

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Vinicius Lino de Souza Neto

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS
EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO EM INFECTOLOGIA**

CUITÉ-PB
2014

UFPG / BIBLIOTECA

Vinicius Lino de Souza Neto

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso Bacharelado em Enfermagem,
em cumprimento às exigências legais para obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem pela Universidade
Federal de Campina Grande- Campus Cuité.
Orientadora: MsC. Lidiane Lima de Andrade

CUITÉ-PB
2014

UFPG / BIBLIOTECA

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

S729dSouza Neto, Vinicius Lino de.

Diagnósticos de enfermagem para pacientes hospitalizados em uma unidade de internação em infectologia. / Vinicius Lino de Souza Neto. – Cuité: CES, 2014.

84 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.

Orientadora: Msc. Lidiane Lima de Andrade.

1. Enfermagem - cuidado. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Processos de enfermagem. I. Título.

CDU 616-083.98



Biblioteca Setorial do CES.

Julho de 2021.

Cuité - PB

Vinicius Lino de Souza Neto

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS
EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO EM INFECTOLOGIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso Bacharelado em Enfermagem,
em cumprimento às exigências legais para obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem pela Universidade
Federal de Campina Grande- Campus Cuité.

Orientadora: MsC. Lidiane Lima de Andrade

BANCA EXAMINADORA

Profª. MsC. Lidiane Lima de Andrade
Curso de Enfermagem – UAS/CES/UFCG
Orientadora

Profª. MsC. Edija Anália Rodrigues de Lima
Curso de Enfermagem – UAS/CES/UFCG
Membro Interno

Profª. MsC. Glenda Agra
Curso de Enfermagem – UAS/CES/UFCG
Membro Interno

CUITÉ-PB
2014

UFCG / BIBLIOTECA

Á mãe celestial e rainha dos lares, aquela que me acolheu aos seus braços em turbulências, onde o medo me tomava e a fragilidade humana era pertinente, mas uma força reduziu esta simples fragilidade em uma rocha íngreme e impenetrável às maledicências, a qual a face doce e pura tocou o meu eu e fez mudar todo e qualquer resto de sujidade, dedico a vós mãe do salvador e mulher de coragem, MARIA.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço ao pai celestial, pelo dom da sabedoria e ensinamentos, frente às intempestividades, mas, por permitir que nossa senhora me acolhesse em vossa gama de amor e simplicidade, a vós mãe agradeço de uma forma inexplicável e sublime a proteção e como acalantou as minhas magoas e tropeços nos seus braços.

A minha grande amiga, parceira, MÃE, que nunca deixou de lutar por os nossos sonhos, pois a cada conquista era uma festividade, e na derrota sempre dizia “Levante a cabeça, o pior já passou”, sem esquecer-se da minha família, pequena, mas de uma união que só quem a constitui sabe a felicidade de fazer parte. Às minhas irmãs agradeço todas as palavras de incentivos, que durante esta fase da minha vida me ajudaram a construir, sem esquecer os pequenos, sobrinhos, Laura, Joaquim e o novo membro Betinho que faz os meus dias ficarem cada vez melhores.

Nada fácil, de agradecer quem lhe ajudou em uma trajetória árdua e com grandes percalços, mas quero deixar aqui o grande amor seja este em memória, ou, em alma, aos meus avós maternos, voinho e voinha, a ele por ser o “pai” que sempre me faltou, e a ela, a não ser a minha mãe, mas o meu anjo querubim, passamos por momentos eu e você, onde me recordo muito bem, no dia 16/04/2006, data de meu aniversário, estava eu lá segurando a vossa mão em uma sessão de quimioterapia e a senhora espalhando a sua imensa felicidade aos demais, acho que esse dom você soube me passar muito bem, relutava dizendo “não importa a situação que você se encontra, mas a calma sempre vem seja na perda ou na vitória, meu filho”, é, voinha estava certa, a calma vem e a saudade perdura, amo muito vocês, sei que está sempre por perto.

Bem, agradeço aos poucos amigos que fiz, pois concordoser uma pessoa de personalidade de difícil sociabilidade, por ter as minhas condutas e ações, às vezes com vieses de conduta, mas a ti **POLIANNA ALVES, AMIGA** eterna, **JÚNIOR SANTIAGO**, em um das minhas maiores perdas me acolheu e ofertou o seu ombro amigo, lhe agradeço **AMIGO**. E Nesses 04 anos vivenciei uma das melhores amizades que tive, que me abraçou de forma singela e calma esse amigo, **FERNANDO VIRGOLINO**, lhe agradeço por todos os ensinamentos, pois com os vossos conselhos e a sua força me ajudou a me moldar e ser uma pessoa feliz e olhar o outro de uma forma diferenciada.

Entre tantos agradecimentos, não posso esquecer da minha orientadora Prof(a) MsC. Lidiane Lima de Andrade, pelas palavras de apoio e orientações, muito bom este tempo de aprendizado, e, a banca avaliadora meus votos de felicitações Prof(a). Édija Anália e Prof(a) Glenda Agra. E por fim, a equipe assistencial, de infectologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro, e aos pacientes, onde receberam esse dileto discente de forma singela.

“Há pessoas que nos falam e nem as escutamos, há pessoas que nos ferem e nem cicatrizes deixam, mas há pessoas que simplesmente aparecem em nossas vidas e nos marcam para sempre”.

Cecília Meireles

RESUMO

SOUZA NETO, Vinicius Lino de. Diagnósticos de enfermagem para pacientes hospitalizados em uma unidade de internação em infectologia. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem)– Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande. Cuité – PB, 2014, 87.

O Brasil começou a mudar o seu contexto, no âmbito das práticas de saúde, a partir do enfrentamento das condições insalubres de vida do contingente populacional, surgindo paralelamente a estas situações, tanto no aspecto moradia, estilo de vida e saneamento básico, as enfermidades parasitárias e infectocontagiosas. Com o avanço do conhecimento científico e tecnológico, observa-se uma tentativa no tocante a adesão de medidas básicas utilizadas para o controle das doenças infectocontagiosas, como por exemplo, a maior disponibilidade de vacinas, a utilização de potentes antimicrobianos, a importância das mudanças nos hábitos de vida, social e econômico. Este estudo tem como objetivo delinear o perfil de diagnósticos de enfermagem para pacientes hospitalizados na unidade de internação em infectologia. Sendo desenvolvido por meio de uma pesquisa de cunho descritivo com abordagem quantitativa, tendo como locus a unidade de internação em infectologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC. A população do estudo foi constituída por pacientes hospitalizados na unidade de internação em infectologia do hospital em estudo. Assim, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: estar hospitalizado na clínica, no momento da coleta de dados e ser maior de 18 anos de idade. Foram excluídos do estudo os pacientes que apresentarem: nível de consciência rebaixado e dificuldade de comunicação. O instrumento que subsidiou a coleta de dados foi desenvolvido para pacientes hospitalizados na clínica de infectocontagiosas do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, sendo embasado pelo modelo conceitual de Horta e estruturado em Necessidades Humanas Básicas. Os dados foram coletados mediante aplicação do instrumento supracitado. Os resultados delineados pela pesquisa demonstram a construção de 37 afirmativas de diagnóstico. Sendo distribuídos conforme as necessidades psicobiológicas no total de 26 (70,27%) afirmativas. Quanto as necessidades psicossociais foram encontradas 11 afirmativas (29,73%). Destacando os diagnósticos mais pertinentes no estudo: Edema periférico; Eliminação intestinal excessiva; Ingestão de Alimentos; Nutrição dietética prejudicada; Caquexia; Eliminação vesical espontânea prejudicada; Insônia; Sonolência; Tremor; Padrão de higiene do couro cabeludo comprometido; Higiene oral prejudica; Hipertermia; Ritmo cardíaco alterado; Abuso de Drogas; Capacidade de se comunicar através da fala prejudicada; Isolamento social; Vontade de viver pertinente. Contudo, os achados nos remete que a prática do raciocínio clínico dos profissionais de enfermagem, depende diretamente da construção do pensamento crítico e a estruturação intelectual do indivíduo, pois o pensamento crítico e o raciocínio diagnóstico devem estar associados, levando a modelação e aplicabilidade do processo de enfermagem, mecanismo este, que transcorre entre, histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e a avaliação de enfermagem.

Descritores: Processos de enfermagem; Cuidados de enfermagem; Doenças Transmissíveis.

ABSTRACT

SOUZA NETO, Vinicius Lino. Nursing diagnoses for patients admitted to an inpatient facility in infectious diseases. Completion of course work (Bachelor of Nursing) - Center for Education and Health, Federal University of Campina Grande. Cuité - PB, 2014, 87.

Brazil began to change their context within the health practices, from coping with unhealthy living conditions of the populations, the emerging parallel these situations, both in the ill of housing, lifestyle and sanitation, parasitic diseases and infectious. With the advancement of scientific and technological knowledge, there has been an attempt in regard to accession basic measures used for the ill of infectious diseases, such as the increased availability of vaccines, the use of potent antibiotics, the importance of changes in lifestyle, social and economic. This study aims to delineate the profile of nursing diagnoses for hospitalized patients at the hospital in infectious diseases. Being developed through a survey of descriptive research with quantitative approach with the ill unit hospitalization in infectious diseases at the University Hospital Alcides Carneiro – HUAC. The study population consisted of patients hospitalized in the inpatient unit of the hospital in infectious diseases under study. Thus, the following inclusion criteria were applied: being hospitalized in the ill of the time of data collection and be 18 years of age. Lowered level of consciousness, and communication difficulties: patients ill have been excluded. The instrument that supported data collection was developed for patients hospitalized in the ill of infectious Lauro Wanderley University Hospital of the Federal University of Paraíba, being grounded by Horta conceptual model, structured into Basic Human Needs. Data were collected by means of the aforementioned instrument. The results outlined by the research demonstrate the construction of 37 affirmative diagnosis. Being distributed according to the physiological needs total of 26 (70.27%) affirmative. Regarding the psychosocial needs 11 affirmative (29.73%) were found. Highlighting the most relevant diagnoses in the study: peripheral edema; Excessive intestinal elimination; Food intake; Impaired dietary nutrition; cachexia; Impaired spontaneous bladder elimination; insomnia; Drowsiness, tremor; Standard of hygiene of the affected scalp; Oral hygiene prejudice; hyperthermia; Abnormal heart rhythm; Drug Abuse; Ability to communicate through speech impaired; Social isolation; Relevant ill to live. However, the findings reminds us that the practice of clinical reasoning of nurses, depends directly on the construction of critical thinking and intellectual structuring of the individual, because critical thinking and diagnostic reasoning must be associated with leading modeling and application of the nursing process, this mechanism, which elapses between history, diagnosis, planning, implementation and evaluation of nursing.

Descriptors: Nursing process; Nursing care; Communicable Diseases.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Demonstrativo do quantitativo de tempo na aplicação do instrumento de coleta de dados.	31
Tabela 1	Demonstrativo das características sociodemográficos dos portadores de doenças transmissíveis do Hospital Escola Alcides Carneiro, Campina Grande, Paraíba, PB, Brasil, 2014.	30
Tabela 2	Demonstrativo de diagnóstico de enfermagem aos pacientes acometidos por doenças transmissíveis conforme necessidades humanas básicas psicobiológicas dos pacientes portadores de doenças transmissíveis no HUAC, Campina Grande – PB, 2014.	52
Tabela 3	Demonstrativo de diagnóstico de enfermagem aos pacientes acometidos por doenças transmissíveis conforme necessidades humanas básicas psicossociais dos pacientes portadores de doenças transmissíveis no HUAC, Campina Grande – PB, 2014.	53

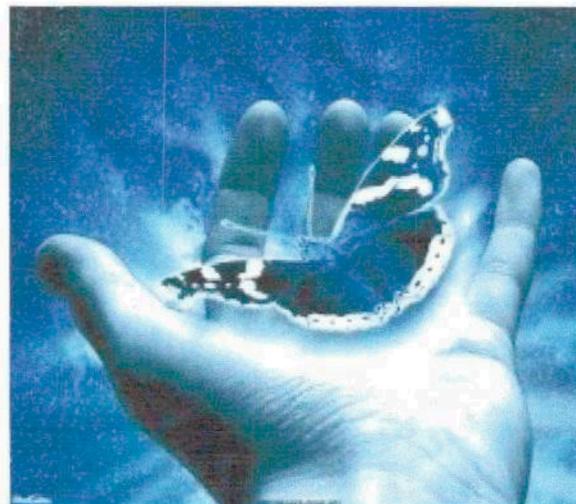
LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 1. Campina Grande - PB, 2014.	33
Figura 2	Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 2. Campina Grande - PB, 2014.	34
Figura 3	Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 3. Campina Grande - PB, 2014.	35
Figura 4	Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 4. Campina Grande - PB, 2014.	36
Figura 5	Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 5. Campina Grande - PB, 2014.	37
Figura 6	Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 6. Campina Grande - PB, 2014.	38
Figura 7	Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 7. Campina Grande - PB, 2014.	39
Figura 8	Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 8. Campina Grande - PB, 2014.	40
Figura 9	Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 9. Campina Grande - PB, 2014.	41
Figura 10	Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 10. Campina Grande - PB, 2014.	42
Figura 11	Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 11. Campina Grande - PB, 2014.	43
Figura 12	Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 12. Campina Grande - PB, 2014.	44
Figura 13	Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 13. Campina Grande - PB, 2014.	45
Figura 14	Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 14. Campina Grande - PB, 2014.	46
Figura 15	Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 15. Campina Grande - PB, 2014.	47
Figura 16	Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 16. Campina Grande - PB, 2014.	48
Figura 17	Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 17. Campina Grande - PB, 2014.	49
Figura 18	Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 18. Campina Grande - PB, 2014.	50
Figura 19	Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 19. Campina Grande - PB, 2014.	51

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	17
2.1	Objetivo Geral	18
2.2	Objetivos Específicos	18
3	REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1	Diagnóstico de Enfermagem	21
3.2	Raciocínio clínico para a construção de Diagnóstico de Enfermagem	21
3.3	Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem	23
4	METODOLOGIA	25
4.1	Tipo de Estudo	26
4.2	Local do Estudo	26
4.3	População e Amostra	26
4.4	Instrumento de Coleta de dados	27
4.5	Procedimento para coleta e análise dos dados	27
4.6	Aspectos Éticos	28
5.	RESULTADOS	30
6.	DISCUSSÕES	56
6.1	Necessidades Psicobiológicas	56
6.1.1	Hidratação e regulação hidroeletrólítica	56
6.1.2	Necessidade de Nutrição	57
6.1.3	Necessidade de Eliminação	58
6.1.4	Sono e Repouso	59
6.1.5	Locomoção, mecânica corporal, motilidade/Regulação neurológica	60
6.1.6	Integridade cutaneomucosa e cuidado corporal	60
6.1.7	Regulação Térmica	61
6.1.8	Regulação Vascular	62
6.1.9	Necessidade de Percepção Dolorosa	63
6.1.10	Necessidade de Segurança física e ambiente	63
6.2	Necessidades Psicossociais	64
6.2.1	Comunicação	64
6.2.2	Aprendizagem/Sociabilidade/Recreação e lazer	65
6.2.3	Autorealização/Autoestima e Autoimagem	66
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
	REFERÊNCIAS	69
	APÊNDICES	74
	Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	74
	Apêndice B – Termo de Compromisso dos Pesquisadores	76
	Apêndice C- Autorização Institucional	77
	ANEXO	78
	Anexo A - Instrumento de coleta de dados.	78
	Anexo B - Parecer do Comitê de Ética	81

1. INTRODUÇÃO



FONTE: Google imagens, 2014.

