

Figura 4 – Instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem para a consulta de enfermagem ao idoso com depressão no ambulatório de psiquiatria do Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW/UFPB.

 <p>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY-UFPB</p>	<p style="text-align: center;">DIVISÃO DE ENFERMAGEM Sistematização da Assistência de Enfermagem da Psiquiatria Histórico de Enfermagem</p>		
1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
<p>Nome: _____ Idade: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Sexo: _____ Profissão: _____ Religião: _____ Naturalidade: _____ _____ Cidade: _____ Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Outros _____ Cartão do SUS: _____ Número do Prontuário: _____ Escolaridade: _____ Número de filhos: _____ Renda familiar: _____ _____ Pessoas residentes no domicílio: <input type="checkbox"/> Cônjuge/companheiro <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> Sozinho (a) <input type="checkbox"/> Outros _____ Data do exame: ____ / ____ / ____</p>			
2 CONDIÇÕES GERAIS			
<p>Queixa principal: _____ _____ Antecedentes: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> ICC <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Outros _____ _____ Hábitos e Comportamentos: Tabagismo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Alcoolismo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Uso de medicamentos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Qual (is)?- _____ _____ Alergias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Especificar: _____ Cirurgia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Qual (is)? _____ _____ Antecedentes familiares: _____</p>			
3 EXAME FÍSICO			
T: _____ °C	FR: _____ irpm	PA: _____ mmHG	Sat: _____ %
P: _____ bpm	Peso: _____ Kg	Alt: _____ m	CA: _____ cm
4 AVALIAÇÃO FUNCIONAL – ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA			
<p>AVD Básicas: (1) Independente (2) Dependente (3) Necessita de ajuda () Alimentação () Banho () Vestir () Asseio corporal () Controle vesical () Controle anal () Deambulação () Uso do vaso sanitário () Mudança da cadeira – cama</p>			
<p>AVD Instrumentais: (1) Independente (2) Dependente (3) Necessita de ajuda () Fazer compras () Cozinhar () Cuidar da casa () Usar meios de transportes () Capaz de tomar sua medicação () Cuidar de suas finanças</p>			
<p>AVD Avançadas: Participa de grupos sociais: () Sim () Não Participa de grupos religiosos: () Sim () Não Realiza atividades de recreação/lazer: () Sim () Não Tipo/local/frequência: _____ Como ocupa o tempo livre: _____</p>			
5 AVALIAÇÃO COGNITIVA			
<p>(1) Responde corretamente (2) Responde em parte (3) Não sabe Memória: () Dia de hoje () Dia da semana () Idade () Data de nascimento Orientação: () Local onde se encontra () Endereço Informações sobre fatos cotidianos: () Nome do presidente do Brasil () Nome do prefeito da sua cidade Capacidade de cálculo: () Contar de três em três () Realizar cálculo simples</p>			
NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS			
OXIGENAÇÃO			
<p>Respiração: <input type="checkbox"/> Eupneico (a) <input type="checkbox"/> Dispneico (a) <input type="checkbox"/> Bradpneico (a) <input type="checkbox"/> Taquipneico (a) Ausculta pulmonar: <input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Estertores <input type="checkbox"/> Creptos <input type="checkbox"/> Sibilos Tosse: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Presente Secreção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Característica da secreção: _____ Cianose: <input type="checkbox"/> Labial <input type="checkbox"/> Ungueal</p>			
HIDRATAÇÃO			
<p>Estado de hidratação: <input type="checkbox"/> Hidratado (a) <input type="checkbox"/> Desidratado (a) Ingestão hídrica: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Reduzida Restrição hídrica: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____ ml</p>			
NUTRIÇÃO			
<p>Estado nutricional: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Obeso <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético Intolerância alimentar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Ingesta alimentar: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hiperfagia <input type="checkbox"/> Hipofagia Dificuldade para deglutir: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Perca de peso nos últimos 06 meses: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>			

ELIMINAÇÃO	
