, resposta fetal, coloração, odor e volume de líquido amniótico, hipoglicemia materna prolongada, agentes anestésicos (epidurais ou medicações), asfixia fetal, amnionite foram excluídos.

Necessidade de Regulação Neurológica não tiveram indicadores validados com $ICV > 0,80$. Os indicadores de estado geral, estado mental, nível de consciência não foram validados, porém permanece no instrumento por sua importância na identificação dessa necessidade. O item atividade psicomotora foi excluído por não atingir $ICV > 0,80$.

Necessidade de Regulação vascular não tiveram indicadores validados com $ICV > 0,80$. Os indicadores Pressão Arterial, Proteinúria, Bradicardia, hemorragia (Local e volume), edema (grau +/-++++), perfusão tecidual, sinais de choque não foram validados, porém permanece no

instrumento por sua importância na identificação dessa necessidade. Os itens hipertensão gestacional, fatores de risco para disfunção neurovascular periférica foram excluídos por não atingirem ICV >0,80.

Necessidade de regulação térmica não tiveram indicadores validados com ICV > 0,80. Os indicadores temperatura, hipotermia fetal permanecem no instrumento por sua importância na identificação dessa necessidade. Os itens hipotermia materna e febre materna foram excluídos por não atingirem ICV >0,80.

Necessidade de segurança não teve indicadores validados com ICV > 0,80. Apenas o indicador Disponibilidade e acessibilidade a serviços de saúde permanece no instrumento por sua importância na identificação dessa necessidade. Os itens acesso à informação e das redes de apoio, Informações sobre o progresso no trabalho de parto, espaço para a gestante expressar seus desejos e necessidades para os demais foram excluídos por não atingirem ICV >0,80.

Necessidade de comunicação não tiveram indicadores validados com ICV > 0,80. Apenas o indicador segurança e satisfação permanece no instrumento por sua importância na identificação dessa necessidade. Os itens autoestima, apoio, conforto, confiança, excelência no cuidado, respeito nas esferas física, psíquica, cultural, espiritual, social e intelectual, física, mental, informação e a decisão informada foram excluídos por não atingirem ICV >0,80.

Necessidade de participação apenas o indicador protagonismo no trabalho de parto foi validado com ICV > 0,80. O item empoderamento permanece no instrumento por sua importância na identificação dessa necessidade. O item Tomada de decisão foi excluído por não atingir ICV >0,80.

Necessidade psicoespirituais não tiveram indicadores validados com ICV > 0,80. Apenas os indicadores aspectos espirituais e aspectos psicológicos permanecem no instrumento por sua importância na identificação dessa necessidade. O item aspectos culturais foi excluído por não atingirem ICV >0,80.

Após a validação dos indicadores o instrumento foi construído. Abaixo segue versão final do instrumento para avaliação da parturiente.

1- Identificação

Nome:		Idade:	
Enfermaria:	Nº Prontuário:	Admissão: / /	Procedência:
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Escolaridade:	Data de Nascimento: / /	
Endereço:		Cidade	

Telefone:
Nome acompanhante:

2- SSVV – Sinais Vitais

T ____ C°	Fr ____ irpm	Pa ____ mmHg	Fc ____ bpm	Fc ____ bpm	Peso ____ kg	Altura:
-----------	--------------	--------------	-------------	-------------	--------------	---------

3- Avaliação das Necessidades humanas básicas:

Necessidade de oxigenação
<input type="checkbox"/> Tontura <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Hipóxia Fetal
Necessidade de hidratação
<input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Hipoglicemia reativa <input type="checkbox"/> Erytema cutâneo <input type="checkbox"/> Constipação, desconforto e restrição de movimentos <input type="checkbox"/> Hiperglicemia
Necessidades de Nutrição:
<input type="checkbox"/> Jejum Quantas horas: _____
Necessidades de Eliminação:
<input type="checkbox"/> Aumento do desejo miccional <input type="checkbox"/> Aumento do desejo de evacuar <input type="checkbox"/> Hemorragia no pós parto <input type="checkbox"/> Descolamento, descida e expulsão da placenta
Necessidades de locomoção e mecânica corporal
<input type="checkbox"/> Deambulação <input type="checkbox"/> Contrações mais eficazes <input type="checkbox"/> Alívio da dor <input type="checkbox"/> Posição: _____
Integridade física:
Lesões e lacerações: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Local / Aspecto: _____ Características da pele: _____ Integridade da mucosa: _____
Sexualidade e reprodução:
<input type="checkbox"/> Descolamento da placenta <input type="checkbox"/> Retenção de restos placentários <input type="checkbox"/> Acidose fetal <input type="checkbox"/> Compressão prolongada do cordão umbilical <input type="checkbox"/> Prematuridade <input type="checkbox"/> Anomalias congênicas Padrão das contrações uterinas: _____

<p>Vitalidade fetal: _____</p> <p>Dilatação: _____</p> <p>Grau de apagamento do colo do útero: _____</p> <p>FC fetal: _____</p>
Necessidade de Regulação Neurológica
<p>Estado geral: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mau</p> <p>Estado mental: _____</p> <p>Nível de consciência: _____</p>
Necessidade de Regulação vascular
<p><input type="checkbox"/> Pressão Arterial <input type="checkbox"/> Proteinúria <input type="checkbox"/> Bradicardia</p> <p>Perfusão tecidual: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p>Hemorragia (Local e volume): _____</p> <p>Edema (grau +/-): _____</p> <p>Sinais de choque: _____</p>
Necessidade de regulação térmica
<p><input type="checkbox"/> Hipotermia fetal: _____</p>
Necessidade de segurança
<p><input type="checkbox"/> Disponibilidade e acessibilidade a serviços de saúde</p>
Necessidade de comunicação
<p><input type="checkbox"/> Segurança e satisfação</p>
Necessidade de participação
<p><input type="checkbox"/> Empoderamento</p>
Necessidade psicoespirituais
<p><input type="checkbox"/> Aspectos espirituais: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Aspectos psicológicos: _____</p>
<p>OBSERVAÇÕES:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Enfermeira:	
COREN:	Data: / /

DISCUSSÃO

O trabalho de parto é um processo fisiológico e complexo que envolve a gestante, acompanhante e equipe assistencial. Contudo, a enfermagem tem um papel fundamental na prestação do serviço por serem os profissionais que atuam diretamente na promoção, proteção e recuperação do paciente (Oliveira, 2023).