O Brasil começou a mudar o seu contexto no âmbito das práticas de saúde, a partir do enfrentamento das condições insalubres de vida do contingente populacional, surgindo paralelamente as estas situações, tanto no aspecto moradia, estilo de vida e saneamento básico, as enfermidades parasitárias e infectocontagiosas. É importante destacar que as doenças parasitárias referem-se ao momento que o indivíduo torna-se hospedeiro de um parasita, já no contexto das infectocontagiosas, a patologia provém do contato que acarreta a transmissão de um agente infeccioso.

Dentro desta contextualização, mudanças importantes no padrão assistencial frente a diversas patologias vêm ocorrendo, e com êxito. No campo das doenças infectocontagiosas, o dinamismo de transmissão dos seus agentes tem estimulado uma intensa reflexão e remodelação do transcórter terapêutico (POGETTO et al., 2012).

Os sinais dessas mudanças têm sido evidenciados por meio de situações diversas, como o aparecimento de novos agentes infecciosos ou de modificações nos já existentes, dotando-os de maior virulência e capacidade de gerar epidemias, incidência de uma determinada enfermidade comum em um espaço geográfico; aumento da capacidade de infectar diferentes espécies animais; desenvolvimento de resistência antimicrobiana; aumento na incidência de doenças infectocontagiosas, decorrentes de fatores como migrações, mudanças climáticas e relaxamento em medidas de saúde pública ou mesmo de fatores desconhecidos (ALVES; LOPES; JORGE, 2008).

As doenças infectocontagiosas representam uma carga importante no padrão epidemiológico brasileiro, ou em países em desenvolvimento, embora se observe uma redução da morbidade e da mortalidade das mesmas. Em meados da década de 30, 40 e 50, as enfermidades infectocontagiosas eram a principal causa de mortalidade no Brasil. Na década de 30, respondiam por mais de um terço dos óbitos registrados nas capitais brasileiras e, em 2009, por 4,9% da mortalidade, sendo a oitava causa de morte no País, com um total de 47.053 óbitos (DUCAN et al., 2012). Para Cezar, Aires e Paz (2012) uma das diversas metas da saúde pública é bloquear a ascensão das doenças infectocontagiosas, já que a sua incidência de acometimento assola diversas pessoas, não importa a classe social ao qual pertence, e os países em desenvolvimento encontra-se nesta margem de prevalência, como por exemplo, o Brasil. No estado da Paraíba, no ano de 2012, foram confirmados casos de doenças de notificação compulsória, sendo 219 casos de AIDS, 12.695 casos de dengue, 697 casos de hanseníase, 811 casos de hepatites virais e 1.099 casos de tuberculose (PARAÍBA, 2012).

Com o avanço do conhecimento científico e tecnológico, observa-se uma tentativa no tocante a adesão de medidas básicas utilizadas para o controle das doenças infectocontagiosas, como por exemplo, a maior disponibilidade de vacinas, a utilização de potentes antimicrobianos, a importância das mudanças nos hábitos de vida, social e econômico. Estas medidas vêm sendo valorizadas tanto pelos profissionais de saúde como o contingente populacional, embora ainda haja dificuldades seu cumprimento. Salientando que o desenvolvimento de estudos nesta área, e a qualificação dos profissionais de saúde são de fundamental importância tanto para o âmbito individual como coletivo, pois é evidente que exista ainda um déficit de enriquecimento científico neste campo de atuação (YAMAMURA et al., 2011).

A partir desta nova construção de práticas de saúde, seja para de fins de promoção, prevenção, proteção ou recuperação, as políticas que regulam tais práticas ainda se prendem às ações voltadas ao diagnóstico e a prescrição de medicamentos, ou seja, a consolidação do modelo biomédico assistencial, esquecendo-se dos aspectos singulares do indivíduo, família e comunidade, valorizando apenas as dimensões biológicas.

Desta maneira, os profissionais de enfermagem são constantemente desafiados na busca de conhecimento técnico-científico, a fim de promover a melhoria do cuidado prestado ao cliente, utilizando-se de resultados de pesquisas junto à assistência em saúde prestada nos diversos níveis de atenção e reforçando a cada dia a necessidade da consolidação do conhecimento em enfermagem, focado nas necessidades de cuidado do indivíduo, família e comunidade.

No que tange às doenças infectocontagiosas, o profissional de enfermagem e a equipe assistencial precisam estar em busca de qualificação profissional na área constantemente, à procura de novos conhecimentos que vão desde aprimoramento na realização do exame físico, à utilização de novas drogas, assim como proceder com as ações assistenciais frente às patologias e às necessidades do indivíduo, gerando resultados positivos na prática de enfermagem, contribuindo, assim, para a área da pesquisa e, conseqüentemente, para a assistência (POGETTO et al., 2012).

Essa nova visão tecnológica leva a Enfermagem a progredir cada vez mais o seu *status* de ciência, proporcionando ao profissional da área uma autonomia em diversos segmentos de abordagem assistencial e científica. Fato este que vem se concretizando continuamente, por meio da implantação de um método científico e sistemático assistencial de enfermagem, que embasa a prática, levando a uma operacionalização da

mesma de forma sinérgica, refletindo assim, em uma qualidade nos serviços prestados aos usuários/clientes (ANDRADE et al.,2013).

Tal método científico tem recebido diferentes denominações, quais sejam: Plano de Cuidado, Sistemática da Assistência, Metodologia de Assistência ou Processo de Enfermagem (YAMAMURA et al., 2011). No entanto, o mesmo refere-se uma sequência de etapas específicas, como obtenção de informações multidimensionais sobre o estado de saúde, identificação das condições que requerem intervenções de enfermagem, planejamento das intervenções necessárias, implementação e avaliação das ações. Todos estes mecanismos assistenciais têm como objetivo proporcionar atendimento profissional ao cliente, seja indivíduo, família ou comunidade, considerando suas singularidades e de modo ampliado.

A articulação do processo de enfermagem se traduz por ações desenvolvidas pela equipe assistencial, conforme rege a Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2009) em etapas, ou seja, o passo a passo do processo que são: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e a avaliação de enfermagem. Todas essas etapas são desenvolvidas de forma sistematizada e sincronizadas visando atender, resolver ou amenizar os problemas observados e referidos pelos clientes, família e comunidade, de forma planejada, na tentativa de evitar, ao máximo, ações de enfermagem rotinizadas e empíricas

Com isso, para uma operacionalização de qualquer tipo de mecanismo sistemático, torna-se fundamental a utilização de uma terminologia comum, pois a documentação do seu cuidado, conforme o Processo de Enfermagem (PE) é viabilizado por meio da utilização de terminologias. Dentre as terminologias de enfermagem mais conhecidas no Brasil, que apoiam o PE, encontram-se a NANDA Internacional (*North American Nursing Diagnosis Association*), a NIC (*Nursing Interventions Classification*), a NOC (*Nursing Outcomes Classification*), a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) e o inventário vocabular da CIPESC (Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva) (MATTEI, 2011).

Torna-se fundamental, neste processo, o uso de uma terminologia comum dentro dos diversos âmbitos assistenciais, principalmente na área das doenças infectocontagiosas, pois é impreterível a normatização da terminologia a fim de possibilitar a uniformidade dos termos na prática e em seu uso científico, tornando-se possível que os termos empregados pelos profissionais transmitam a todos o mesmo significado e que a eficácia desejada na comunicação seja atingida, onde este feito

torna-se primordial para a profissão de enfermagem seja na pesquisa ou na assistência, visto que torna visível e reconhecido o saber e o fazer da enfermagem pelas demais áreas do conhecimento.

O interesse no desenvolvimento deste estudo partiu em decorrência da necessidade de elencar um perfil de diagnósticos de enfermagem para pacientes hospitalizados na unidade de internação em infectologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) da Universidade Federal de Campina Grande - PB. Este estudo está vinculado a necessidade de implementar a operacionalização do processo de enfermagem na clínica acima mencionada, contribuindo para a consolidação da prática assistencial, como também para as produções científicas da Enfermagem, principalmente no âmbito de infectologia, uma vez que a literatura comprova a escassez de estudos nesta área de conhecimento. Sendo isto comprovado pelas pesquisas de Mattei (2011), Cerullo e Cruz (2010), Pompeo, Rossi e Galvão (2009).

Partindo dos argumentos ora apresentados emergiu o seguinte questionamento: Qual o perfil de diagnósticos de enfermagem em pacientes hospitalizados numa unidade de internação em infectologia?

2. OBJETIVOS



FONTE: Google imagens, 2014.

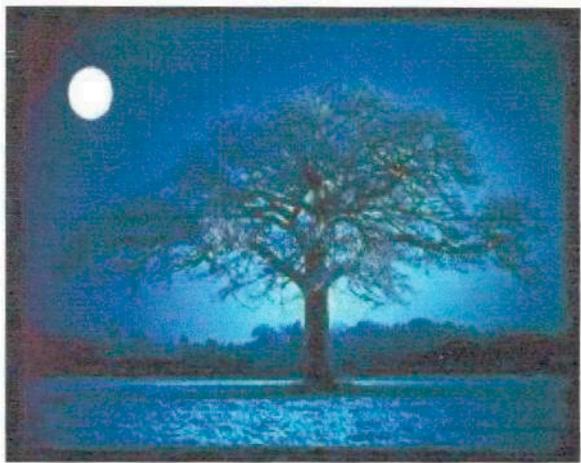
2.1 Geral

- Delinear o perfil de diagnósticos de enfermagem para pacientes hospitalizados na unidade de internação em infectologia do HUAC.

2.2 Específicos

- Aplicar um instrumento de coleta de dados, construído em outra realidade de infectologia da Paraíba, aos pacientes hospitalizados na unidade de internação em infectologia do HUAC;
- Elaborar diagnósticos de enfermagem para pacientes hospitalizados na unidade de internação em infectologia do HUAC.

3. REFERENCIAL TEÓRICO



FONTE: Google imagens, 2014.

Sistematizar a assistência de enfermagem é um processo emergente e consolidado no âmbito assistencial, pois a sistematização pressupõe a organização em um sistema, que por sua vez implica em um conjunto de elementos, dinamicamente inter-relacionados. Estes elementos podem ser compreendidos por um conjunto de ações, uma sequência de passos, para alcance de um determinado fim, chegando à qualidade dos cuidados ao cliente. Neste segmento, existem hoje diversos modos de estruturar a assistência de enfermagem, entre as quais podemos citar os planos de cuidados, os protocolos, a padronização de procedimentos, algoritmos e o processo de enfermagem (BATISTA; CRUZ; PIMENTA, 2008).

Enfim, tudo que promova uma cascata lógica assistencial de enfermagem, saindo de um trajeto linear, uniforme e programático, abordando o saber científico, seja no âmbito das diversas atenções a saúde, é mecanismo de sistematização, ou seja, são diferentes formas de se desenvolver a assistência, aos quais diversos métodos podem ser utilizados para se solucionar uma dada situação, em um dado contexto, em um determinado tempo, com a finalidade de produzir resultados positivos para a saúde das pessoas que cuidamos. Com isso, as formas de sistematização da assistência pressupõem a organização das condições, dos recursos materiais e humanos além da competência técnico-legal e valorização dada à sua contribuição, seja pela instituição, seja pelo profissional (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

O processo de enfermagem é um dos diversos mecanismos de organizar a assistência, ao qual o mesmo transcorre em uma sequência de etapas específicas (Histórico, Diagnóstico Planejamento, Implementação e por fim Avaliação de Enfermagem), com a finalidade de prestar atendimento profissional ao cliente, seja ele indivíduo, família ou comunidade, de forma a considerar suas singularidades e de modo ampliado, dentro das bases teóricas do campo da Enfermagem (CERULLO; CRUZ, 2010).