Eliminação intestinal: []Sim []Não Constipação intestinal: []Sim []Não Esforço ao evacuar: []Sim []Não	Uso de laxantes: []Sim []Não Eliminação vesical: Espontânea: []Sim []Não Retenção urinária: []Sim []Não
Incontinência urinária: []Sim []Não []IU de esforço []IU de emergência Aspecto da urina: []Normal []Alterada	Odor: []Normal []Fétida Cor: _____ Distúrbios miccionais: []Polaciúria []Poliúria []Nictúria []Anúria []Disúria
Necessidade de urinar novamente: []Sim []Não Perda pós miccional: []Sim []Não	
SONO E REPOUSO	
Sono: []Satisfatório []Prejudicado []Insônia []Sonolência Auxiliares do sono: []Sim []Não Horas de sono: _____	Perturbadores do sono: []Barulho []Luz []Celular []Sesta []Trabalho noturno
ATIVIDADE FÍSICA	
Deambula: []Sim []Não Atividade física: []Sim []Não Restrição de movimento: []Atrofia []Deficiência física []Deformidade óssea []Distúrbio na marcha []Desvio de coluna []Dor ao movimento	Auxílio para locomoção: []Cadeira de roda []Andador []Bengala []Muleta
CUIDADO CORPORAL	
Realiza o autocuidado: []Sim []Não Higiene corporal: []Preservada []Prejudicada	Higiene oral: []Preservada []Prejudicada []Gengivite []Cárie []Língua saburrosa []Halitose []Dentes quebrados []Lesões
Uso de prótese dentária: []Sim []Não	Higiene do couro cabeludo: []Limpo []Sujo []Pediculose []Seborréia []Lesões
INTEGRIDADE FÍSICA	
Coloração da pele: []Normocorada []Hipocorada []Hipercorada []Icterícia []Pálida []Manchas []Irritação cutânea []Pele seca []Prurido	Condições da pele: []Nódulo []Tumor []Bolha []Equimose []Petéquias []Eritema []Hematoma []Erisipela []Celulite
Localização: _____ Turgor e elasticidade: []Normal []Diminuído Mucosa: []Úmida []Ressecada []Lesão	
REGULAÇÃO TÉRMICA	
[]Normotérmica []Hipotérmica []Hipertérmica []Tremores []Calafrio []Sudorese	
REGULAÇÃO VASCULAR	
[]Normotenso []Hipertenso []Hipotenso Perfusão Periférica: []Preservada []Diminuída	Rede Vascular Periférica: []Preservada []Comprometida Doença cardiovascular: []Sim []Não
Qual? _____	
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA	
Nível de consciência: []Consciente []Inconsciente []Orientado []Desorientado []Delírios	Responde a estímulos: []Verbais []Sensitivos []Cefaleia []Intoxicação []Capacidade de atenção e julgamento
Doença cerebral: []Sim []Não Crises convulsivas: []Sim []Não	
PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS OLFATIVO, VISUAL, AUDITIVO, TÁTIL, GUSTATIVO, DOLOROSO/COMUNICAÇÃO	
Condição da visão: Olhos: []Simétricos []Assimétricos Perca da visão: []Sim []Não Uso de óculos: []Sim []Não	Capacidade de focalizar objetos a longa distância: []Sim []Não Aspectos das conjuntivas: _____
Condição da audição: []Normal []Diminuída Uso de prótese: []Sim []Não Zumbido: []Sim []Não	Comunicação: []Presente []Ausente []Diminuída Paladar: []Presente []Ausente []Reduzido
Olfato: []Presente []Ausente Sensibilidade tátil: []Sim []Não Sensibilidade à dor: []Sim []Não	Apresenta dor: []Sim []Não Localização e frequência da dor: _____
SEGURANÇA FÍSICA/MEIO AMBIENTE/ESPAÇO	
Tipo de moradia: []Alvenaria []Outros: _____ Número de cômodos: ____ Quarto exclusivo: []Sim []Não	Ambiente seguro: []Sim []Não Barreiras arquitetônicas da casa: []Degraus []Portas estreitas
Banheiro sem suporte: []Sim []Não Tapetes: []Sim []Não Piso escorregadio: []Sim []Não	Iluminação adequada: []Sim []Não Número de pessoas que residem no lar: ____ Saneamento básico: []Sim []Não
Coleta de lixo: []Sim []Não Higiene do lar: []Boa []Regular []Ruim	
AMOR E ACEITAÇÃO/ATENÇÃO/GREGÁRIA/AUTO-IMAGEM/AUTO-ESTIMA, AUTOCONFIANÇA E AUTO-RESPEITO/SEGURANÇA EMOCIONAL	
Sentimentos e comportamentos: []Felicidade []Confiança [] Enfrentamento []Medo []Valoriza-se []Agressividade []Aceita as modificações físicas []Estabilidade emocional [] Agitação []Ansiedade []Apatia []Choro []Depressão []Irritabilidade []Insegurança []Verbaliza ausência de familiares []Evita familiares []Amado pela família []Conflito com a família []Tem amigos [] Isolamento social	
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE/ APRENDIZAGEM/ TERAPÊUTICA/ LIBERDADE E PARTICIPAÇÃO	
Recebe ações educativas sobre promoção da saúde (escola, família, comunidade, igreja, sistema de saúde): []Sim []Não []Procura o tratamento adequado Conhece seu estado de saúde: []Sim []Não Participa do regime terapêutico: []Sim []Não Situações que interferem na não adesão do regime terapêutico: _____	
Sugestão para o plano de cuidados: _____ []Uso de fumo []Uso de álcool []Uso de drogas	
RECREAÇÃO E LAZER/CRIATIVIDADE/AUTO-REALIZAÇÃO	