Dentro das atividades realizadas pela equipe pode ser destacada a assistência prestada durante o pré-natal, auxílio no controle da dor com técnicas de massagem e relaxamento, apoio emocional, desmedicalização do parto, valorização da autonomia feminina e respeito dos seus direitos, educação em saúde sobre a gestação, o parto e o nascimento, descontinuação da violência obstétrica, protagonismo da mulher no parto e outros. Desse modo, de acordo com Alencar (2021), o profissional enfermeiro, durante sua assistência ao TP, deve atentar a todas as queixas relatadas pela parturiente durante sua evolução do TP, sendo primordial a identificação de algum risco (Santos, 2024).

Além disso, esses profissionais são responsáveis pelo crescimento no uso das boas práticas durante o trabalho de parto, respeitando a individualidade e aumentando a autonomia das mulheres neste momento. Visto o incentivo ao protagonismo e o empoderamento da mulher, além de acolher, realizar técnicas, procedimentos e orientações, transmitir segurança e apoio durante todo o processo, caracterizando seu importante papel na assistência a essa população (Kosloski, 2024).

A atuação do enfermeiro promove equilíbrio físico e psíquico da parturiente, com apoio emocional, contato físico e utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor, de modo a promover bem-estar e segurança para mãe e feto (BRASIL, 2013). Neste contexto, a segurança do paciente representa a qualidade na assistência e deve estar presente em todas as áreas assistenciais, sendo definida pela OMS como a ausência de danos evitáveis para o paciente, durante o processo assistencial, e a redução de riscos de danos ou lesões, associados ao cuidado em saúde, dentro de uma aceitação mínima (Shinkai, 2014).

Nesta perspectiva, o cuidado de Enfermagem e a tecnologia são interligados, pois a enfermagem segue princípios, leis e teorias, organizada em modelos de cuidado, englobando um conjunto de conhecimentos para qualificar e aprimorar a práxis de enfermagem, em busca de um cuidado eficiente e eficaz com uso de tecnologias leves e leves-dura, onde o cuidado em enfermagem resulta da união de recursos para a prestação da assistência integral à saúde. A tecnologia em enfermagem compreende o conhecimento humano (científico e empírico) sistematizado com a presença humana, com o objetivo de obter qualidade de vida e, se concretiza, no ato de cuidar, considerando a questão ética e o processo reflexivo (Shinkai, 2014).

A avaliação de enfermagem visa identificar problemas reais ou potenciais, organiza os registros e, é ele que dá sequência às demais etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem, desencadeando o cuidado de enfermagem ao indivíduo. Possibilita que o profissional identifique problemas, identifique diagnósticos, realize o planejamento, implementação da assistência. É nesta etapa também que o profissional estabelece vínculos, confiança e reconhece os aspectos biopsicossociais e espirituais, favorecendo o cuidado individualizado, holístico, humanizado e com embasamento científico. Além disso, o exame físico permite avaliar sinais e sintomas, buscando problemas ainda não identificados (Shinkai, 2022).

A Resolução COFEN nº 516/2016 Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência. À esses profissionais compete, entre outras: Avaliar todas as condições de saúde materna, clínicas e obstétricas, assim como as do feto; adotar práticas baseadas em evidências científicas como: oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor, liberdade de posição no parto, preservação da integridade perineal do momento da expulsão do feto, contato pele a pele mãe recém-nascido, apoio ao aleitamento logo após o nascimento, entre outras, bem como o respeito às especificidades étnico-culturais da mulher e de sua família; Avaliar a evolução do trabalho de parto e as condições maternas e fetais, adotando tecnologias apropriadas na assistência e tomada de decisão, considerando a autonomia e protagonismo da mulher (Cofen, 2016).

A resolução COFEN nº 736 de 17 de janeiro de 2024 dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem onde ocorre o cuidado de enfermagem que deve ser realizado, de modo deliberado

e sistemático, em todo contexto socioambiental, em que ocorre o cuidado de Enfermagem. Além disso, deve estar fundamentado em suporte teórico, que podem estar associados entre si, como Teorias e Modelos de Cuidado, Sistemas de Linguagens Padronizadas, instrumentos de avaliação de predição de risco validados, Protocolos baseados em evidências e outros conhecimentos correlatos, como estruturas teóricas conceituais e operacionais que fornecem propriedades descritivas, explicativas, preditivas e prescritivas que lhe servem de base (Cofen, 2024).

O desenvolvimento e a utilização de tecnologias na área da saúde estão em constante ascensão, buscando cada vez mais novas tecnologias que sejam eficazes e menos invasivas para prevenção de agravos, promoção da saúde e rastreamento precoce de doenças. O desenvolvimento subsidia o cuidado em diferentes contextos, e reúne, de forma organizada e sistematizada, conhecimentos e evidências científicas disponíveis na literatura, para traduzir e validar um instrumento para o público alvo a que se destina (Shinkai, 2022).

A produção de um aplicativo caracteriza-se como um meio possível para solucionar problemas no contexto da saúde, visto que viabiliza maior rapidez na transmissão e armazenamento de dados captados. Nesse caso, o presente trabalho visa a validação dos indicadores que norteiam a produção e desenvolvimento de um aplicativo para ampliar e dinamizar a assistência de enfermagem ao trabalho de parto (Silva, 2024).

O mais importante atributo desses instrumentos são: Validação, confiabilidade, praticabilidade, sensibilidade e responsividade. A validação é um fator determinante na escolha e/ou aplicação de um instrumento e verifica se o instrumento mede com precisão o que se propõem a estudar, considerando válido quando ele consegue avaliar o seu objetivo principal. Os métodos para obter validade são: validade de conteúdo, validade relacionada a um critério e validade de construto (Silva, 2024).