Entender o diagnóstico de enfermagem como fase do processo de enfermagem que envolve o julgamento clínico e corresponde ao momento intelectual, no qual as informações coletadas são analisadas, julgadas e reunidas para definir o diagnóstico, não raro, é visto com dificuldade pela enfermagem (ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA, 2013).

Neste sentido, a elaboração do diagnóstico de enfermagem torna-se uma etapa vital, por ser considerada a atividade intelectual que o profissional de enfermagem

desenvolve no seu cotidiano, a fim de julgar as respostas humanas que exigem intervenções de enfermagem. Para sua compilação, o enfermeiro deve utilizar de seu conhecimento, suas habilidades cognitivas, interpessoais e suas atitudes profissionais que determinam o conteúdo e a qualidade dos resultados da sua utilização, desenhando o raciocínio clínico, mecanismo de articulação do processo de enfermagem (BITTENCOURT; CROSSETTI, 2013).

3.1 Diagnóstico de enfermagem

O diagnóstico de enfermagem corresponde à segunda etapa do processo de enfermagem e pode ser considerada uma fonte de conhecimento científico para a profissão, tornando-se fundamental para o planejamento da assistência ao paciente. Esta etapa é válida quando representa realmente o problema inferido pelos enfermeiros.

O termo diagnóstico de enfermagem surgiu na literatura na década de cinquenta e, até os anos setenta, foi aplicado muito raramente. Desta maneira, havia um conflito existente quanto ao uso da palavra diagnóstico, pois se pensava ser de propriedade exclusiva da medicina. Atrasando desta forma o desenvolvimento dos diagnósticos enquanto fenômenos do âmbito exclusivo da enfermagem (ALVES; LOPES; JORGE, 2008).

Leis e padrões continuam a mudar para refletir o modo como a operacionalização da prática de enfermagem está crescendo de forma exponencial. Dependendo das qualificações e do ambiente da prática, os enfermeiros possuem ampla variedade de responsabilidade relacionada ao diagnóstico e ao tratamento dos problemas de saúde. O médico diagnostica e trata os problemas clínicos embasados na ciência médica, o enfermeiro desenvolve o seu diagnóstico e trata os problemas clínicos na perspectiva da ciência da Enfermagem, focalizando assim as respostas humanas, monitorando as reações do paciente aos tratamentos clínicos e também o impacto dos problemas clínicos e das mudanças na vida diária sobre a sensação do bem-estar do indivíduo (ALFARO-LEFREVE, 2010).

3.2 Raciocínio clínico para a construção de diagnósticos de enfermagem

Entender o diagnóstico de enfermagem como fase do processo de enfermagem que envolve o julgamento clínico e corresponde ao momento intelectual, no qual as informações coletadas são analisadas, julgadas e reunidas para definir o diagnóstico, não raro, é visto com dificuldade pela enfermagem (PEREIRA; DIOGO, 2012).

Quando se trata do processo de diagnosticar, na área da saúde, há várias definições como julgamento, raciocínio clínico, e raciocínio diagnóstico, o qual pode ser definido como o processo de raciocinar clinicamente para reconhecer diagnósticos relevantes, ou seja, um tipo de raciocínio clínico com a finalidade de estabelecer o diagnóstico que melhor expresse o estado de saúde do indivíduo, família ou comunidade (MALTA; MERHY, 2010).

Neste sentido, a elaboração do diagnóstico de enfermagem torna-se uma etapa vital, por ser considerada a atividade intelectual que o profissional de enfermagem desenvolve no seu cotidiano, a fim de julgar as respostas humanas que exigem intervenções de enfermagem. Para sua compilação, o enfermeiro deve utilizar de seu conhecimento, suas habilidades cognitivas, interpessoais e suas atitudes profissionais que determinam o conteúdo e a qualidade dos resultados da sua utilização, desenhando o raciocínio clínico, mecanismo de articulação do processo de enfermagem (BITTENCOURT, 2012).

O raciocínio clínico é imprescindível à atividade do enfermeiro, uma vez que a qualidade da assistência depende substancialmente das habilidades de raciocínio como instrumento para a tomada de decisão, orienta a coleta de informações relevantes para a avaliação de enfermagem, norteia a interpretação das respostas (reações) humanas aos problemas de saúde e processos de vida, auxilia na decisão referente às intervenções que devem ser implementadas e contribui para a evolução do indivíduo e avaliação do planejamento da assistência. Portanto, a utilização do raciocínio clínico direciona o enfermeiro para a avaliação, análise e interpretação de cada situação assistencial, sendo em esfera primária, secundária e terciária na atenção a saúde (CERULO; CRUZ, 2010).

O termo raciocínio clínico, ou, pensamento analítico, julgamento clínico, tomada de decisão clínica, pensamento criativo, solução de problemas, pensamento reflexivo, conforme os diversos sinônimos são utilizados na literatura científica para designar os processos mentais envolvidos no atendimento aos usuários, ao qual dos sistemas de saúde. O raciocínio clínico está presente em todas as ações e decisões assistenciais do enfermeiro: no diagnóstico dos fenômenos, na escolha de intervenções apropriadas e na avaliação dos resultados obtidos. A formulação diagnóstica contém as expectativas de intervenções e resultados possíveis, em dado contexto, e depende das pessoas envolvidas (enfermeiro, paciente, família, comunidade) e dos relacionamentos que são estabelecidos entre as pessoas (DUCAN, 2012).



Neste sentido o exercício do raciocínio clínico é imprescindível à atividade do enfermeiro, uma vez que a qualidade da assistência depende substancialmente das habilidades de raciocínio como instrumento para a tomada de decisão, orienta a coleta de informações relevantes para a avaliação de enfermagem, norteia a interpretação das respostas (reações) humanas aos problemas de saúde e processos de vida, auxilia na decisão referente às intervenções que devem ser implementadas e contribui para a evolução do indivíduo e avaliação do planejamento da assistência (CERULLO;CRUZ, 2010).

Com isso, torna-se de suma importância através de um caminho linear e harmônico a formulação de uma terminologia, pois na busca da sua identidade a enfermagem desenvolveu conhecimentos capazes de garantir a sua legitimidade, visibilidade e autonomia. Entretanto, a ausência de uma linguagem universal que defina e descreva sua prática tem comprometido seu desenvolvimento como ciência. Decorrente deste cenário a *International Council of Nurses* (ICN) organiza a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]), um sistema de classificação de termos cuja finalidade primária é padronizar uma linguagem universal para a Enfermagem, representando conceitos e cuidados de sua prática, permitindo comparação entre dados de diferentes populações e tempos (ALVES; LOPES; JORGE, 2010).

3.3 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Este sistema de classificação é considerado um mecanismo de informação capaz de fornecer dados que identifiquem a contribuição da profissão no cuidado da saúde e permitir mudanças práticas através de educação, administração e pesquisa. Produz, também, informações para o processo decisório do enfermeiro, possibilitando a elaboração de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Sendo reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), após apontar necessidades de uma prática que fosse descrita mundialmente (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Nóbrega e Silva (2008/2009) refutam que o sistema da CIPE[®] além de uma uniformização de linguagem permite projetar tendências sobre as necessidades dos pacientes, a provisão de tratamentos de enfermagem, bem como a utilização de recursos e resultados dos cuidados de enfermagem. No entanto, Mattei et al., (2009) dedilha que os objetivos da CIPE[®] vem sendo alcançado, pois se percebe uma modificação no cenário assistencial, ao qual nota-se a sua utilização pelas comunidades internacionais e

sua compatibilidade com outras classificações e padronizações. Aspectos estes, que permitem a realização de pesquisas que garantam um desenvolvimento contínuo e sinérgico das condutas assistências de enfermagem, assegurando a contribuição para crescimento e visibilidade da profissão.

A CIPE[®] 1.0, foi estruturada de forma simplificada em sete eixos, foco, julgamento, meios, ação, tempo, localização e cliente, para facilitar o desenvolvimento de vocabulários locais, proporcionar embasamento a classificação e focar a abrangência e a profundidade dos conceitos que são o centro e a essência do exercício da Enfermagem necessária em uma classificação internacional (ICN, 2005).

No entanto, a construção dos diagnósticos de enfermagem conforme as normativas da ISO 18.104 e os eixos da CIPE[®] em conformidade com CIE (2007), a estruturação dos diagnósticos constituirá por um termo do eixo **foco** e um termo do eixo **julgamento**, podendo ainda, incluir termos adicionais, se necessário, dos eixos ação, tempo, meio, localização e cliente.

Deste Modo a, CIPE[®] 2.0 foi lançada em julho de 2009, durante o 24^o Congresso Quadrienal do Conselho Internacional de Enfermeiras, em Durban, na África do Sul. Representou o trabalho de inúmeros enfermeiros e outros especialistas durante os últimos vinte e cinco anos. Dessa forma, ela evolui com mais de 2.000 termos constantes e varias afirmativas de diagnósticos/ resultados e intervenções de enfermagem, objetivando o enriquecimento e o desenvolvimento de catálogos. Foram adicionadas mais de 400 novas entidades, sendo muito desses conceitos declarações de diagnósticos e intervenções desenvolvidas para os catálogos da CIPE[®] (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Em 04 de maio de 2011, durante a conferencia do Conselho Internacional de Enfermeiras, realizada na ilha de Malta, foi lançada e disponibilizada a atual versão, a CIPE[®] 2011, que evolui com um total de 5.148 conceitos, incluindo 454 conceitos novos, cuja maioria são diagnósticos, resultados e intervenções previamente coordenados, oriundos dos catálogos desenvolvidos na área (ICN, 2011)

4. METODOLOGIA



FONTE: Google imagens, 2014.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, com abordagem quantitativa. Conforme Gil (2009), o estudo descritivo tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então o estabelecimento de relações entre variáveis. Lima-Costa e Barreto (2003) denotam que os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde segundo o tempo, o lugar e as características dos indivíduos, ou seja, responder às perguntas quando, onde e com quem acontece o fenômeno a ser estudado. Já para Cervo e Bervian (2007, p. 49) o estudo descritivo “é aquele em que se observa, registra, analisa e correlacionam fatos e fenômenos variáveis sem manipulá-los”.

Lakatos e Marconi (2008) relatam que na abordagem quantitativa faz-se uso de amostras e de informações baseadas em números. De acordo com Alyrio (2007) a abordagem quantitativa oferece maior segurança quanto às inferências feitas por garantir precisão dos resultados.

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida na unidade de internação em infectologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro- HUAC, localizado a Rua Carlos Chagas, S/N, Bairro São José na cidade de Campina Grande - PB. O referido hospital dispõe atualmente de 178 leitos hospitalares, dividido entre os diversos setores como a pneumologia, oncologia, Unidade de Terapia Intensiva – UTI, entre outros, dos quais, 16 leitos distribuídos em sete enfermarias são reservados para a ala de infectologia, e destes, apenas dois leitos são reservados ao isolamento. Situada na Ala E do referido lócus, as enfermarias são distribuídas por sexo e enfermidade, conforme a transmissibilidade e patogenicidade do agente etiológico.

Os principais motivos de internação decorrem de problemas como: meningites, tuberculose e o Vírus da Imunodeficiência Humana-HIV. O serviço fornece suporte assistencial ao contingente populacional da cidade de Campina Grande demais cidades do interior da Paraíba.

4.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída de pacientes hospitalizados na unidade de internação em infectologia do hospital em estudo. Assim, foram adotados os seguintes

critérios de inclusão: estar hospitalizado na clínica no momento da coleta de dados e ser maior de 18 anos de idade.

Foram excluídos do estudo os pacientes que apresentarem: nível de consciência rebaixado e dificuldade de comunicação, selecionando-se assim, a amostra que foi composta por 19 sujeitos.

4.4 Instrumento de coleta de dados

O instrumento que subsidiou a coleta de dados foi desenvolvido por Andrade (2012), o mesmo contempla itens da coleta de dados em enfermagem para pacientes hospitalizados na clínica de infectocontagiosas do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, embasado pelo modelo conceitual de HORTA (1979) e estruturado em Necessidades Humanas Básicas, sendo estas subdivididas em psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (ANEXO A).

4.5 Procedimento para a coleta e análise dos dados

Os dados foram coletados mediante aplicação do instrumento supracitado. Após a apreciação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro aprovado no dia 15 de Janeiro de 2014, parecer Nº 510.708. Antes de iniciar a coleta de dados, os participantes do estudo foram esclarecidos acerca da identificação dos pesquisadores, objetivo da pesquisa, metodologia, e foi realizada uma leitura pelo pesquisador do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNCIDE A), para que o participante compreendesse de forma clara o objetivo do estudo e posteriormente assinasse ou fizesse sua impressão dactiloscópica em duas vias, sendo uma do entrevistado e outra do pesquisador.

Em decorrência de um primeiro contato, logo após, o consentimento do paciente para a coleta de dados, foram utilizados como mecanismo de angaria de dados a entrevista, o exame físico, dados de exames laboratoriais e prescrição médica. Na entrevista, buscou-se a idade, procedência, sexo, diagnóstico. Ao exame físico utilizaram-se as técnicas propedêuticas inspeção, percussão, palpação e ausculta, E complementando ao processo, utilizaram-se alguns equipamentos: um oxímetro de pulso portátil, para a mensuração da saturação do nível de oxigênio, um esfigmomômetro e estetoscópio para verificar a pressão arterial, e por fim um termômetro, a fim de verificar a curva térmica.