<input type="checkbox"/> Usa meios eletrônicos para comunicação <input type="checkbox"/> Participa de atividades de recreação <input type="checkbox"/> Praticar esportes <input type="checkbox"/> Desenvolve trabalhos manuais ou que use a criatividade		
NECESSIDADE DE RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE		
Religião: _____ <input type="checkbox"/> Necessita de um líder espiritual ou atividades religiosas _____		
IMPRESSÕES DA ENFERMEIRA, INTERCORRÊNCIAS OU OBSERVAÇÕES:		
Enfermeira:	COREN:	Data: ____/____/____
DIAGNÓSTICOS/ RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	EVOLUÇÃO
NECESSIDADE DE OXIGENAÇÃO		
<input type="checkbox"/> Padrão respiratório alterado <input type="checkbox"/> Troca de gases prejudicada <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada <input type="checkbox"/> Tosse seca <input type="checkbox"/> Tosse persistente <input type="checkbox"/> Tosse produtiva <input type="checkbox"/> Expectoração insuficiente <input type="checkbox"/> Expectoração produtiva <input type="checkbox"/> Limpeza ineficaz das vias aéreas <input type="checkbox"/> Coriza	<input type="checkbox"/> Realizar ausculta pulmonar <input type="checkbox"/> Avaliar padrão respiratório <input type="checkbox"/> Avaliar perfusão periférica <input type="checkbox"/> Observar secreções respiratórias <input type="checkbox"/> Ensinar técnica de tossir para expectoração <input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de líquidos <input type="checkbox"/> Orientar exercícios respiratórios <input type="checkbox"/> Instituir medidas de redução no nível de ansiedade	
NECESSIDADE DE HIDRATAÇÃO		
<input type="checkbox"/> Ingestão de líquidos prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de desidratação <input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Hidratação da pele diminuída <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de líquidos <input type="checkbox"/> Desequilíbrio de líquidos <input type="checkbox"/> Risco de volume de líquidos prejudicado <input type="checkbox"/> Volume de líquidos prejudicado <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de eletrólitos <input type="checkbox"/> Desequilíbrio de eletrólitos <input type="checkbox"/> Ascite <input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Avaliar sinais clínicos de desidratação ou excesso de líquidos <input type="checkbox"/> Avaliar ingestão hídrica <input type="checkbox"/> Estimular ingestão de líquidos <input type="checkbox"/> Restringir líquidos <input type="checkbox"/> Avaliar diurese <input type="checkbox"/> Monitorar exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Monitorar o nível de consciência <input type="checkbox"/> Desestimular consumo de sódio, bebidas ou medicações diuréticas <input type="checkbox"/> Elevar membros inferiores	
NECESSIDADE DE NUTRIÇÃO		
<input type="checkbox"/> Ingestão de alimentos insuficiente <input type="checkbox"/> Déficit de autocuidado para alimentar-se <input type="checkbox"/> Condição nutricional prejudicada <input type="checkbox"/> Baixo peso corporal <input type="checkbox"/> Caquexia <input type="checkbox"/> Ingestão de alimentos excessiva <input type="checkbox"/> Sobrepeso <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Deglutição prejudicada <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Encaminhar o paciente para avaliação nutricional <input type="checkbox"/> Estimular o paciente a aderir à dieta alimentar <input type="checkbox"/> Orientar a dieta de paciente com restrições alimentares <input type="checkbox"/> Estimular o paciente a controlar situações que desencadeiam o aumento de apetite <input type="checkbox"/> Identificar as causas da diminuição do apetite <input type="checkbox"/> Promover a redução da ansiedade <input type="checkbox"/> Avaliar condições de deglutição <input type="checkbox"/> Avaliar as condições da cavidade oral <input type="checkbox"/> Investigar preferências alimentares do paciente	
NECESSIDADE DE ELIMINAÇÃO		