A validação do presente trabalho de deu na modalidade validação de conteúdo e foi realizada por meio de uma pesquisa no âmbito digital, através de um formulário na plataforma *Google Forms*. Os avaliadores foram selecionados via plataforma lattes e acionados pelo email e plataformas digitais onde foi encaminhado o link para resposta da pesquisa. Após recebimento das avaliações foi aplicado a técnica IVC para melhor avaliação dos indicadores.

Por fim, a implementação de aplicativos móveis como ferramentas tecnológicas auxiliares, eleva a capacidade de execução dos cuidados da enfermagem, seja educando ou assistindo o público alvo, visto que as vantagens estabelecidas pelo manuseio de softwares contribuem no ensino, na pesquisa e na assistência multiprofissional, além de armazenar os

dados coletados na forma digital, oportunizando a administração melhor do tempo e favorecendo a tomada da decisão de maneira compatível a necessidade do paciente (Barros, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dos 143 indicadores selecionados 15 foram validados com IVC > 0,80 itens para compor o instrumento. Entretanto, outros 43 itens foram mantidos devido à força de fundamentação teórica, para posteriormente, ser submetido a uma nova rodada de avaliação com especialistas.

O instrumento foi construído com a finalidade de atender às necessidades das gestantes no momento do parto, mostrando como um desafio a adesão dos profissionais de enfermagem na resposta a pesquisa, bem como a dificuldade de contacta-los pela plataforma lattes.

Entende-se que esse instrumento, baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta, oferece ao enfermeiro uma compreensão integral da parturiente, permitindo que ele reconheça e atenda suas especificidades. O instrumento busca orientar e qualificar o cuidado de enfermagem. Por meio dele, o profissional pode organizar as informações e analisá-las de forma crítica. Assim, o instrumento tem como propósito fornecer ao enfermeiro um recurso que favoreçam um atendimento completo, dinâmico e embasado em evidências, contribuindo para maior qualidade e efetividade na assistência à gestante. Desse modo, o instrumento também pretende tornar o Processo de Enfermagem mais prático e reduzir a carga burocrática do enfermeiro, permitindo que ele direcione com maior foco sua atenção ao cuidado integral da parturiente.

Em um momento futuro, após o firmamento dos construtos do instrumento, seguir-se-á para idealização do aplicativo integrado ao relógio inteligente, ambos irão passar por nova validação ao que se refere o conteúdo utilizado e a interface deste.

Espera-se que o uso deste instrumento favoreça de forma relevante a aplicação do processo de enfermagem na sala de parto, além de estimular o interesse dos profissionais pela Sistematização da Assistência de Enfermagem. Dessa forma, busca-se ampliar a reflexão crítica do enfermeiro e promover uma prática mais embasada cientificamente, com registro das informações de maneira clara, objetiva e de fácil compreensão.

Por fim, espera-se que o estudo apresentado tem potencial para incentivar novas pesquisas, fortalecer o desenvolvimento das atividades de Enfermagem, aprimorar a qualidade da assistência de Enfermagem, ampliando as habilidades da profissão.

REFERÊNCIAS

ACOG Committee Opinion No. 441: Oral intake during labor. *Obstet Gynecol.*, v. 14, n. 3, p. 714, 2009.

AL, Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry, Patricia A. Stockert E. *Fundamentos de Enfermagem*. 11. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2024. E-book. pág.568. ISBN 9788595159952. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595159952/>. Acesso em: 19 de maio. 2025.

ALBUQUERQUE, Adriana Montenegro de; LIMA, Édija Anália Rodrigues de; PINTO, Maria Benegelania (org.). *Tópicos de cuidados em enfermagem*. Campina Grande: EDUFCG, 2019.

ALBUQUERQUE, Adriana Montenegro et al. *Tópicos de cuidados de enfermagem ed*. Campina Grande: Edufcg, 2011

ALLES, Marina Paranhos; SANTOS, Viviane Silva Januário dos; REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. Análise da produção científica sobre comunicação terapêutica no campo da saúde, saúde mental e álcool e outras drogas. *Revista de Medicina (São Paulo)*, São Paulo, v. 96, n. 4, p. 232–240, out./dez. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v96i4p232-240>. Acesso em: 11 jun. 2025.

Barros FR, Lima RF, Menezes EG. Validação do aplicativo móvel “Puerpério SEGURO” para o cuidado à beira leito da puérpera. *Enferm. Foco*. 2021;12(5):977-84.

BARROS, Alba L. B L. *Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto*. 4.ed. Porto Alegre: ArtMed, 2021. E-book. pág.94. ISBN 9786558820284. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558820284/>. Acesso em: 20 abr. 2025.

BARROS, Alba L. B L. *Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto*. 4.ed. Porto Alegre: ArtMed, 2021. E-book. pág.90. ISBN 9786558820284. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558820284/>. Acesso em: 13 de maio. 2025.

BARROS, Francisco Railson Bispo de; LIMA, Raquel Faria da Silva; MENEZES, Elielza Guerreiro. Validação do aplicativo móvel “Puerpério SEGURO” para o cuidado à beira leito da puérpera. *Enfermagem em Foco, Brasília*, v. 12, n. 5, p. 977–984, 2021. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4545>. Acesso em: 22 maio 2025.

BRASIL, Saúde vai elaborar decreto para regulamentar lei de pesquisa com seres humanos. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/agosto/saude-vai-elaborar-decreto-para-regulamentar-lei-de-pesquisa-com-seres-humanos>. Acesso em: 08 junho 2025

BRASIL. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Plataforma Lattes. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/cnpq/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/plataforma-lattes>. Acesso em: 08 junho 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da gestante: posições de parto. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante_posicoes_parto.pdf. Acesso em: 22 maio 2025

CARON, Olga Aparecida Fortunato; SILVA, Isilia Aparecida. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 485–492, jul./ago. 2002. Disponível em: <https://www.eerp.usp.br/rlaenf>. Acesso em: 11 jun. 2025.