Após as coletas dos dados, elencaram-se as problemáticas de enfermagem, as necessidades psicobiológicas, psicossociais e espirituais. À partir desta ação foram formulados os diagnósticos de enfermagem, baseados no desenvolvimento do raciocínio diagnóstico e/ou julgamento clínico, diante das necessidades do indivíduo, e esquematizados em mapas conceituais para uma melhor compreensão do raciocínio diagnóstico na construção das afirmativas. Com isso, utilizou-se a CIPE[®]2.0 como banco terminológico na referida ação, seguindo os preceitos estabelecidos pelo Conselho Internacional de Enfermeiros - ICN.

Nesta perspectiva, para a devida construção dos diagnósticos de enfermagem, os preceitos estabelecidos pelo presente conselho retratam que a construção das afirmativas de diagnósticos devem ser composta por um termo do eixo foco e julgamento.

4.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi conduzida de acordo com a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aborda as diretrizes e normas regulamentadora de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), e na Resolução COFEN nº 311/2007 (COFEN, 2007), que reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. A coleta de dados do estudo teve início após sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa designado via Plataforma Brasil.

5.RESULTADOS



FONTE: Google imagens, 2014.

Para uma melhor compreensão da temática investigada, o material empírico obtido através da coleta de dados foi agrupado em casos clínicos esquematizados em mapas conceituais, por meio do *Cmap Tools*. Tal ferramenta possibilitou o destaque dos principais problemas de enfermagem encontrados e a demonstração do raciocínio clínico para construção dos diagnósticos de enfermagem.

É importante ressaltar, que os mesmos foram construídos utilizando a CIPE[®] 2.0, atendendo aos preceitos estabelecidos pelo ICN. Participaram desta pesquisa, 19 pacientes que estavam hospitalizados na clínica, lócus desta pesquisa no período de realização deste estudo, bem como, atenderam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Ressalta-se que o número pequeno da amostra deu-se em decorrência de alguns fatores como a permanência prolongada dos pacientes na clínica, convergindo para uma rotatividade baixa.

Neste sentido, para uma melhor compreensão dividiram-se os achados da seguinte forma: primeiro elencaram-se as características sociodemográficas dos participantes da pesquisa e o tempo estimado da aplicação do instrumento em questão. Logo em seguida, os mapas conceituais, representando o raciocínio diagnóstico com as devidas afirmativas para cada usuário do serviço.

Tabela 1 – Demonstrativo das características sociodemográficos dos pacientes acometidos por doenças transmissíveis do Hospital Escola Alcides Carneiro, Campina Grande, Paraíba, PB, Brasil, 2014. (n=19)

Variáveis	n	%
1. Idade (anos)		
15 a 25 anos	04	21,07
26 a 35 anos	01	5,26
36 a 45 anos	03	15,78
46 a 55 anos	11	57,89
2. Sexo		
Masculino	16	84,22
Feminino	03	15,78
3. Estado Civil		
Solteiro (a)	05	26,33
Casado (a)	12	63,15
Viúvo (a)	01	5,26

Desquitado/divorciado/separado	01	5,26
União estável		
4. Profissão		
Agricultor	08	42,10
Motorista	01	5,26
Estudante	05	26,33
Carpinteiro	02	10,53
Musico	01	5,26
Borracheiro	01	5,26
Contador	01	5,26
5. Procedência		
Campina Grande	04	21,06
Ingá	12	63,15
Massaranduba	01	5,26
Lagoa seca	02	10,53
6. Doença		
Tuberculose Pulmonar	01	5,26
HIV/AIDS	16	84,22
Tuberculose Ganglionar	01	5,26
Leishmaniose visceral	01	5,26
7. Religião		
Católico	18	94,74
Evangélico	01	5,26

Fonte: Pesquisa Direta, Campina Grande – PB, 2014.

No momento da coleta de dados, também foi realizada a cronometragem da aplicação do instrumento a cada paciente, exceto em dois, aos quais foram enquadrados como piloto. A ação permitiu que fosse estimada a média de tempo gasto na fase de coleta de dados e auxiliando na reflexão acerca da viabilidade de uso posterior pelos enfermeiros do setor, conforme é apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Demonstrativo do quantitativo de tempo na aplicação do instrumento de coleta de dados.

Numeração de Caso Clínico	Iniciais do paciente	Tempo utilizado paciente
01	A.S.B	90 min

02	M.A.F	65 min
03	I.J.P	46 min
04	J.A.S	30 min
05	N.M.B	55 min
06	C.S.F	45 min
07	S.R.B	30 min
08	J.I.S	45 min
09	E.G.S	55 min
10	J.S.L	57 min
11	C.B.S	82 min
12	M.L.A	55 min
13	A.C.I	70 min
14	A.T.A	50 min
15	F.C.B	50 min
16	A.T.E	35 min
17	M.A.C	55 min
Média de tempo utilizada		53,82 min

Fonte: Pesquisa Direta, Campina Grande – PB, 2014.

Logo após o agrupamento dos dados sociodemográficos e a permuta de tempo do presente instrumento, aliaram-se os dados das necessidades humanas básicas em formato de caso clínico. Por meio deste, pode-se catalogar as necessidades mais pertinentes e prevalentes dos participantes da pesquisa, e á partir destas,construíram-se as afirmativas de diagnósticos em enfermagem, colocando em prática o desenvolvendo do raciocínio diagnóstico, demonstrado nos seguintes mapas conceituais:

CASO CLÍNICO 1 – A. S. B

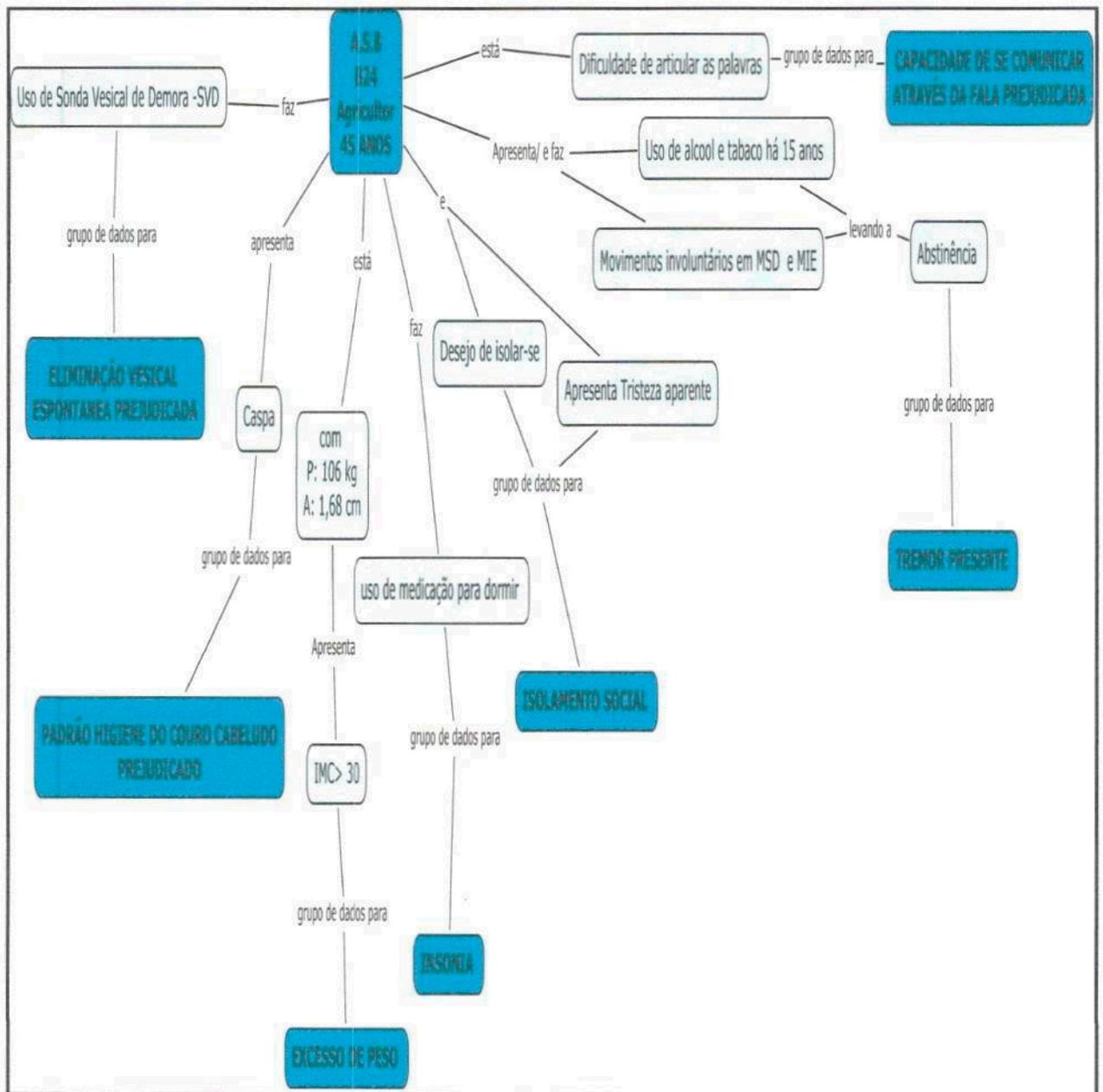


Figura 1 - Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 1. Campina Grande - PB, 2014.

CASO CLÍNICO 2 – M.A.F

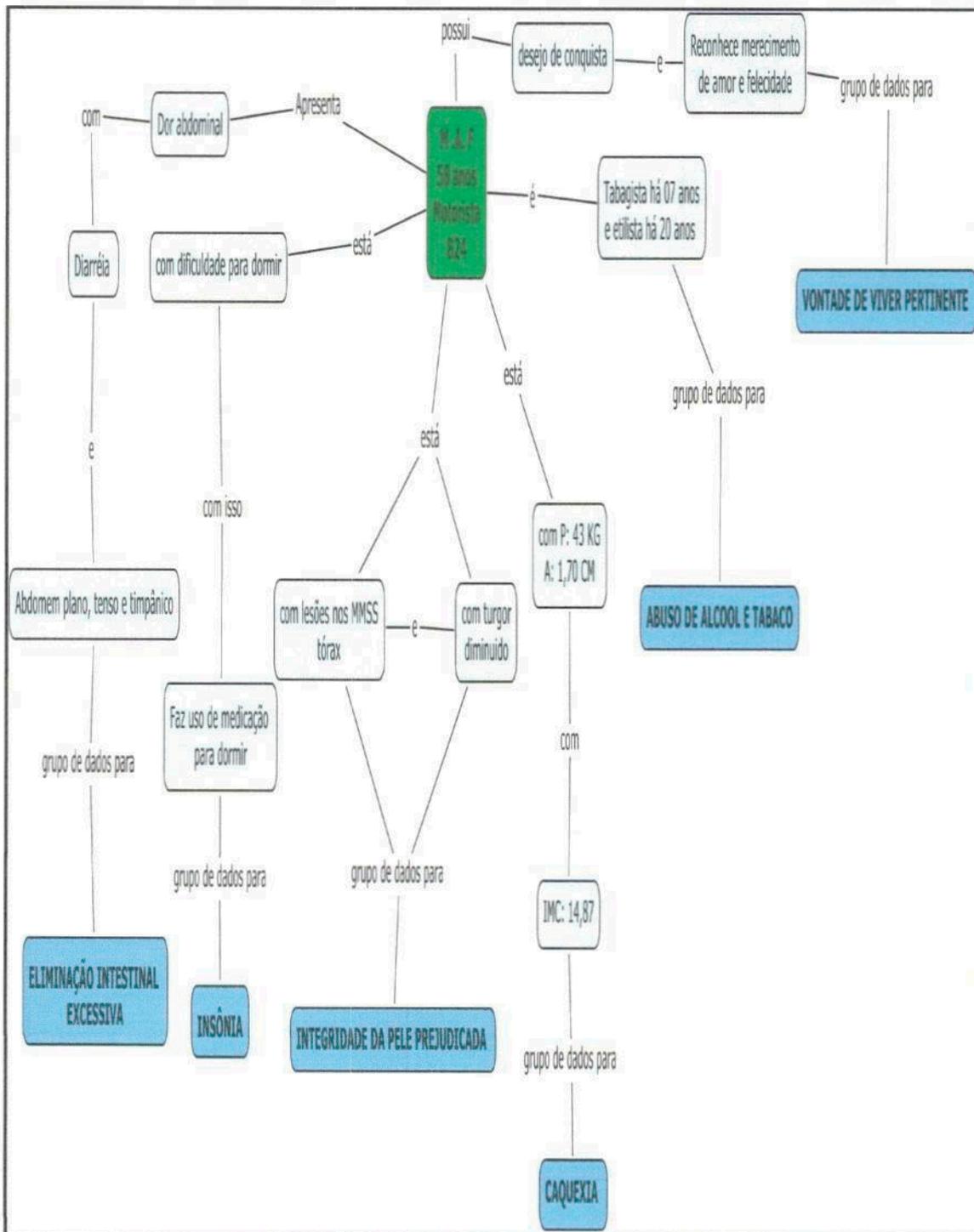


Figura 2 - Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 2. Campina Grande - PB, 2014.