<input type="checkbox"/> Motilidade intestinal prejudicada <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Eliminação intestinal prejudicada <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Incontinência intestinal <input type="checkbox"/> Incontinência urinária <input type="checkbox"/> Retenção urinária <input type="checkbox"/> Enurese <input type="checkbox"/> Eliminação urinária reduzida <input type="checkbox"/> Eliminação urinária aumentada <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Transpiração excessiva <input type="checkbox"/> Secreção vaginal <input type="checkbox"/> Secreção anormal da mama	<input type="checkbox"/> Auscultar ruídos hidroaéreos e avaliar peristalse <input type="checkbox"/> Identificar fatores que possam contribuir para a constipação/diarreia <input type="checkbox"/> Identificar uso de medicamentos que modificam a consistência do material fecal <input type="checkbox"/> Encorajar o paciente a ter hábitos alimentares saudáveis <input type="checkbox"/> Estimular uma maior ingestão líquida <input type="checkbox"/> Encorajar a deambulação <input type="checkbox"/> Manter higiene íntima/oral/corporal <input type="checkbox"/> Averiguar quanto ao uso de medicamentos que aumentam/diminuem a eliminação urinária <input type="checkbox"/> Investigar déficits sensoriais cognitivos <input type="checkbox"/> Ensinar ao paciente os sinais e sintomas de infecção do trato urinário <input type="checkbox"/> Proporcionar privacidade para o uso do sanitário <input type="checkbox"/> Orientar exercícios pélvicos <input type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes do vômito <input type="checkbox"/> Monitorar os sinais de desidratação <input type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da transpiração excessiva	
NECESSIDADE DE SONO E REPOUSO		
<input type="checkbox"/> Dificuldade de adormecer <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sono e repouso prejudicados <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Privação do sono <input type="checkbox"/> Fadiga	<input type="checkbox"/> Identificar o motivo da perturbação do sono <input type="checkbox"/> Orientar o paciente a manter regularidade nos horários de deitar e acordar <input type="checkbox"/> Ensinar técnica de relaxamento para dormir <input type="checkbox"/> Desencorajar sono diurno <input type="checkbox"/> Propiciar ambiente calmo, livre de estímulos estressores e seguro <input type="checkbox"/> Orientar a limitação da ingestão de cafeína após o meio da tarde <input type="checkbox"/> Orientar quanto à prática de atividades físicas durante o dia <input type="checkbox"/> Planejar os horários da medicação para possibilitar o máximo de repouso <input type="checkbox"/> Monitorar risco de depressão respiratória	
NECESSIDADE DE ATIVIDADE FÍSICA		
<input type="checkbox"/> Atividade psicomotora prejudicada <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Capacidade para transferência prejudicada <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Intolerância à atividade física <input type="checkbox"/> Sedentarismo <input type="checkbox"/> Destreza manual inadequada <input type="checkbox"/> Fraqueza muscular <input type="checkbox"/> Paralisia dos membros <input type="checkbox"/> Habilidade alterada para movimentar-se em cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Exaustão do tratamento	<input type="checkbox"/> Avaliar condição psicomotora/cognitiva do paciente <input type="checkbox"/> Planejar as atividades do paciente dentro do nível de tolerância <input type="checkbox"/> Estimular a deambulação dentro de limites seguros <input type="checkbox"/> Orientar sobre equipamentos adjuvantes na transferência <input type="checkbox"/> Estimular o paciente a aderir ao tratamento clínico <input type="checkbox"/> Avaliar resultados dos exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Avaliar satisfação de sono e repouso <input type="checkbox"/> Planejar períodos de repouso e atividade <input type="checkbox"/> Promover condicionamento para as atividades rotineiras <input type="checkbox"/> Instruir o paciente para evitar quedas <input type="checkbox"/> Orientar a prevenção de lesão por pressão <input type="checkbox"/> Encaminhar o paciente ao serviço de fisioterapia	

NECESSIDADE DE SEXUALIDADE		
<input type="checkbox"/> Atividade sexual insatisfatória <input type="checkbox"/> Comportamento sexual inadequado <input type="checkbox"/> Disfunção sexual	<input type="checkbox"/> Encorajar a verbalização de preocupações, dúvidas e ansios <input type="checkbox"/> Aconselhar considerando os aspectos culturais, sociais, mitos e tabus <input type="checkbox"/> Esclarecer que situações de stress, adoecimento e processo de envelhecimento podem interferir na função sexual <input type="checkbox"/> Orientar para a mudança no padrão da sexualidade <input type="checkbox"/> Orientar sobre os efeitos de medicamentos na atividade sexual	
NECESSIDADE DE SEGURANÇA FÍSICA E DO MEIO AMBIENTE		