CLEVELAND CLINIC. Pooping during labor: why it happens — and why it’s OK. 2023. Disponível em: <https://health.clevelandclinic.org/pooping-during-labor>. Acesso em: 03 jun. 2025.

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. *Plataforma Lattes*. 2024. Disponível em: <https://lattes.cnpq.br>. Acesso em: 03 jun. 2025.

CORDEIRO, Denise Ellen Francelino; PAIVA, Jordana Parente; FEITOSA, Francisco Edson de Lucena (orgs.). Protocolos assistenciais em obstetrícia: Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Fortaleza: Imprensa Universitária da Universidade Federal do Ceará, 2020. e-book. ISBN 978-65-88492-30-7.

COUTINHO, Juliana da Silva Santos. *Violência obstétrica, uma ofensa ao direito à integridade física e psicológica da mulher gestante*. 2024. Monografia (Bacharelado em Direito) – Fundação Universidade Federal de Rondônia, Campus Professor Francisco Gonçalves Quiles – Cacoal, Cacoal, RO, 2024.

CUBAS, Márcia R.; GARCIA, Telma R.; BACHION, Maria M.; e outros. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem: anunciados do sistema de informações da associação brasileira de enfermagem (SiABEn) . Porto Alegre: ArtMed, 2021. *E-book*. pág.9. ISBN 9786558820147. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558820147/>.

DA SILVA, Amanda Cristina; DOS SANTOS, Karoline Alves; DE PASSOS, Sandra Godoi. Atuação do enfermeiro na assistência ao parto humanizado: revisão literária. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 5, n. 10, p. 113-123, 2022. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/604>. Acesso em: 15 abr. 2025

DIAS, Israel Esteves; SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula; WALL, Marilene Loewen; SILVEIRA, Juliana Taques Pessoa da. Alimentação e hidratação no trabalho de parto: um cuidado de enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFPE on line*, Recife, v. 5, n. 3, p. 604–610, maio 2011. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/1262>. Acesso em: 3 jun. 2025. DOI: 10.5205/reuol.1262-12560-1-LE.0503201107.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. S1, p. S140–S153, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00127013>. Acesso em: 11 jun. 2025

FIAMONCINI, Andreia Aparecida; REIS, Margareth de Mello Ferreira dos. Sexualidade e gestação: fatores que influenciam na expressão da sexualidade. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 91–102, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.35919/rbsh.v29i1.49>. Acesso em: 11 jun. 2025.

FILHO, Jorge R. *Obstetrícia Fundamental*. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024. E-book. pág.249. ISBN 9788527740173. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527740173/>. Acesso em: 22 abr. 2025.

FILHO, Jorge R. *Obstetrícia Fundamental*. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024. E-book. pág.247. ISBN 9788527740173. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527740173/>.

FONSECA, Elaine Dias; MENDES, Neila de Souza. Elaboração de cartilha educativa como tecnologia de cuidado para prevenção de infecção do trato urinário em mulheres. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, Brasília, DF, n. 31, p. 1–11, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e150.2020>.

GARCIA, M. L. T. et al. Mortalidad materna en Brasil y Cuba: estudio comparativo. *Revista Cubana de Salud Pública*, Cuba, P. 1-18, 2021.

GAYESKI, Michele Ediane; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 774–782, out./dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ZFmhKJQkLRRbwC76LBZhV5d>. Acesso em: 22 maio 2025.

Horta, V. A. *Processo de enfermagem* Brigitta E. P. Castellanos. - São Paulo : EPU, 1979.

INE EAD – Instituto Nacional de Ensino (Brasil). *Conceitos nutricionais e sua importância*. Belo Horizonte: INE, 2017. Disponível em: <http://www.ine.com.br>. Acesso em: 22 maio 2025.

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e Adolescente Fernandes Figueira (IFF). *Portal de Boas Práticas*. Brasil. IFF, 2023. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/tendencias-na-mortalidade-materna-2000-2020> Acesso em: 21 de março 2025

LARA, Sonia Regina Godinho de; CÉSAR, Mônica Bimbatti N. *Enfermagem em Obstetrícia e Ginecologia*. Barueri: Manole, 2017. E-book. pág.72. ISBN 9788520454756. Disponível em:

<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788520454756/>. Acesso em: 22 abr. 2025.

LEIFER, G. Enfermagem obstétrica. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2013.

LEMOS, Andréa. Fisioterapia Obstétrica Baseada em Evidências . Rio de Janeiro: MedBook Editora, 2014. E-book. pág.21. ISBN 9786557830239. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786557830239/>. Acesso em: 17 de maio. 2025.

LINS, G. S. et al. Mortalidade materna no nordeste do Brasil: uma análise de 2020-2022. *Brazilian Journal of Health Review* Curitiba, v. 7, n. 2, p. 01-09, mar./apr., 2024

LOZADA, Gisele; NUNES, Karina S. Metodologia científica . Porto Alegre: SAGAH, 2019. E-book. pág.183. ISBN 9788595029576. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595029576/>. Acesso em: 03 jun. 2025.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res* 1986; 35(6):382-385.

Marques D. K. A. Moreira G, A. C. Nóbrega M, M. L. *Rev enferm UFPE online*. 2008 out./dez.; 2(4):481-88

MATIAS-PEREIRA, José. Manual de Metodologia da Pesquisa Científica. 4.ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2016. E-book. pág.94. ISBN 9788597008821. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788597008821/>. Acesso em: 03 jun. 2025.

MATOS JC, LUZ GS, MARCOLINO JS, CARVALHO MDB, PELLOSO SM. Ensino de teorias de enfermagem em cursos de graduação de enfermagem no Estado do Paraná. *Acta Paul Enferm* 2011;24(1):23-8.