UFCC/ BIBLIOTECA

CASO CLINICO 3 – I. J. P

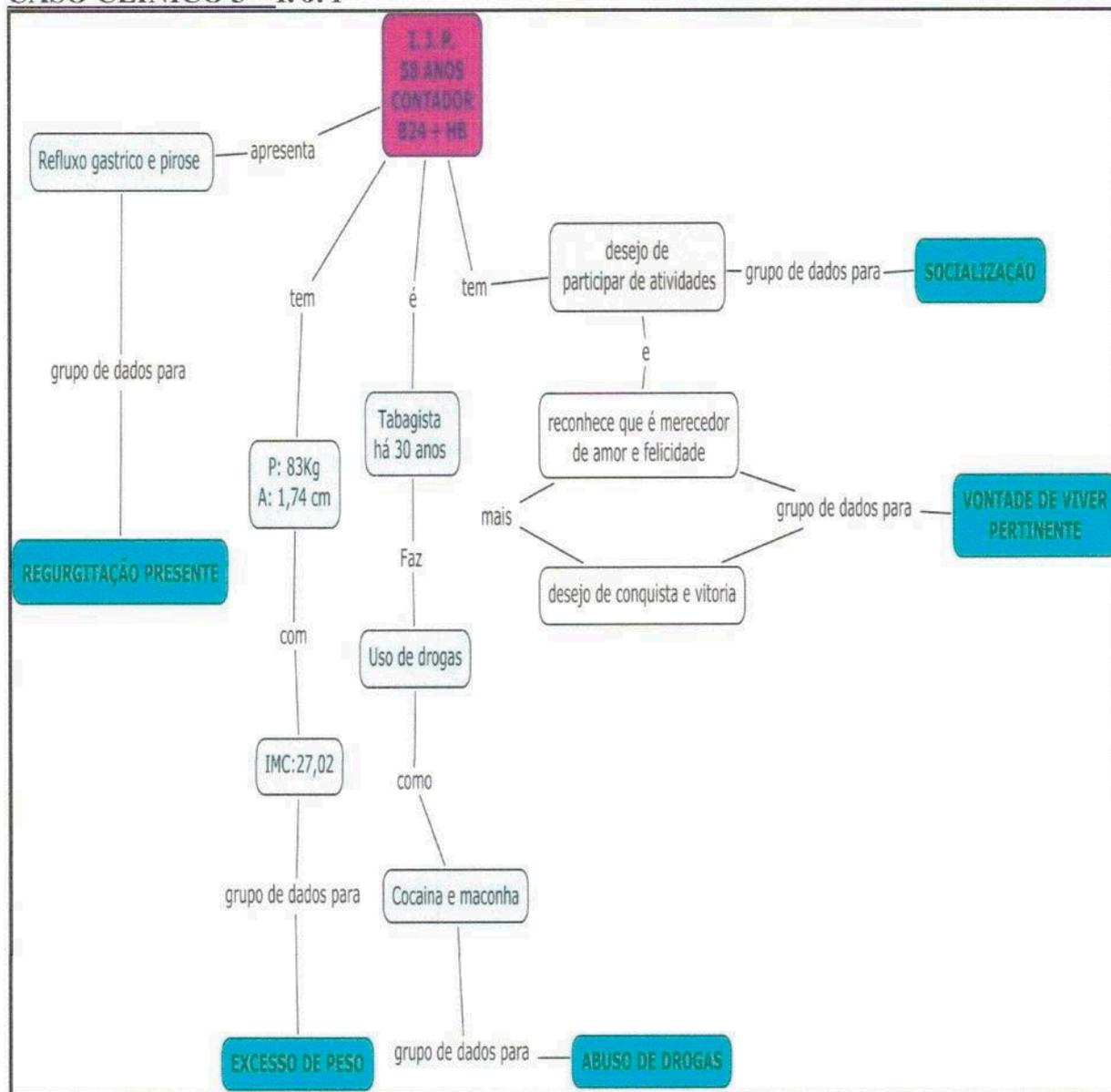


Figura 3 - Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 3. Campina Grande - PB, 2014.

UFCCV BIBLIOTECA

CASO CLÍNICO 4- J. A. S

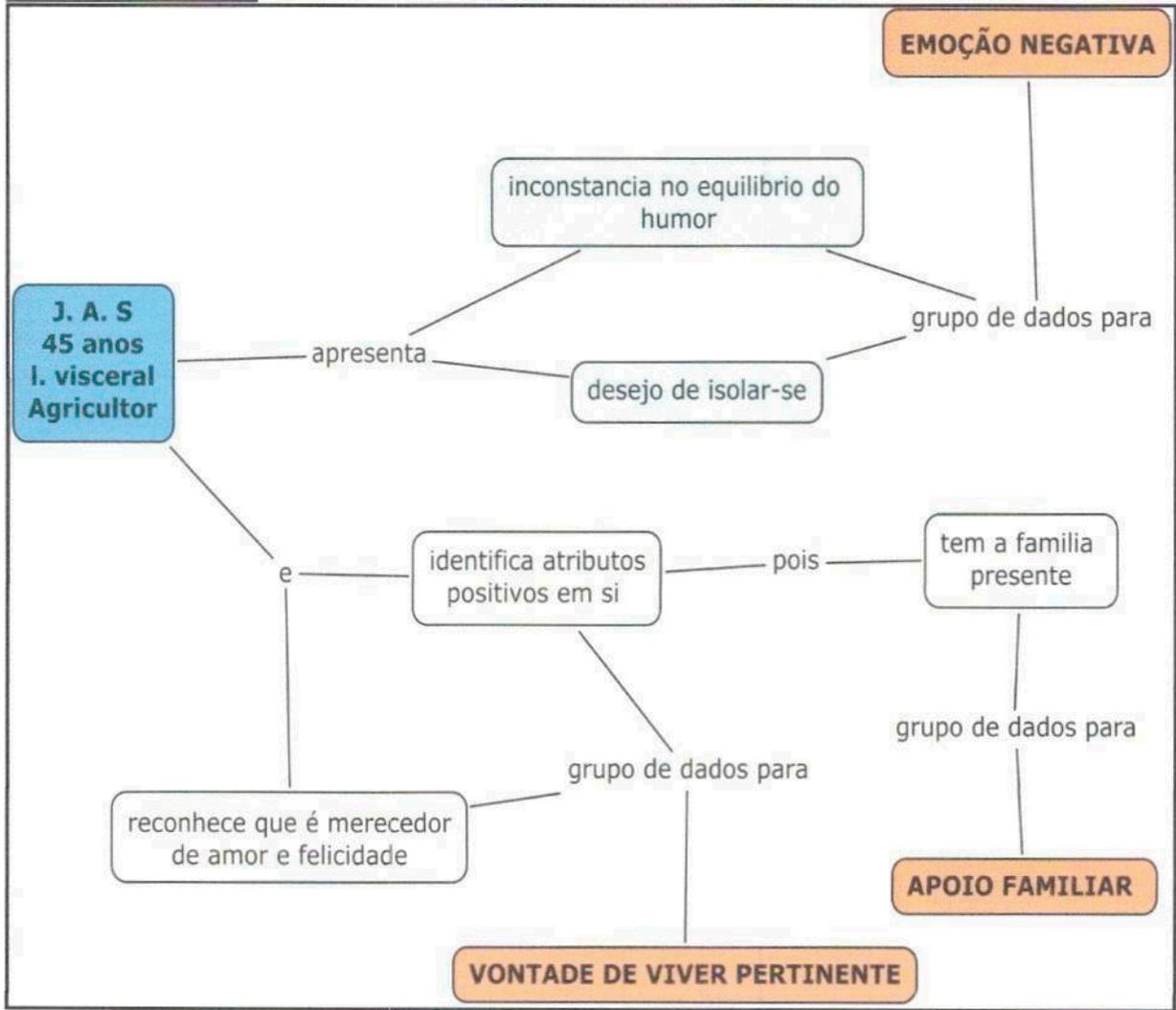


Figura 4 - Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 4. Campina Grande - PB, 2014.

CASO CLÍNICO5- N.M. B

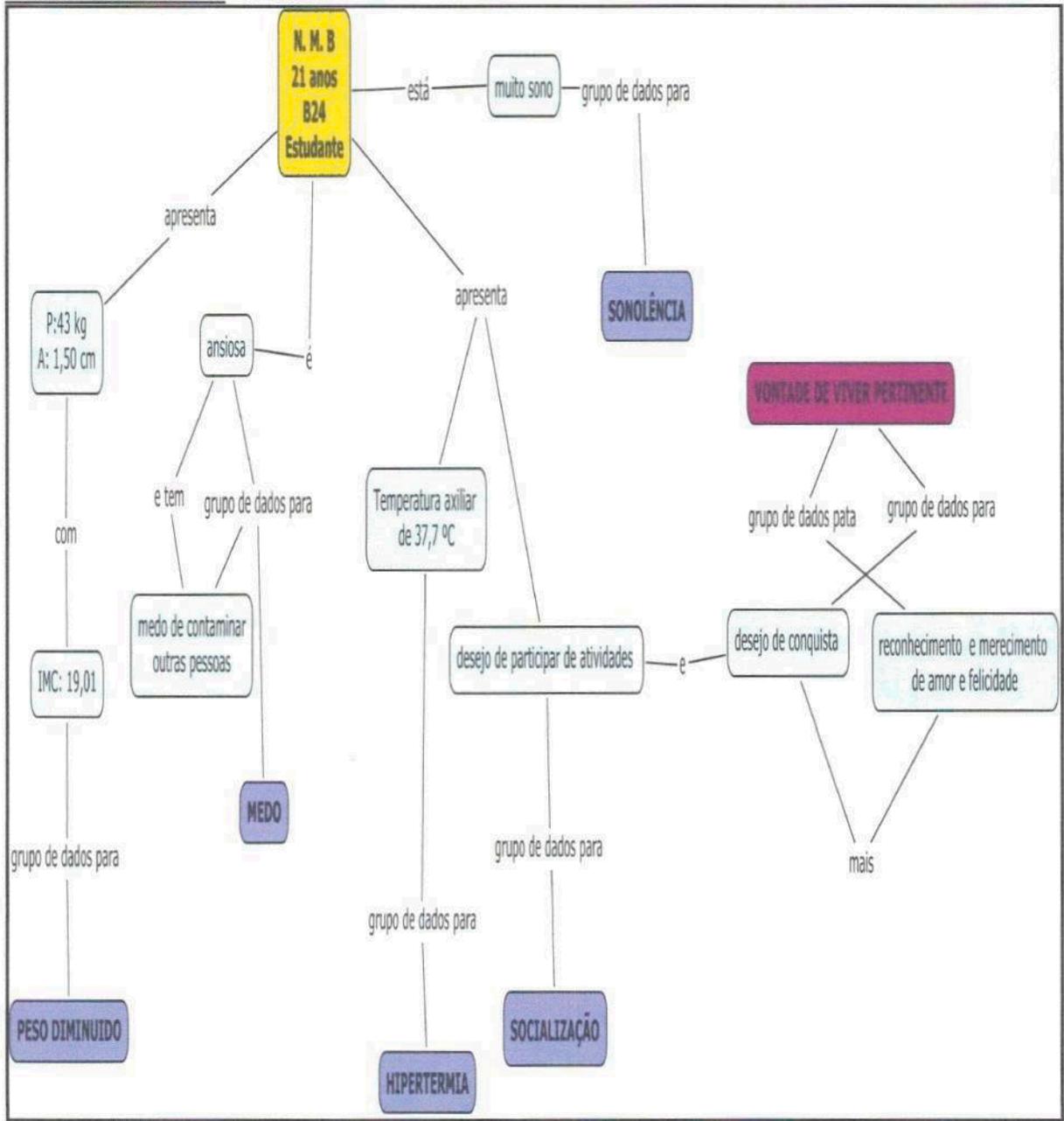


Figura 5 - Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 5. Campina Grande - PB, 2014.

CASO CLINICO 6- C.S.F

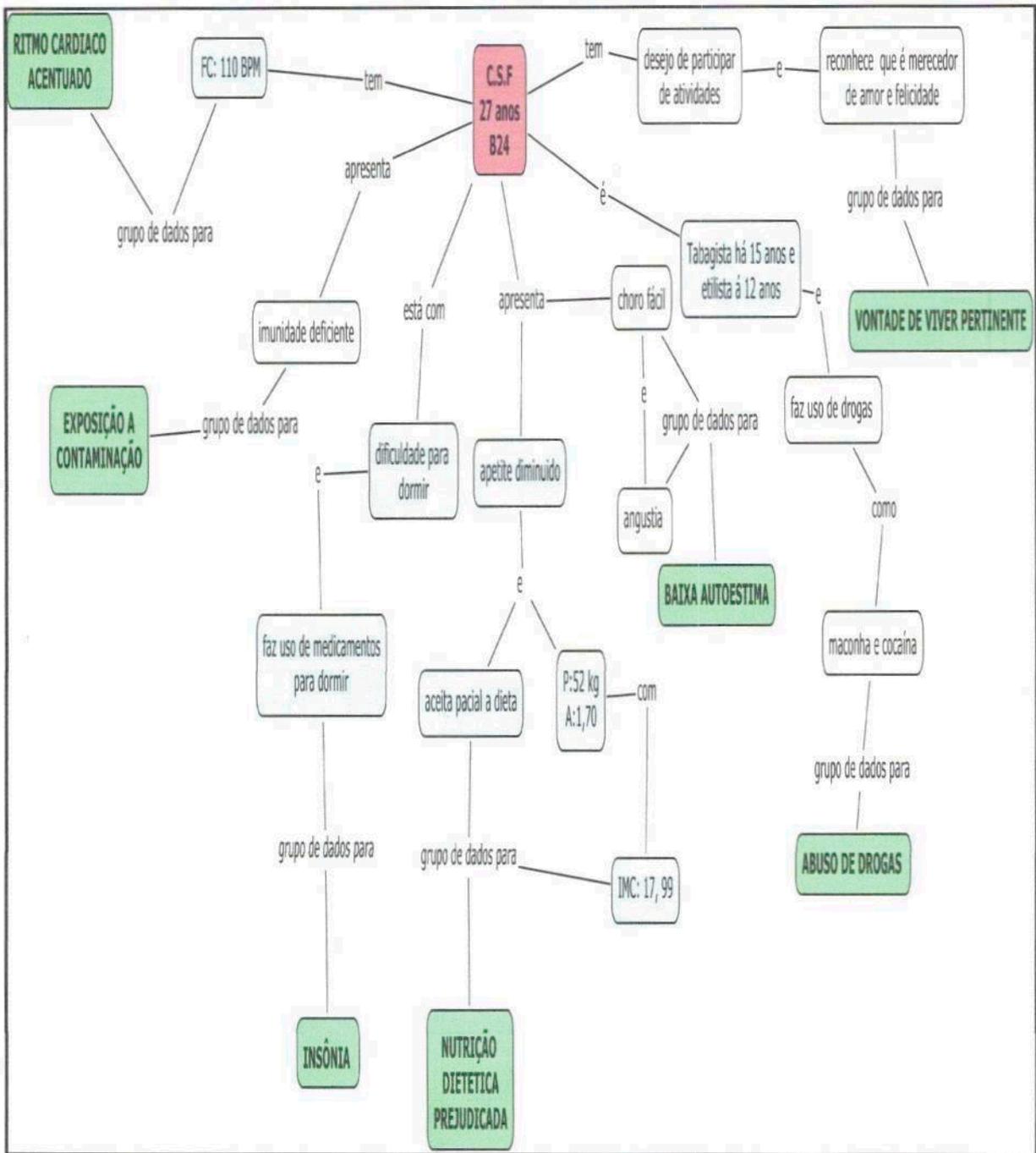


Figura 6 - Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 6. Campina Grande - PB, 2014.