<input type="checkbox"/> Imunização deficiente <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Risco de aspiração <input type="checkbox"/> Risco de acidente doméstico <input type="checkbox"/> Risco de envenenamento <input type="checkbox"/> Risco de suicídio <input type="checkbox"/> Risco de quedas <input type="checkbox"/> Risco de sufocação <input type="checkbox"/> Risco de trauma <input type="checkbox"/> Risco de lesão <input type="checkbox"/> Risco de ferimentos <input type="checkbox"/> Risco de agressão <input type="checkbox"/> Risco de violência <input type="checkbox"/> Violência doméstica <input type="checkbox"/> Violência física <input type="checkbox"/> Abuso de álcool <input type="checkbox"/> Abuso de drogas <input type="checkbox"/> Tabagismo	<input type="checkbox"/> Verificar o cartão de vacina do idoso <input type="checkbox"/> Orientar o paciente quanto à importância da imunização <input type="checkbox"/> Identificar fatores de risco, sinais e sintomas da infecção <input type="checkbox"/> Instruir sobre os cuidados necessários com o local de descontinuidade da pele, para evitar infecção <input type="checkbox"/> Avaliar cicatrização da ferida <input type="checkbox"/> Avaliar estado nutricional <input type="checkbox"/> Monitorar exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Monitorar sinais de intoxicação <input type="checkbox"/> Oferecer ambiente seguro para a prática da deambulação <input type="checkbox"/> Orientar o paciente para mastigar bem os alimentos <input type="checkbox"/> Orientar a remoção da prótese dentária em pacientes com rebaixamento no nível de consciência <input type="checkbox"/> Prevenir quedas <input type="checkbox"/> Prevenir trauma mecânico <input type="checkbox"/> Ensinar medidas de segurança <input type="checkbox"/> Vigiar risco de suicídio <input type="checkbox"/> Retirar do ambiente objetos que possam oferecer riscos ao paciente <input type="checkbox"/> Encaminhar paciente para o serviço de psicologia <input type="checkbox"/> Vigiar risco de agressão <input type="checkbox"/> Comunicar risco de agressão do paciente <input type="checkbox"/> Comunicar situações de violência para a autoridade competente <input type="checkbox"/> Orientar a evitar comportamentos de risco <input type="checkbox"/> Orientar a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis	
NECESSIDADE DE CUIDADO CORPORAL E AMBIENTAL		
<input type="checkbox"/> Capacidade de autocuidado prejudicada <input type="checkbox"/> Capacidade inadequada para executar a higiene pessoal <input type="checkbox"/> Higiene inadequada <input type="checkbox"/> Capacidade para ir ao banheiro prejudicada <input type="checkbox"/> Capacidade para vestir-se e despir-se prejudicada <input type="checkbox"/> Manutenção da casa inadequada	<input type="checkbox"/> Estimular o paciente nas atividades da vida diária conforme o nível de capacidade <input type="checkbox"/> Orientar a família e o cuidador da importância de estimular o autocuidado <input type="checkbox"/> Orientar o cuidador a oferecer assistência até que o paciente esteja totalmente capacitado para assumir o autocuidado <input type="checkbox"/> Estimular hábitos diários de higiene <input type="checkbox"/> Manter o ambiente seguro, sem obstáculos <input type="checkbox"/> Promover adequação do ambiente as restrições fisiológicas (cadeira de rodas, assento sanitário com apoio)	

	<input type="checkbox"/> Orientar a providências de segurança no banheiro (piso antiderrapante, barra para as mãos) <input type="checkbox"/> Orientar a utilização de recursos no banho de aspersão (apoio e cadeirinha)	
NECESSIDADE DE INTEGRIDADE FÍSICA		
<input type="checkbox"/> Coloração da pele alterada <input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Pele seca <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Lesão por pressão <input type="checkbox"/> Ferida infectada <input type="checkbox"/> Necrose <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Mucosa oral alterada <input type="checkbox"/> Mucosa ocular prejudicada	<input type="checkbox"/> Orientar sobre a mudança de decúbito a cada duas horas <input type="checkbox"/> Avaliar a região afetada, quanto aspecto, coloração, tecido cicatricial, secreção, odor e tipo de curativo <input type="checkbox"/> Orientar o paciente para o curativo domiciliar <input type="checkbox"/> Orientar quanto à importância da higiene corporal <input type="checkbox"/> Encorajar para a ingestão adequada de nutrientes <input type="checkbox"/> Instruir quanto à hidratação da pele <input type="checkbox"/> Instruir quanto à ingestão de líquidos <input type="checkbox"/> Avaliar a causa do prurido <input type="checkbox"/> Orientar a aplicação de compressas frias para aliviar a irritação <input type="checkbox"/> Aplicar medicações tópicas após o banho <input type="checkbox"/> Orientar o aquecimento de membros se necessário <input type="checkbox"/> Realizar debridamento mecânico do material desvitalizado <input type="checkbox"/> Discutir a importância da higiene oral diária e dos exames periódicos dentários <input type="checkbox"/> Discutir a importância da higiene ocular diária	