MENEZES, Thalia Alves Chagas et al. Construção e validação de fôlder sobre cuidados para prevenção do pé diabético. *ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, São Paulo, v. 20, e2422, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.30886/estima.v20.1261_PT. Acesso em: 11 jun. 2025.

MENEZES, Thalia Alves Chagas; CASTRO, Tiffany Horta; ROCHA, Letícia Ellen Vieira; LEITE, Kauane Matias; CORREIA, Débora Lira; ABREU, Karine Rocha da Silva; et al. Construção e validação de fôlder sobre cuidados para prevenção do pé diabético. *ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, São Paulo, v. 20, e2422, 2022. DOI: https://doi.org/10.30886/estima.v20.1261_PT. Acesso em: 23 maio 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual técnico da gestação de alto risco**. [Internet] 2010 [acesso em 21 março 2025].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS**. Brasília, 2021.

MORAIS, Yanne Jannine Gomes Araújo et al. **Necessidades de locomoção e cuidado corporal associados à incapacidade funcional de idosos: diagnósticos de enfermagem CIPE®**. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 26, e75913, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.75913>. Acesso em: 3 jun. 2025.

MORON, Antonio F.; CAMANO, Luiz; JÚNIOR, Luiz K. *Obstetrícia*. Barueri: Manole, 2011. E-book. pág.1321. ISBN 9788520438251. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788520438251/>. Acesso em: 22 abr. 2025.

Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2011 Out-Dez; 20(4): 717-25. 2024; 10(3): e 37048. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/37048/19599>

MUGYENYI, G. R. et al. Quality of vital sign monitoring during obstetric hospitalizations at a regional referral and teaching hospital in Uganda: an opportunity for improvement. *PanAfrican medical journal*, 2021;38(252). 10.11604/pamj.2021.38.252.21749

NAKAMAE, Djair Daniel. Eliminação: uma necessidade básica do homem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 28, p. 80–87, 1976.

NETTINA, Sandra M. *Prática de Enfermagem*. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. E-book. pág.988. ISBN 9788527738002. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527738002/>. Acesso em: 19 de maio. 2025.

Oliveira, V. C. et. Tal. sistematização da assistência de enfermagem a uma paciente em trabalho de parto prematuro. *Revista enfermagem atual in derme*. e v. 96, n. 37, 2022 e-021206

PAIVA, Eline Feitosa et al. Posições assumidas durante o parto normal: percepção de puérperas atendidas numa maternidade de Jataí-Goiás. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, [S.l.], v. 12, n. 7, p. 1–21, 2020. Disponível em: <https://acervosaude.com.br>. Acesso em: 11 jun. 2025.

SANTOS, Bruna Aparecida dos et al. Construção e validação de cartilha para prevenção da transmissão vertical do HIV. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 4, p. e31110413802, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13802>. Acesso em: 3 jun. 2025.

RICCI, Susan S. *Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2023. E-book. pág.492. ISBN 9788527739023. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527739023/>. Acesso em: 17 de maio. 2025.

RICCI, Susan S. *Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2023. E-book. pág.460. ISBN 9788527739023. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527739023/>. Acesso em: 10 de maio, 2025

SALEH, Carmen Mohamad Rida; YOKOMIZO, Marlene Setsuko. Alteração da saturação de oxigênio durante aspiração endotraqueal no cliente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 50, n. 1, p. 53–60, jan./mar. 1997

SANTOS, A. T. C et al. Atuação da equipe de enfermagem no parto humanizado: revisão integrativa. *Revista ciência Plural, Local de Publicação*,

SANTOS, Lannuze Gomes Andrade dos; ANDRETO, Luciana M.; FIGUEIRA, Maria Cristina dos S.; MO. *Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia*. Rio de Janeiro: MedBook Editora, 2010. E-book. pág.100. ISBN 9786557830741. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786557830741/>. Acesso em: 20 abr. 2025.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS (Município). Secretaria Municipal de Saúde. *Cartilha da gestante: parto seguro*. São José dos Pinhais: Prefeitura Municipal, 2024. 56 p.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS-SP: manual técnico do pré-natal e puerpério. Organização de Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras. São Paulo: SES/SP, 2010. 234 p. + CD-ROM

SILVA, Carlos Henrique M.; LARANJEIRA, Cláudia Lourdes S.; Osanan, Gabriel C. *Manual SOGIMIG - Assistência ao parto e puerpério*. Rio de Janeiro: MedBook Editora, 2019. E-book. pág.163. ISBN 9786557830116. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786557830116/>. Acesso em: 26 de maio. 2025.

SILVA, Rute Aparecida da et al. Assistência de enfermagem frente à incontinência urinária em idosos institucionalizados: revisão integrativa. *Revista Saúde (Santa Maria)*, Santa Maria, v. 48, n. 1, p. 1–9, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5902/2236583468454>. Acesso em: 3 jun. 2025.

SODRÉ, Thelma Malagutti; BONADIO, Isabel Cristina; JESUS, Maria Cristina Pinto de; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 452–460, jul./set. 2010.

SORDI, José Osvaldo de. *Desenvolvimento de Projeto de Pesquisa*, 1ª edição. . Rio de Janeiro: Saraiva Uni, 2017. E-book. pág.128. ISBN 9788547214975. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788547214975/>. Acesso em: 11 jun. 2025.

SOUZA, Miriam Karine; JACOB, Carlos Eduardo; GAMA-RODRIGUES, Joaquim; ZILBERSTEIN, Bruno; CECCONELLO, Ivan; HABR-GAMA, Angelita. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): fatores que interferem na adesão. *ABCD – Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 200–205, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abcd/a/ZFmhKJQkLRRbWC76LBZhV5d>. Acesso em: 23 maio 2025

SOUZA, Zannety Conceição Silva do Nascimento; CARVALHO, Evanilda Souza de Santana. *Cuidado respeitoso às parturientes em maternidades hospitalares: um protocolo de revisão de escopo*. *Glob Acad Nurs*, Salvador, v. 3, n. 4, e310, 2022. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200310>. Acesso em: 11 jun. 2025.