BIBLIOTECA

CASO CLINICO 7- S. R. B

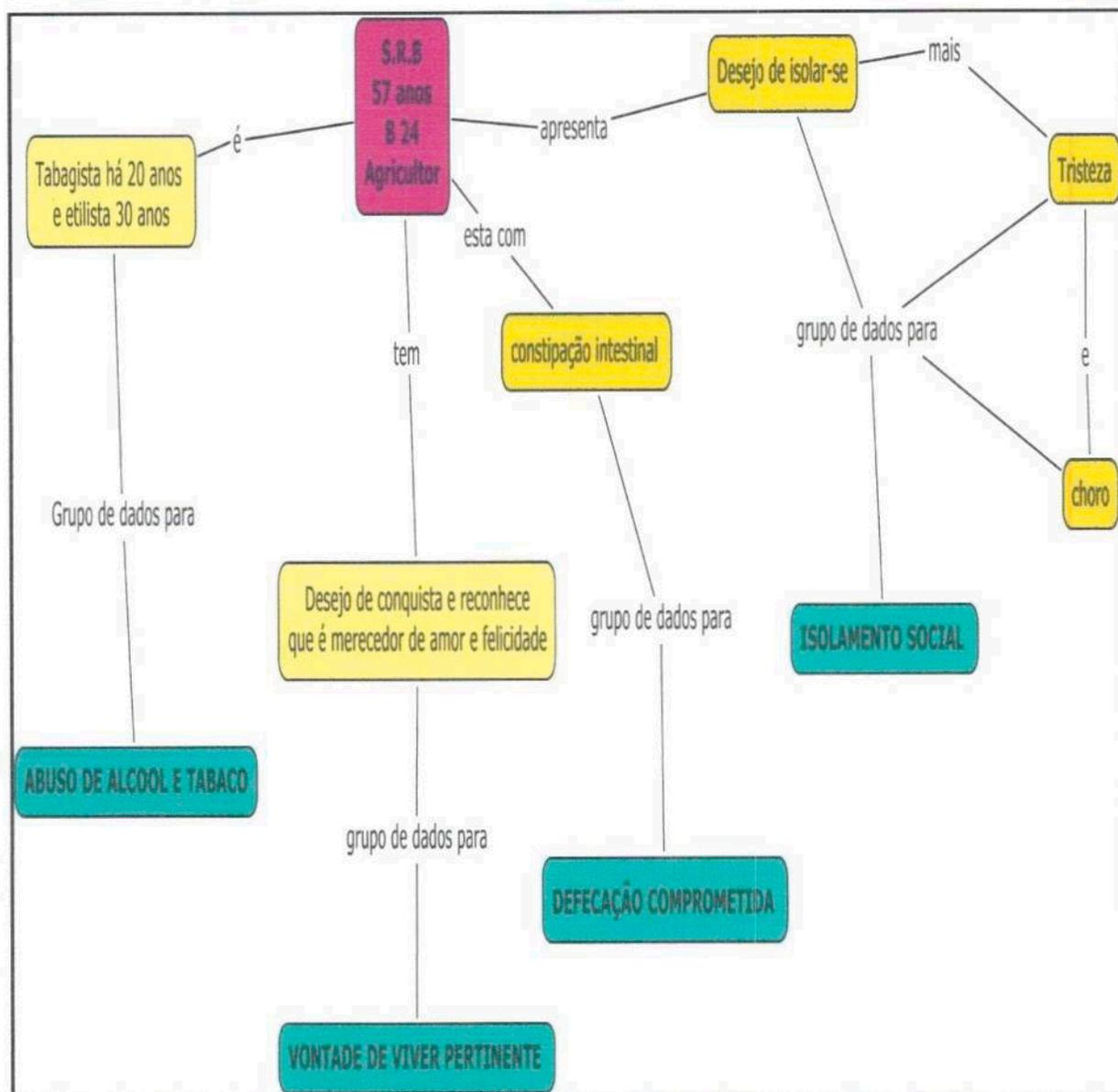


Figura 7 - Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 7. Campina Grande - PB, 2014.

BIBLIOTECA

CASO CLÍNICO 8 – J. I. S

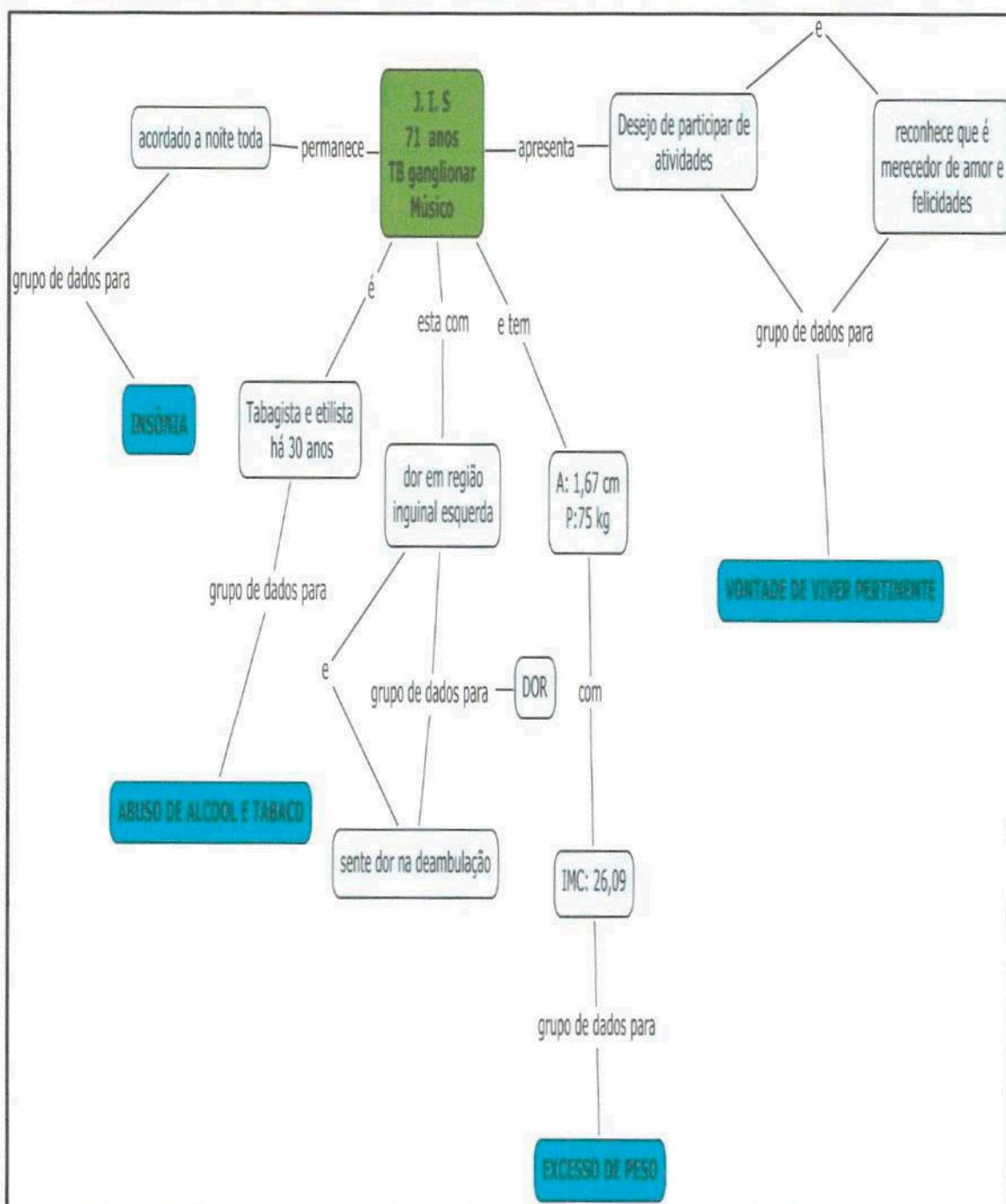


Figura 08 - Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 8. Campina Grande - PB, 2014.

CASO CLÍNICO 09 – E. G. S

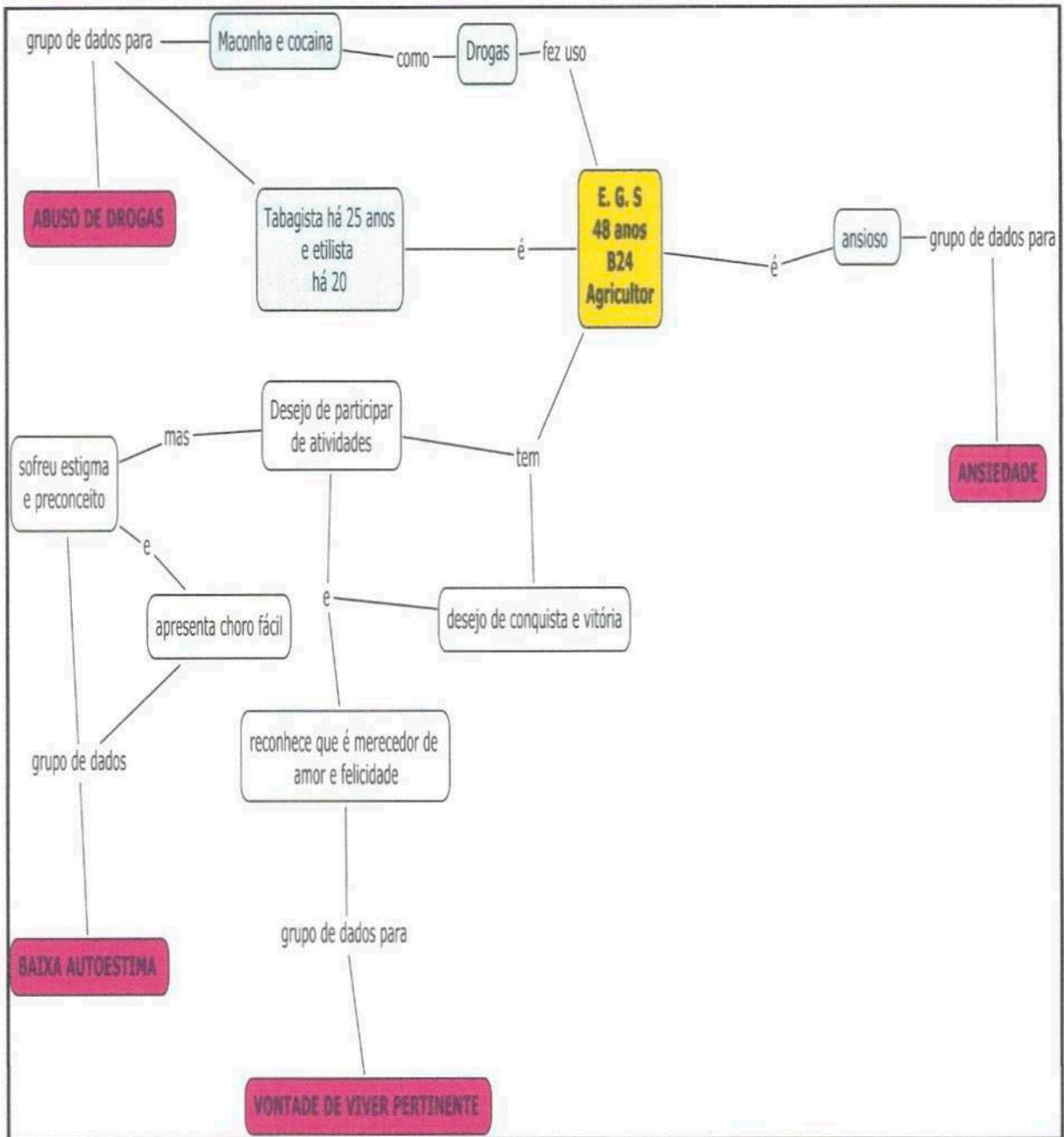


Figura 09 - Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 9. Campina Grande - PB, 2014.