NECESSIDADE DE REGULAÇÃO VASCULAR		
<input type="checkbox"/> Pressão arterial alterada <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Débito cardíaco prejudicado <input type="checkbox"/> Perfusão periférica prejudicada <input type="checkbox"/> Perfusão tissular ineficaz <input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável <input type="checkbox"/> Risco de hemorragia <input type="checkbox"/> Risco de sangramento <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Ascite <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Retenção de líquidos	<input type="checkbox"/> Atentar para queixas de tonturas <input type="checkbox"/> Atentar para alteração no nível de consciência <input type="checkbox"/> Ensinar técnicas de redução do stress <input type="checkbox"/> Controlar a pressão sanguínea <input type="checkbox"/> Identificar a utilização de medicamentos que aumentem a frequência cardíaca <input type="checkbox"/> Estimular atividade física de forma moderada <input type="checkbox"/> Orientar dieta hipossódica e hipoprotéica <input type="checkbox"/> Monitorar os sinais vitais <input type="checkbox"/> Avaliar a perfusão periférica <input type="checkbox"/> Avaliar cicatrização de ferida	
NECESSIDADE DE REGULAÇÃO TÉRMICA		
<input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input type="checkbox"/> Investigar a causa de hipertermia/hipotermia <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente ou o acompanhante os sinais precoces de hipertermia/hipotermia <input type="checkbox"/> Encorajar a ingestão de líquidos <input type="checkbox"/> Aplicar compressa fria nas regiões frontal, axilar e inguinal <input type="checkbox"/> Aplicar álcool na pele <input type="checkbox"/> Monitorar sinais vitais <input type="checkbox"/> Monitorar presença de cianose <input type="checkbox"/> Promover aquecimento do paciente	
NECESSIDADE DE REGULAÇÃO NEUROLÓGICA		
<input type="checkbox"/> Cognição prejudicada <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Confusão <input type="checkbox"/> Consciência prejudicada <input type="checkbox"/> Déficit de memória	<input type="checkbox"/> Avaliar a função cognitiva <input type="checkbox"/> Estimular o paciente a identificar stressores como situações, eventos e interações pessoais <input type="checkbox"/> Instituir medidas de segurança pessoal e ambiental	

<input type="checkbox"/> Delírio <input type="checkbox"/> Risco de confusão aguda <input type="checkbox"/> Atividade psicomotora alterada <input type="checkbox"/> Coordenação motora alterada	<input type="checkbox"/> Orientar o paciente quanto ao tempo e espaço <input type="checkbox"/> Usar gestos/objetos para aumentar a compreensão das comunicação verbais <input type="checkbox"/> Usar uma abordagem calma e sem pressa ao interagir com o paciente <input type="checkbox"/> Informar ao paciente toda a rotina diária <input type="checkbox"/> Monitorar exames laboartoriais (níveis séricos de amônia)	
NECESSIDADE DE SENSOPERCEPÇÃO		
<input type="checkbox"/> Alucinação <input type="checkbox"/> Orientação no tempo e no espaço prejudicada <input type="checkbox"/> Nível de consciência diminuído <input type="checkbox"/> Audição prejudicada <input type="checkbox"/> Visão prejudicada <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Dor crônica <input type="checkbox"/> Dor musculoesquelética <input type="checkbox"/> Dor fantasma <input type="checkbox"/> Enxaqueca <input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Estabelecer relação de confiança interpessoal com o paciente <input type="checkbox"/> Providenciar orientação sobre a realidade <input type="checkbox"/> Manter ambiente seguro <input type="checkbox"/> Evitar a frustração do paciente com perguntas sobre orientação que ele não pode responder <input type="checkbox"/> Fornecer com frequência informações básicas (lugar, tempo e data) quando necessário <input type="checkbox"/> Falar devagar com clareza e concisão <input type="checkbox"/> Encorajar o paciente a expressar seus sentimentos sobre a perda da audição <input type="checkbox"/> Incentivar o uso de aparelhos de acordo com a