VISUAREA. Formulários: o que são, tipos, formatação e diagramação. 2022. Disponível em: <https://www.visuarea.com.br/artigos/formularios-o-que-sao-tipos-formatacao-diagramacao>. Acesso em: 23 maio 2025.

VISUAREA. Formulários: o que são, tipos, formatação e diagramação, 2019. Disponível em: <https://www.visuarea.com.br/artigos/formularios-o-que-sao-tipos-formatacao-diagramacao>. Acesso em: 11 jun. 2025.

WEI, Chang Yi; GUALDA, Dulce Maria Rosa; SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 717-725, out./dez. 2011. Disponível em:

WISE, Robert A.; POLITO, Albert J. Respiratory physiologic changes in pregnancy. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine, v. 20, n. 4, p. 663–672, nov. 2000.

ZUGAIB, Marcelo. Zugaib obstetrícia. 5. ed. Barueri: Manole, 2023. E-book. pág.378. ISBN 9786555769340. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786555769340/>. Acesso em: 20 abr. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen n.º 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília, 23 jan. 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 18 nov. 2025.

SILVA, Beatriz Aguiar da; SILVA, Petra Regina Rodrigues; BRITO, Wyllma Rodrigues dos Santos; COIMBRA, Mayanny Araujo; BATISTA, Jefferson Felipe Calazans; MATOS, Maria Laura Sales da Silva; PEREIRA, Debora Lorena Melo. **Processos de validação de instrumentos para área da saúde**. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 24, n. 2, 2024. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e14695.2024>

OLIVEIRA, Sidney Rafael Gomes de. Cuidados de enfermagem à parturiente no centro obstétrico: protocolo assistencial para o trabalho de parto humanizado.

2023. 109 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Práticas de Saúde e Educação) — Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Escola de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade, Natal, 2023.

SANTOS, Andressa Thauany Charão dos; FIGUEIRA, Maura Cristiane e Silva; RIBEIRO, Karina Angélica Alvarenga; OLIVEIRA, Vinícius Soares de; ANASTÁCIO, Thaís de Oliveira. **Atuação da equipe de enfermagem no parto humanizado: revisão integrativa.** *Revista Ciência Plural*, v. 10, n. 3, p. 1-15, 2024.

SHINKAI, Michelle Prudencio. *Desenvolvimento de uma tecnologia para sistematização da assistência de enfermagem à mulher no trabalho de parto e parto.* 2022. 235 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Fortaleza, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 516/2016 – alterada pelas Resoluções COFEN nºs 524/2016 e 672/2021, de 27 jun. 2016. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016/>. Acesso em: 23 nov. 2025.

KOSLOSKE, Amanda da Costa; MORAES, Suellen da Rocha Lage; BATISTA, Josemar; SAGANSKI, Gabrielle Freitas. Papel do enfermeiro obstetra durante o trabalho de parto: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, [online], v. 13, n. 1, e202406, nov./mar. 2024. DOI: 10.18554/reas.v13i1.5911.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhor (a), eu, Rayanne Marcela Mendonça Meirelles, discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**Validação dos indicadores empíricos para construção de um instrumento digital para monitorização da parturiente**”, sob orientação da Prof.^a Ma. Amanda Benício da Silva.

A presente pesquisa tem como objetivo geral: Validar os indicadores para monitorização clínica da parturiente com base na teoria das necessidades humanas básicas para construção de um instrumento digital. Tem como objetivos específicos: ajustar os indicadores e parâmetros utilizados na monitorização e avaliação da parturiente; caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa.

A sua colaboração é de fundamental importância para viabilização da presente pesquisa, sendo esta participação voluntária e, portanto, não é obrigado fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, você não sofrerá nenhum tipo de prejuízo.

Vale ressaltar que a participação na presente pesquisa, não acarretará a você, nenhum tipo de dano aparente. A pesquisa ocorrerá conforme estabelece a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde que disciplina as pesquisas que envolvem seres humanos, assim como o que preceitua a Resolução COFEN 564/2017, que institui o código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e também a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que determina diretrizes para as ciências humanas e sociais, como também inclui a pesquisa como prática do profissional de enfermagem.

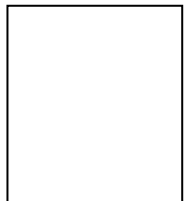
Toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve algum risco para o participante. Como possíveis riscos podemos citar: condição psicológica afetada caso alguma pergunta do formulário gere constrangimento; a participante presumir que a pesquisa gerou risco e achar que as informações pessoais não estão seguras, portanto, apresenta riscos mínimos. Para corrigir ou minimizar esses riscos, serão adotadas medidas como explicar as perguntas para que não haja dúvidas e garantir a ao profissional o anonimato de suas informações pessoais. Devido às medidas que serão tomadas, os riscos dessa pesquisa são considerados mínimos. Como benefícios resultantes dessa pesquisa é que irá proporcionar a expansão do conhecimento científico e tornar o atendimento à gestante mais dinâmico e efetivo, além de otimizar o trabalho dos profissionais que às assistem contribuindo assim para fortalecer condutas do processo de enfermagem nas maternidades. Ressaltamos que os dados serão coletados através de um formulário, onde você responderá algumas perguntas relacionadas a seus dados pessoais e questionamentos sobre os objetivos propostos da pesquisa e os mesmos farão parte de um Trabalho de Conclusão de Curso, podendo ser divulgados em eventos científicos, periódicos e outros, tanto a nível local, nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em total sigilo.

Os dados coletados por meio dos formulários online serão armazenados no Google Drive. O acesso será restrito exclusivamente à pesquisadora responsável pela pesquisa, mediante login e senha individual. Não haverá compartilhamento de credenciais. Os dados serão armazenados pelo período de 5 anos após a conclusão da pesquisa, em conformidade com as diretrizes éticas da área de saúde (Resolução CNS nº 466/2012). Após esse prazo, os arquivos digitais serão deletados de forma definitiva, incluindo lixeira e backups, para garantir a irreversibilidade da exclusão. O pesquisador responsável será o guardião oficial dos dados, respondendo pela confidencialidade, integridade e correta exclusão ao final do prazo estabelecido.