CASO CLÍNICO 10 – J. S. L

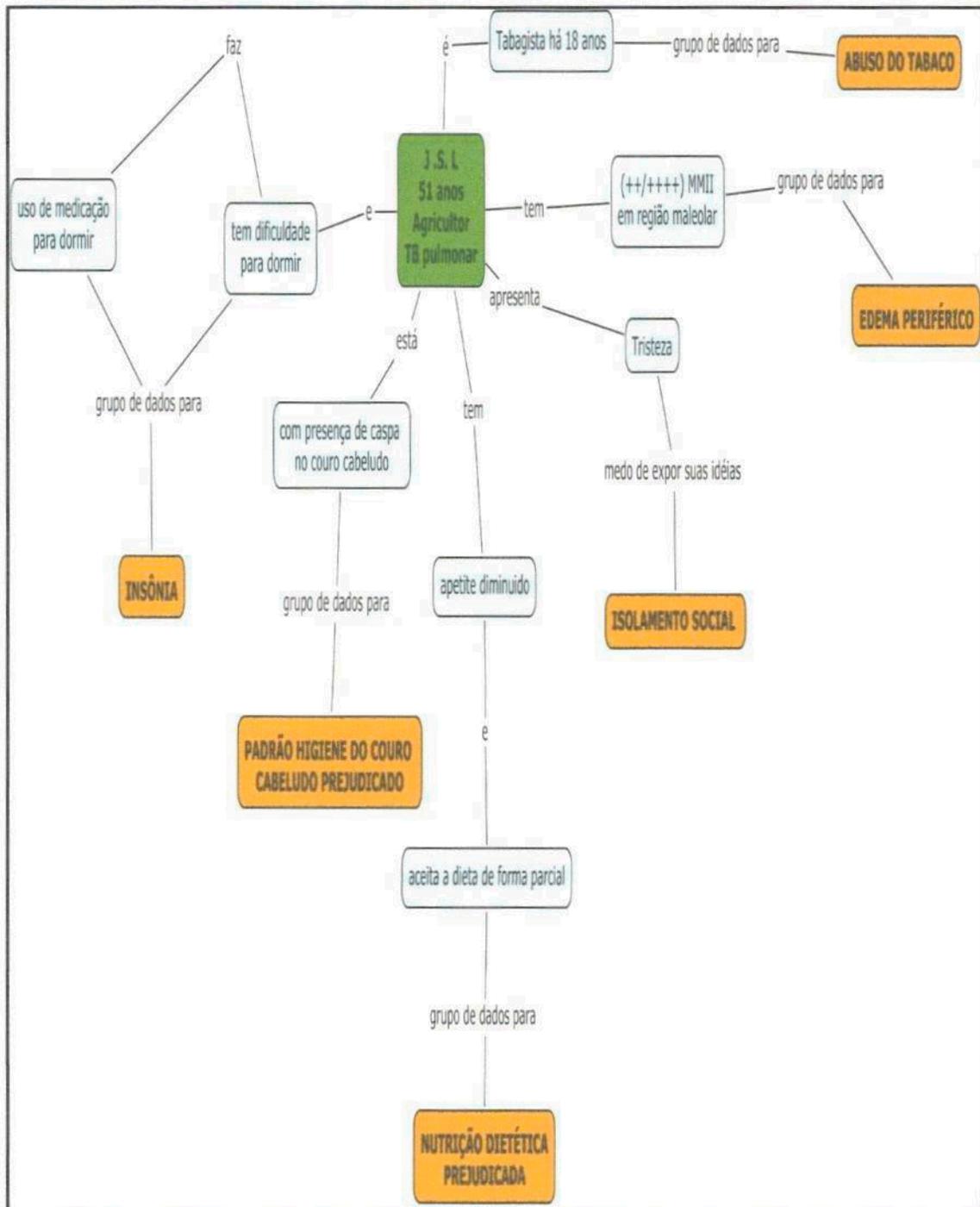


Figura 10 - Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 10. Campina Grande - PB, 2014.

CASO CLÍNICO 11– C. B. S

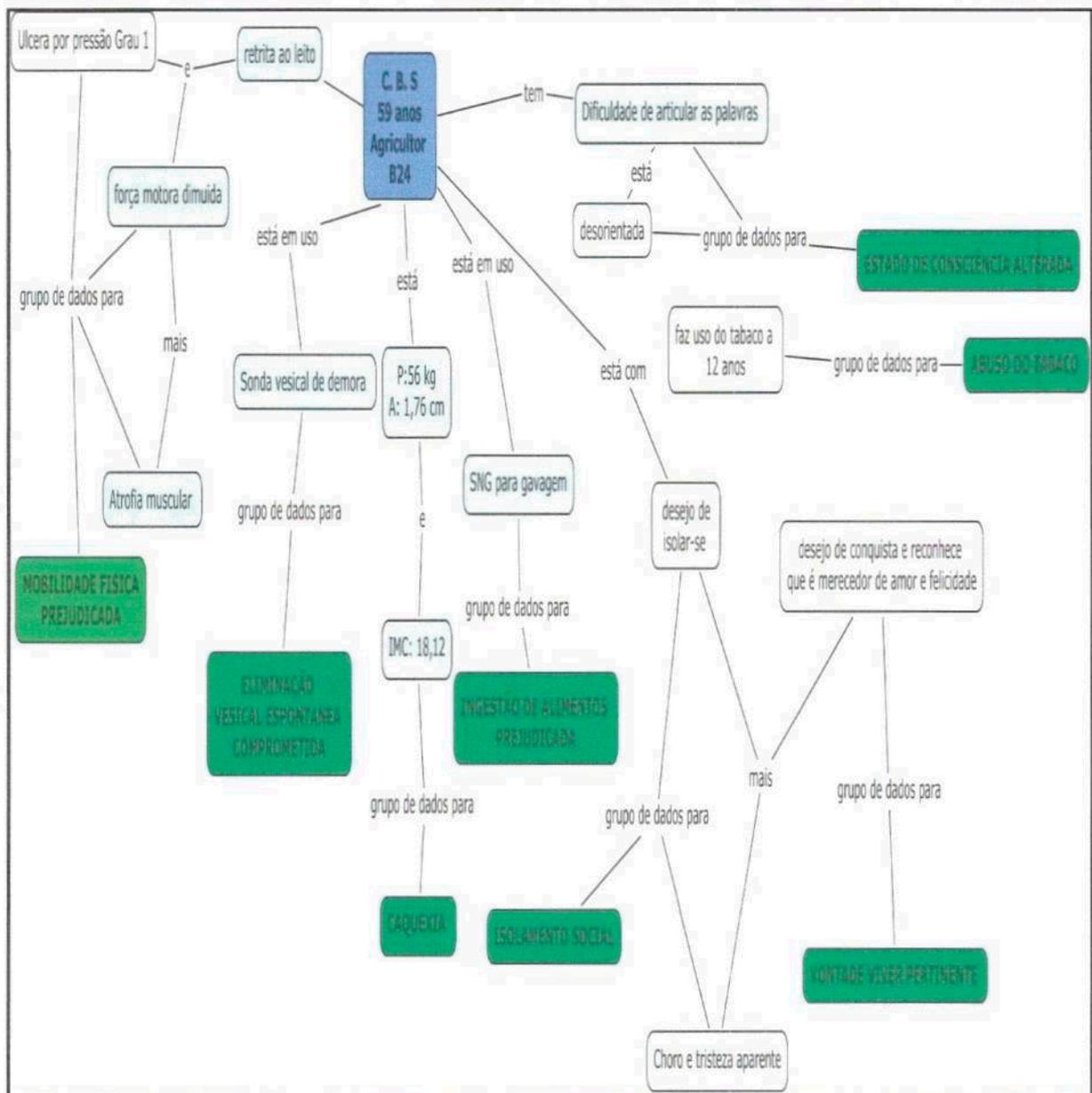


Figura 11 - Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 11. Campina Grande - PB, 2014.

CASO CLÍNICO 12 – M. L. A

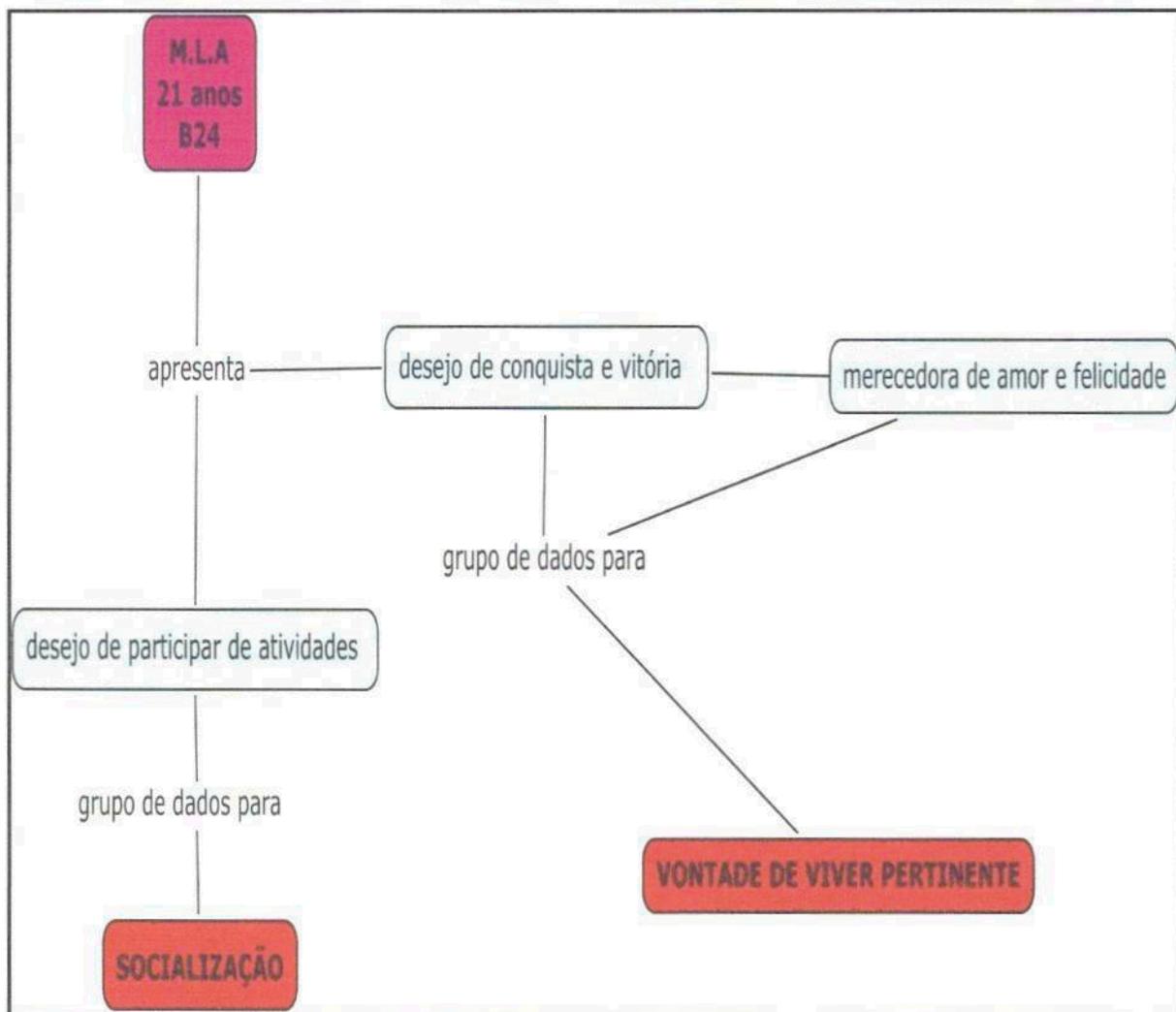


Figura 12 - Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 12. Campina Grande - PB, 2014.

CASO CLÍNICO 13 – A. C. I

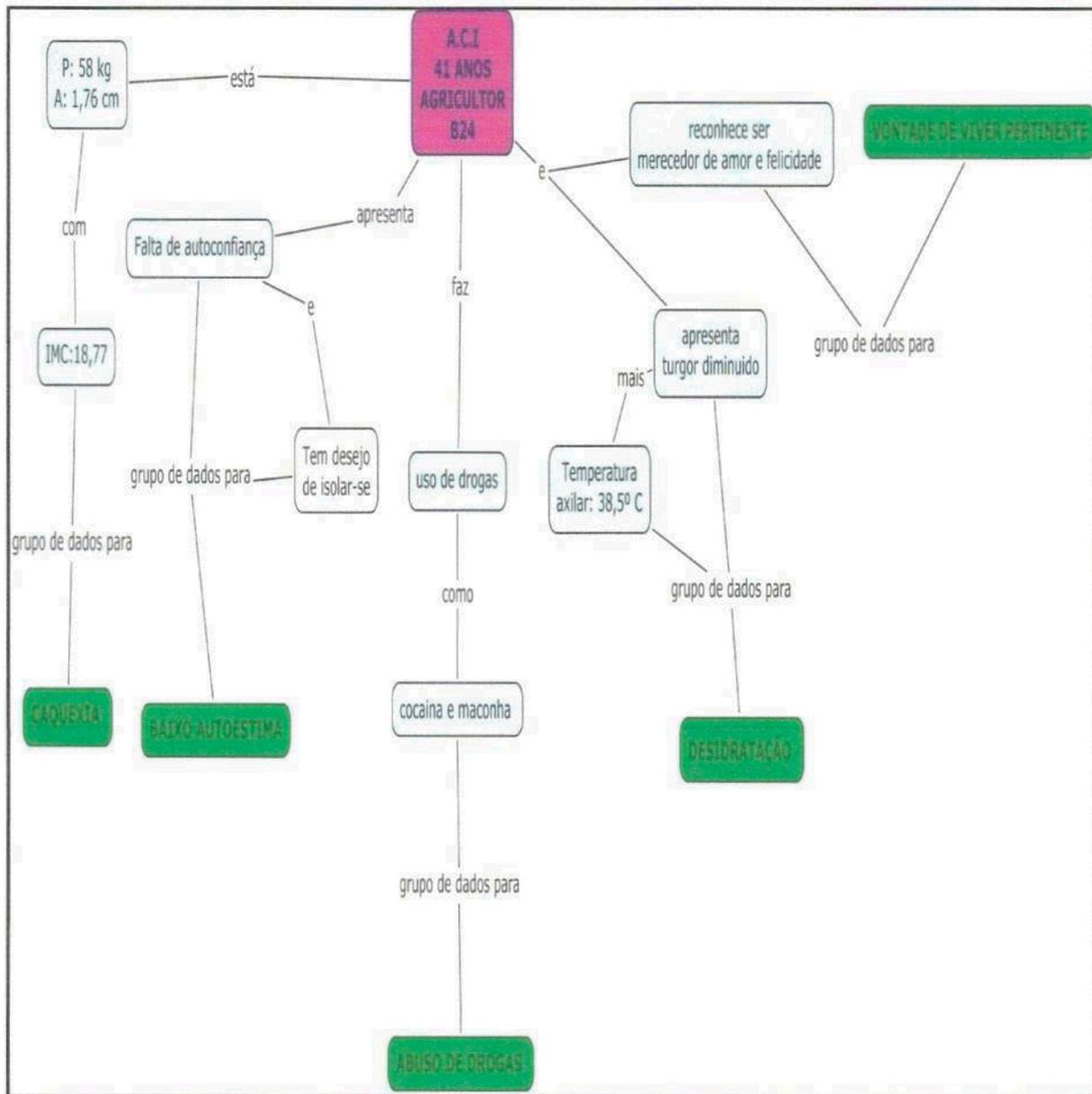


Figura 13 - Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 13. Campina Grande - PB, 2014.