necessidade (ex.: auditiva, visual) <input type="checkbox"/> Avaliar as características da eliminação urinária <input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de líquido para diminuir a concentração urinária <input type="checkbox"/> Incentivar a micção frequente a cada duas a três horas <input type="checkbox"/> Monitorar exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Orientar quanto à necessidade de higiene adequada <input type="checkbox"/> Considerar o tipo e a fonte da dor ao selecionar uma estratégia para seu alívio <input type="checkbox"/> Encorajar o paciente a monitorar a própria dor e a interferir nela adequadamente <input type="checkbox"/> Utilizar técnicas de prevenção de acidentes até que ocorra a adaptação com o ambiente <input type="checkbox"/> Fornecer estimulação sensorial usando o estímulo tátil, auditiva e gustativa na ajuda da perda da visão	
NECESSIDADE DE TERAPÉUTICA E DE PREVENÇÃO		
<input type="checkbox"/> Atitude conflituosa em relação ao cuidado <input type="checkbox"/> Capacidade de gerenciar o regime terapêutico prejudicada <input type="checkbox"/> Não adesão ao regime terapêutico <input type="checkbox"/> Exaustão relacionada ao plano terapêutico <input type="checkbox"/> Adesão inadequada ao regime de atividade física <input type="checkbox"/> Adesão inadequada ao regime dietético <input type="checkbox"/> Falta de resposta ao tratamento <input type="checkbox"/> Falta de suprimentos de alimentos <input type="checkbox"/> Função do sistema imunológico prejudicado	<input type="checkbox"/> Identificar os conflitos relacionados ao autocuidado <input type="checkbox"/> Conhecer a condição social em que o paciente se encontra inserido e adaptando a orientação de acordo com seu nível de cognição <input type="checkbox"/> Orientar o paciente acerca do regime terapêutico <input type="checkbox"/> Estimular a participação da família na orientação e na administração de medicações <input type="checkbox"/> Avaliar com a equipe se o tratamento proposto segue adequado a sua condição <input type="checkbox"/> Explicar ao paciente e familiares maneiras de ajudar na renda familiar <input type="checkbox"/> Incentivar alimentação adequada <input type="checkbox"/> Monitorar calendário vacinal	
NECESSIDADE DE COMUNICAÇÃO		
<input type="checkbox"/> Comunicação prejudicada	<input type="checkbox"/> Estimular comunicação verbal e não verbal	

<input type="checkbox"/> Comunicação familiar ineficaz	<input type="checkbox"/> Identificar barreiras de comunicação <input type="checkbox"/> Monitorar as mudanças no padrão da fala do paciente <input type="checkbox"/> Dar ao paciente a oportunidade de tomar decisões em relação aos cuidados	
NECESSIDADE DE GREGÁRIA		
<input type="checkbox"/> Falta de apoio social <input type="checkbox"/> Interação social prejudicada <input type="checkbox"/> Isolamento social <input type="checkbox"/> Solidão <input type="checkbox"/> Risco de desamparo <input type="checkbox"/> Relacionamento familiar inadequado	<input type="checkbox"/> Explicar/proteger os direitos do paciente <input type="checkbox"/> Promover suporte social <input type="checkbox"/> Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias <input type="checkbox"/> Fazer referência a terapia familiar <input type="checkbox"/> Garantir a continuidade do cuidado <input type="checkbox"/> Encorajar familiares a participarem dos cuidados	
NECESSIDADE DE RECREAÇÃO E LAZER		
<input type="checkbox"/> Acesso deficitário a atividade de recreação e lazer <input type="checkbox"/> Capacidade limitada para realizar atividades de recreação e lazer <input type="checkbox"/> Recursos materiais insuficientes para recreação e lazer	<input type="checkbox"/> Estimular a participação nas atividades recreativas oferecidas <input type="checkbox"/> Proporcionar atividades recreativas físicas e mentais <input type="checkbox"/> Explicar ao acompanhante a necessidade de atividades recreativas para redução da ansiedade <input type="checkbox"/> Encorajar recreação conforme tolerância <input type="checkbox"/> Incentivar a participação em atividades de recreação e lazer	
NECESSIDADE DE SEGURANÇA EMOCIONAL		