Eu, _____, participante da presente pesquisa, diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente do objetivo e da finalidade da pesquisa, bem como o direito de desistir em qualquer momento da mesma, sem que isso possa trazer qualquer prejuízo. Dou o meu consentimento para publicação dos resultados da mesma em qualquer evento científico ou publicações oficiais, nacionais ou internacionais.

João Pessoa – PB, ____ de _____ de 2025.

Assinatura da pesquisadora responsável



Assinatura do participante da pesquisa/Testemunha

¹Pesquisadora Responsável: Endereço - Frei Galvão, 12 Gramame - João Pessoa. CEP: 58064-000 – Paraíba. Fone/Fax: (83) 987574923. E-mail: amandabenicio.silva@facene.com.br

²Endereço do CEP: Frei Galvão, 12 Gramame - João Pessoa. CEP 58064-000 – Paraíba. Fone/Fax: (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PARTE 1 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA		
1 – Idade:		
<input type="checkbox"/> 20 a 25 anos	<input type="checkbox"/> 46 a 55 anos	
<input type="checkbox"/> 26 a 35 anos	<input type="checkbox"/> 56 anos ou mais	
<input type="checkbox"/> 36 a 45 anos		
2- Sexo:		
<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Prefere não informar
3- Maior nível de escolaridade concluído:		
<input type="checkbox"/> Especialização	<input type="checkbox"/> Mestrado	
<input type="checkbox"/> Doutorado	<input type="checkbox"/> Pós doutorado	
4- Tempo na área de obstetrícia:		
<input type="checkbox"/> Até 5 anos	<input type="checkbox"/> Entre 6 e 10 anos	
<input type="checkbox"/> 11 e 15 anos	<input type="checkbox"/> Mais de 16 anos	
5- Local de atuação principal:		
<input type="checkbox"/> Maternidade pública	<input type="checkbox"/> Clínica privada	
<input type="checkbox"/> Maternidade privada	<input type="checkbox"/> Universidade Pública	
<input type="checkbox"/> Universidade privada		
6- Ano de conclusão do curso:		
Resposta aberta:		

PARTE 2 - FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DOS INDICADORES					
Indicador	Instrumento para suprir a necessidade	Não relevante	Necessita de grande revisão para ser representativo	Necessita de pequena revisão para ser representativo	Relevante
Necessidade de oxigenação					
Cianose	Relógio inteligente				
Dispneia	Relógio inteligente				
Cansaço	Relógio inteligente				
Fadiga	Relógio inteligente				
Agitação	Inspeção				
irritabilidade	Inspeção				
hemorragia	Avaliação de enf.				
hiperemia	Avaliação de enf.				

Taquipneia	Relógio inteligente				
Bradipneia	Relógio inteligente				
Apneia	Relógio inteligente				
Formigamento nos membros	Avaliação de enf.				
Tontura	Avaliação de enf.				
Profundidade da respiração	Avaliação de enf.				
Frequência respiratória	Relógio inteligente				
Hipóxia fetal					
Necessidade De Hidratação					
Desidratação	Avaliação de enf.				
Constipação	Avaliação de enf.				
Desconforto e restrição de movimentos	Relógio inteligente				
Hiponatremia	Avaliação de enf.				
Hiperglicemia	Sensor de glicose				
Hipoglicemia reativa	Sensor de glicose				
Ressecamentos	Avaliação de enf.				
Oleosidades	Avaliação de enf.				
Sudorese	Avaliação de enf.				
Turgor cutâneo	Avaliação de enf.				
Prega cutânea	Avaliação de enf.				
Necessidade De Nutrição					
Jejum	Sensor de glicose				
Tipos de dietas	Avaliação de enf.				
Oferta de alimento por via oral	Avaliação de enf.				

Necessidade De Eliminação					
Aumento do desejo miccional	Avaliação de enf.				
Aumento do desejo de evacuar	Avaliação de enf.				
Descolamento de placenta, descida e expulsão da placenta	Avaliação de enf.				
Hemorragia no pós parto imediato	Relógio inteligente (alteração dos sinais vitais)				
Necessidade de locomoção					
Deambulação	Avaliação de enf.				
Contrações mais eficazes	Avaliação de enf.+ relógio				
Alívio da dor	Avaliação de enf.+ relógio				
Mecânica Corporal					
Posições adequadas	Avaliação de enf.				
Integridade Física					
Características da pele (Integridade, coloração, turgor, textura, umidade)	Avaliação de enf.				
Condição das mamas	Avaliação de enf.				
Integridade da mucosa	Avaliação de enf.				
Presença de lesões e lacerações	Avaliação de enf.				
Integridade tecidual das lesões	Avaliação de enf.				
Sexualidade E Reprodução					

Descolamento da placenta	Avaliação de enf.				
Retenção de restos placentários	Avaliação de enf.				
Padrão das contrações uterinas	Avaliação de enf.				
Vitalidade fetal	Avaliação de enf.				
Palpação do fundo do útero	Avaliação de enf.				
Frequência, a duração, a intensidade e o tônus uterino	Avaliação de enf. + Relógio (alteração dos SSVV)				
Atividade uterina: avaliações dos níveis de dor e comportamentos de enfrentamento demonstrados	Avaliação de enf.				
Condição fetal	Avaliação de enf.				
Posição e a altura da apresentação fetal	Avaliação de enf.				
Dilatação e grau de apagamento do colo do útero,	Avaliação de enf.				
Estado das membranas (íntegras ou rotas)	Avaliação de enf.				
Manobras de Leopold	Avaliação de enf.				
Risco de queda	Avaliação de enf.				
Resposta fetal	Avaliação de enf.				
Frequência cardíaca fetal	Sonar				
Coloração, odor e volume de	Avaliação de enf.				