<input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Angústia <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Desesperança <input type="checkbox"/> Impotência <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Negação <input type="checkbox"/> Processo de luto <input type="checkbox"/> Tristeza	<input type="checkbox"/> Avaliar a orientação no tempo e no espaço <input type="checkbox"/> Avaliar as causas para a agitação <input type="checkbox"/> Avaliar o nível de consciência <input type="checkbox"/> Identificar e reduzir stressores ambientais <input type="checkbox"/> Ajudar o paciente a expressar seus sentimentos <input type="checkbox"/> Demonstrar técnicas de relaxamento <input type="checkbox"/> Ajudar o paciente a identificar as situações precipitantes de ansiedade <input type="checkbox"/> Encaminhar para avaliação psicológica <input type="checkbox"/> Atentar para o risco de suicídio <input type="checkbox"/> Ouvir atentamente o paciente, promovendo relação de confiança <input type="checkbox"/> Envolver em atividades lúdicas e de lazer <input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis dificuldades a serem enfrentadas nas relações sexuais <input type="checkbox"/> Monitorar o estado emocional do paciente <input type="checkbox"/> Desenvolver estratégias psicológicas para promover aceitação da situação de saúde <input type="checkbox"/> Estimular a identificação de estratégias pessoais de enfrentamento	
NECESSIDADE DE AMOR E ACEITAÇÃO		
<input type="checkbox"/> Aceitação do estado de saúde <input type="checkbox"/> Atitude familiar conflituosa <input type="checkbox"/> Apoio familiar inadequado <input type="checkbox"/> Desempenho de papel prejudicado <input type="checkbox"/> Bem-estar prejudicado	<input type="checkbox"/> Orientar a família sobre a doença <input type="checkbox"/> Orientar a importância do vínculo da família <input type="checkbox"/> Oferecer apoio emocional <input type="checkbox"/> Oportunizar que o paciente expresse os seus sentimentos	
NECESSIDADE DE AUTOESTIMA, AUTOCONFIANÇA E AUTORRESPEITO		
<input type="checkbox"/> Autoimagem negativa <input type="checkbox"/> Baixa autoestima <input type="checkbox"/> Identidade pessoal perturbada	<input type="checkbox"/> Ajudar o paciente a expressar seus sentimentos <input type="checkbox"/> Encorajar a pessoa a expressar os	

<input type="checkbox"/> Aceitação da condição pessoal <input type="checkbox"/> Sofrimento moral <input type="checkbox"/> Baixa confiança nos outros	sentimentos, especialmente sobre a forma como pensa ou vê a si mesma <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a perceber a necessidade de se cuidar <input type="checkbox"/> Estimular ações para o autocuidado	
NECESSIDADE DE LIBERDADE E PARTICIPAÇÃO		
<input type="checkbox"/> Capacidade familiar de gerenciar o regime prejudicada <input type="checkbox"/> Conflito familiar <input type="checkbox"/> Enfrentamento familiar prejudicado <input type="checkbox"/> Enfrentamento individual ineficaz <input type="checkbox"/> Processo familiar prejudicado <input type="checkbox"/> Negação do estado de saúde	<input type="checkbox"/> Orientar familiares quanto à doença e o tratamento <input type="checkbox"/> Orientar o paciente/família como gerenciar o regime terapêutico <input type="checkbox"/> Avaliar o impacto da situação de vida do paciente sobre papéis e relacionamentos familiares <input type="checkbox"/> Apoiar o paciente durante as fases de negação, raiva, barganha e aceitação do luto Oferecer apoio emocional ao paciente/família	
NECESSIDADE DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E APRENDIZAGEM		
<input type="checkbox"/> Capacidade de aprendizagem limitada <input type="checkbox"/> Cognição alterada <input type="checkbox"/> Falta de conhecimento sobre a doença <input type="checkbox"/> Falta de conhecimento sobre a medicação <input type="checkbox"/> Manutenção da saúde prejudicada	<input type="checkbox"/> Ensinar ao paciente a respeito da patologia, tratamento, recuperação e reabilitação <input type="checkbox"/> Apresentar a importância do medicamento e seus efeitos colaterais <input type="checkbox"/> Identificar fatores de não adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> Avaliar a capacidade de aprendizado do paciente	
NECESSIDADE DE RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE		
<input type="checkbox"/> Angústia espiritual <input type="checkbox"/> Bem-estar espiritual prejudicado <input type="checkbox"/> Crença cultural conflituosa <input type="checkbox"/> Sofrimento espiritual <input type="checkbox"/> Percepção de falta de significado da vida	<input type="checkbox"/> Avaliar as crenças espirituais do paciente e da família <input type="checkbox"/> Ouvir as necessidades espirituais do paciente e ou acompanhante <input type="checkbox"/> Fazer referência a serviço religioso	

Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa – PB, 2018.