Líquido amniótico.					
Hipoglicemia materna prolongada	Sensor contínuo de glicose				
Acidose fetal	Avaliação de enf.				
Agentes anestésicos (epidurais ou medicações)	Avaliação de enf.				
Compressão prolongada do cordão umbilical	Avaliação de enf.				
Asfixia fetal	Sonar + Avaliação de enf.				
Amnionite	Avaliação de enf.				
Prematuridade	Avaliação de enf.				
Infecção fetal	Avaliação de enf.				
Hipoxemia crônica	Relógio inteligente				
Anomalias congênitas	Avaliação de enf.				
Necessidade de Regulação Neurológica					
Atividade psicomotora	Avaliação de enf.				
Estado geral	Avaliação de enf.				
Estado mental	Avaliação de enf.				
Nível de consciência	Avaliação de enf.+ Relógio inteligente				
Necessidade de Regulação Vascular					
Pressão Arterial	Relógio inteligente				
Hipertensão gestacional	Relógio inteligente				
Proteinúria	Avaliação de enf.				
Bradycardia	Relógio inteligente				

Hemorragia (Local e volume)	Avaliação de enf.				
Edema (grau +/++++)	Avaliação de enf.				
Fatores de risco para disfunção neurovascular periférica	Avaliação de enf.				
Perfusão tecidual	Avaliação de enf.				
Sinais de choque	Avaliação de enf. + relógio inteligente				
Necessidade de Regulação Térmica					
Temperatura	Relógio inteligente				
Febre materna	Relógio inteligente				
Hipotermia materna	Relógio inteligente				
Hipotermia fetal	Avaliação de enf.				
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS					
Necessidade de segurança					
Disponibilidade e acessibilidade a serviços de saúde	Anamnese				
Acesso à informação e das redes de apoio	Anamnese				
Informações sobre o progresso no trabalho de parto	Anamnese				
Espaço para a gestante expressar seus desejos e necessidades para os demais	Anamnese				
Necessidade de Comunicação					

Autoestima	Anamnese				
Apoio	Anamnese				
Conforto	Anamnese				
Confiança	Anamnese				
Segurança e satisfação	Anamnese				
Excelência no cuidado	Anamnese				
Respeito, nas esferas física, psíquica, cultural, espiritual, social e intelectual, física, mental	Anamnese				
A informação e a decisão informada.	Anamnese				
Necessidade de Participação					
Tomada de decisão	Anamnese + Avaliação de enf.				
Empoderamento	Anamnese + Avaliação de enf.				
Protagonismo no trabalho de parto.	Anamnese + Avaliação de enf.				
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS					
Aspectos culturais	Anamnese + Avaliação de enf.				
Aspectos espirituais	Anamnese + Avaliação de enf.				
Aspectos Psicológicos	Anamnese + Avaliação de enf.				

APÊNDICE C
Instrumento com os indicadores validados

4- Identificação

Nome:		Idade:	
Enfermaria:	Nº Prontuário:	Admissão: / /	Procedência:
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Escolaridade:	Data de Nascimento: / /	
Endereço:		Cidade	
Telefone:			
Nome acompanhante:			

5- SSVV – Sinais Vitais

T ____ C°	Fr ____ irpm	Pa ____ mmHg	Fc ____ bpm	Fc ____ bpm	Peso ____ kg	Altura:
-----------	--------------	--------------	-------------	-------------	--------------	---------

6- Avaliação das Necessidades humanas básicas:

Necessidade de oxigenação
<input type="checkbox"/> Tontura <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Hipóxia Fetal
Necessidade de hidratação
<input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Hipoglicemia reativa <input type="checkbox"/> Prega cutânea <input type="checkbox"/> Constipação, desconforto e restrição de movimentos <input type="checkbox"/> Hiperglicemia
Necessidades de Nutrição:
<input type="checkbox"/> Jejum Quantas horas: _____
Necessidades de Eliminação:
<input type="checkbox"/> Aumento do desejo miccional <input type="checkbox"/> Aumento do desejo de evacuar <input type="checkbox"/> Hemorragia no pós parto
<input type="checkbox"/> Descolamento, descida e expulsão da placenta
Necessidades de locomoção e mecânica corporal
<input type="checkbox"/> Deambulação <input type="checkbox"/> Contrações mais eficazes <input type="checkbox"/> Alívio da dor
<input type="checkbox"/> Posição: _____
Integridade física:
Lesões e lacerações: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Local / Aspecto: _____
Características da pele: _____

Integridade da mucosa: _____

Sexualidade e reprodução:

- Descolamento da placenta Retenção de restos placentários Acidose fetal
- Compressão prolongada do cordão umbilical Prematuridade
- Anomalias congênicas

Padrão das contrações uterinas: _____

Vitalidade fetal: _____

Dilatação: _____

Grau de apagamento do colo do útero: _____

FC fetal: _____

Necessidade de Regulação Neurológica

Estado geral: Bom Regular Mau

Estado mental: _____

Nível de consciência: _____

Necessidade de Regulação vascular

- Pressão Arterial Proteinúria Bradicardia

Perfusão tecidual: Presente Ausente

Hemorragia (Local e volume): _____

Edema (grau +/-): _____

Sinais de choque: _____

Necessidade de regulação térmica

- Hipotermia fetal: _____

Necessidade de segurança

- Disponibilidade e acessibilidade a serviços de saúde

Necessidade de comunicação

- Segurança e satisfação

Necessidade de participação

<input type="checkbox"/> Empoderamento	
Necessidade psicoespirituais	
<input type="checkbox"/> Aspectos espirituais: _____	
<input type="checkbox"/> Aspectos psicológicos: _____	
OBSERVAÇÕES: _____ _____ _____	
Enfermeira:	
Coren:	Data: / /

ANEXO

Link Google Forms

<https://docs.google.com/forms/d/1yTZ9vgrBmXyUTBp16-Cbd6gVmWxYD0v7TswXgsfktBM/edit?pli=1>