CASO CLÍNICO 14 – A.T.A

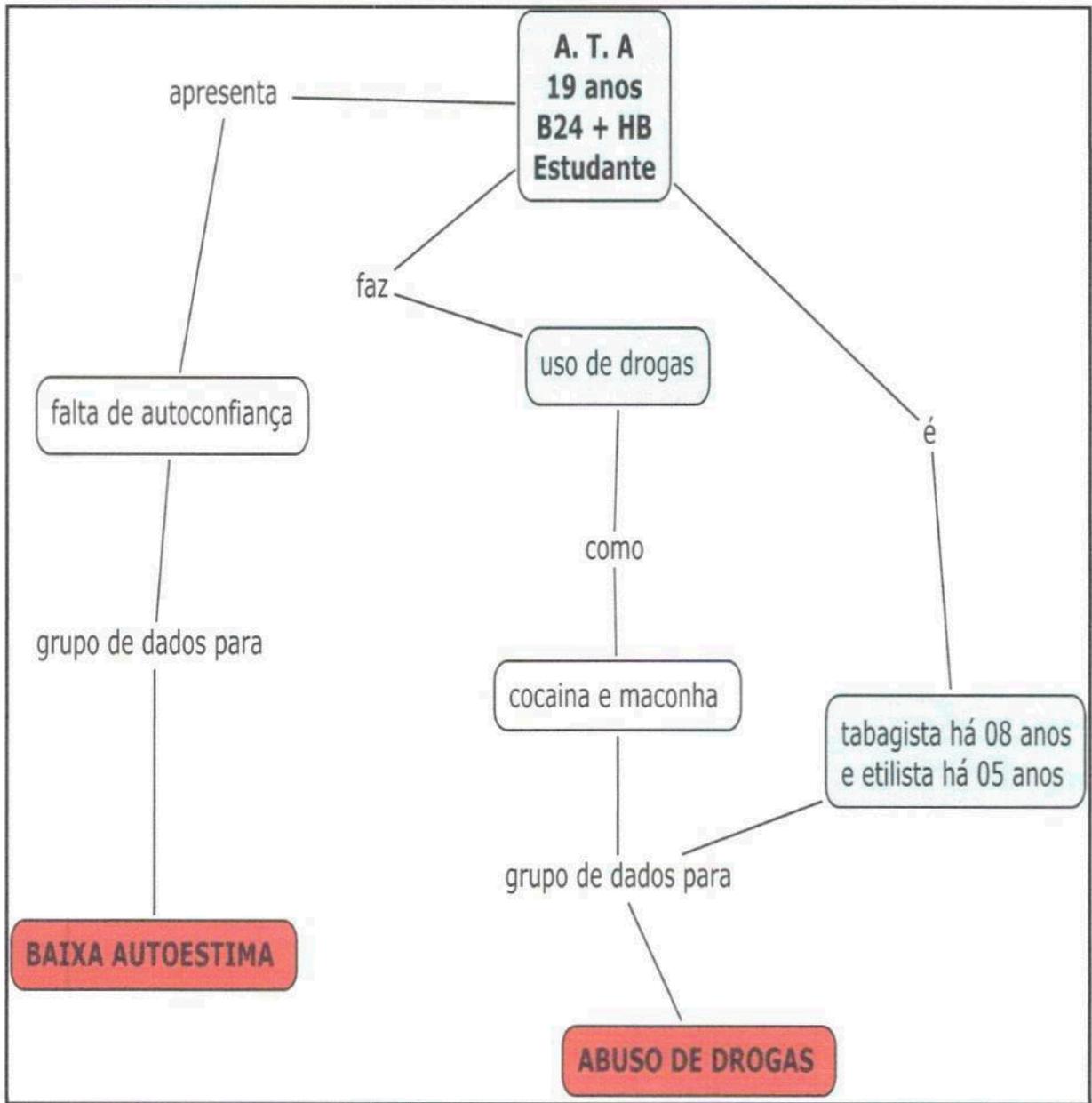


Figura 14- Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 14. Campina Grande - PB, 2014.

CASO CLÍNICO 15 – F. C. B

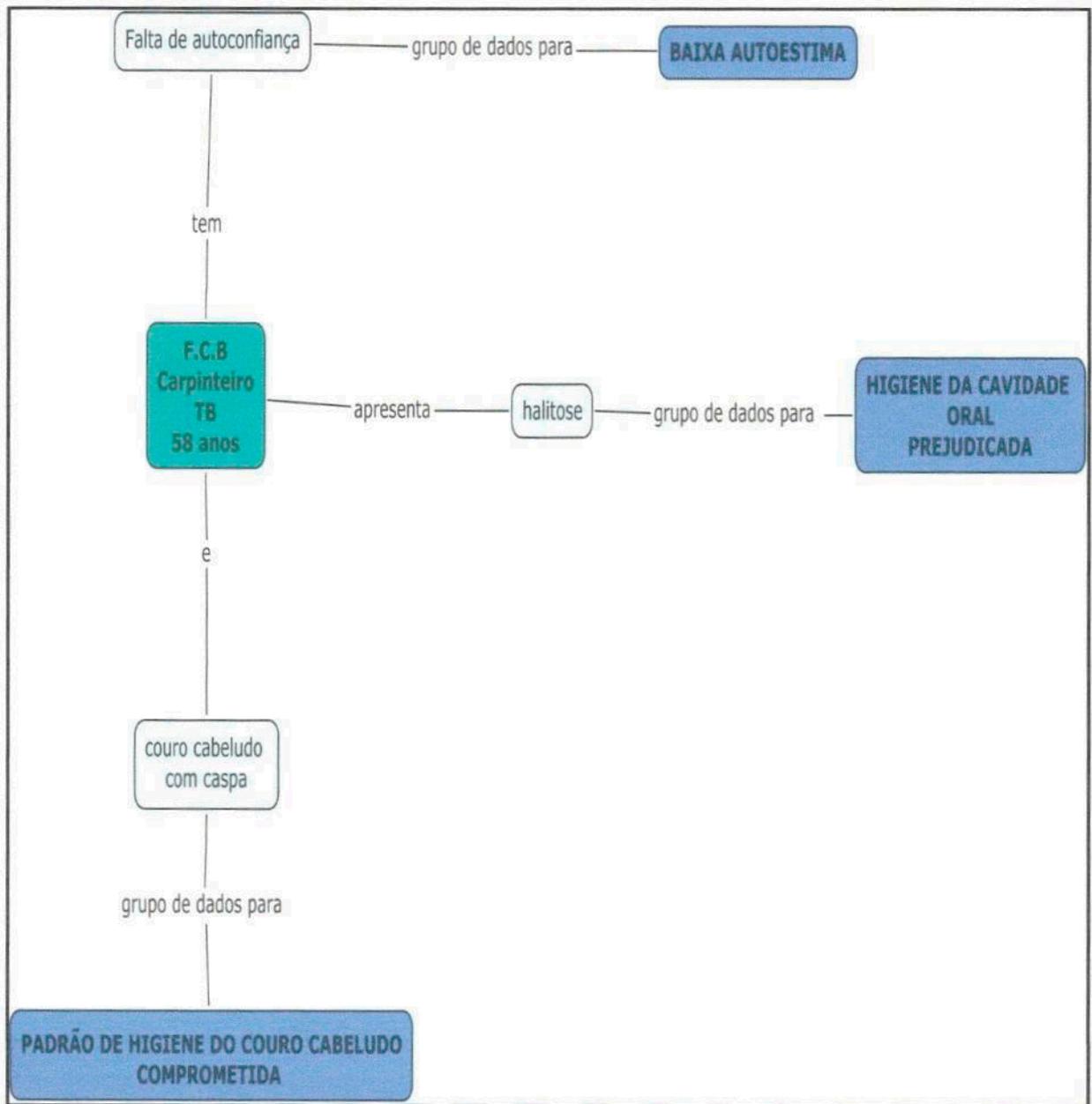


Figura 15 - Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 15. Campina Grande - PB, 2014.

CASO CLÍNICO 16 – A. T. E

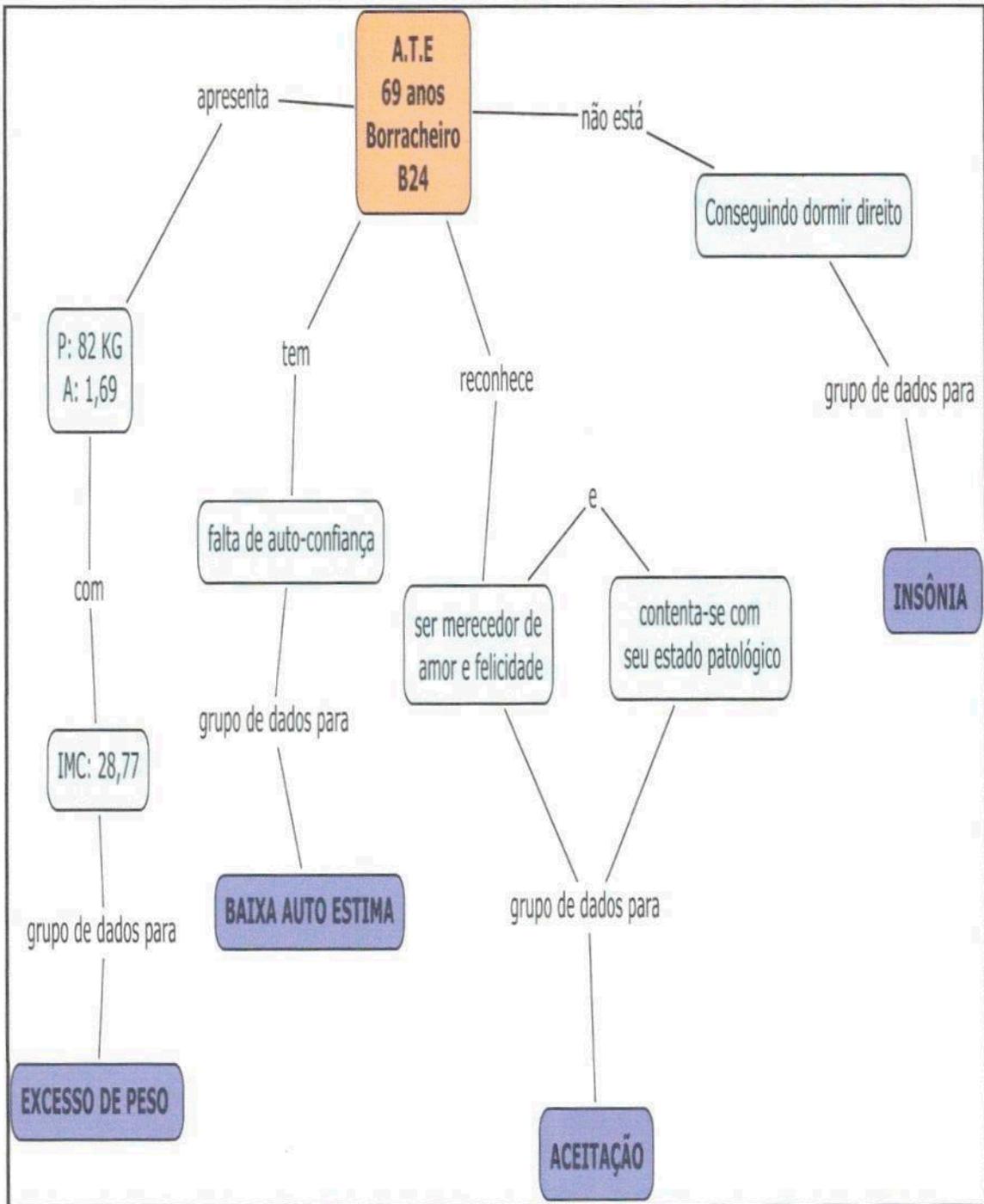


Figura 16 - Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 16. Campina Grande - PB, 2014.

CASO CLÍNICO 17 – M. A. C

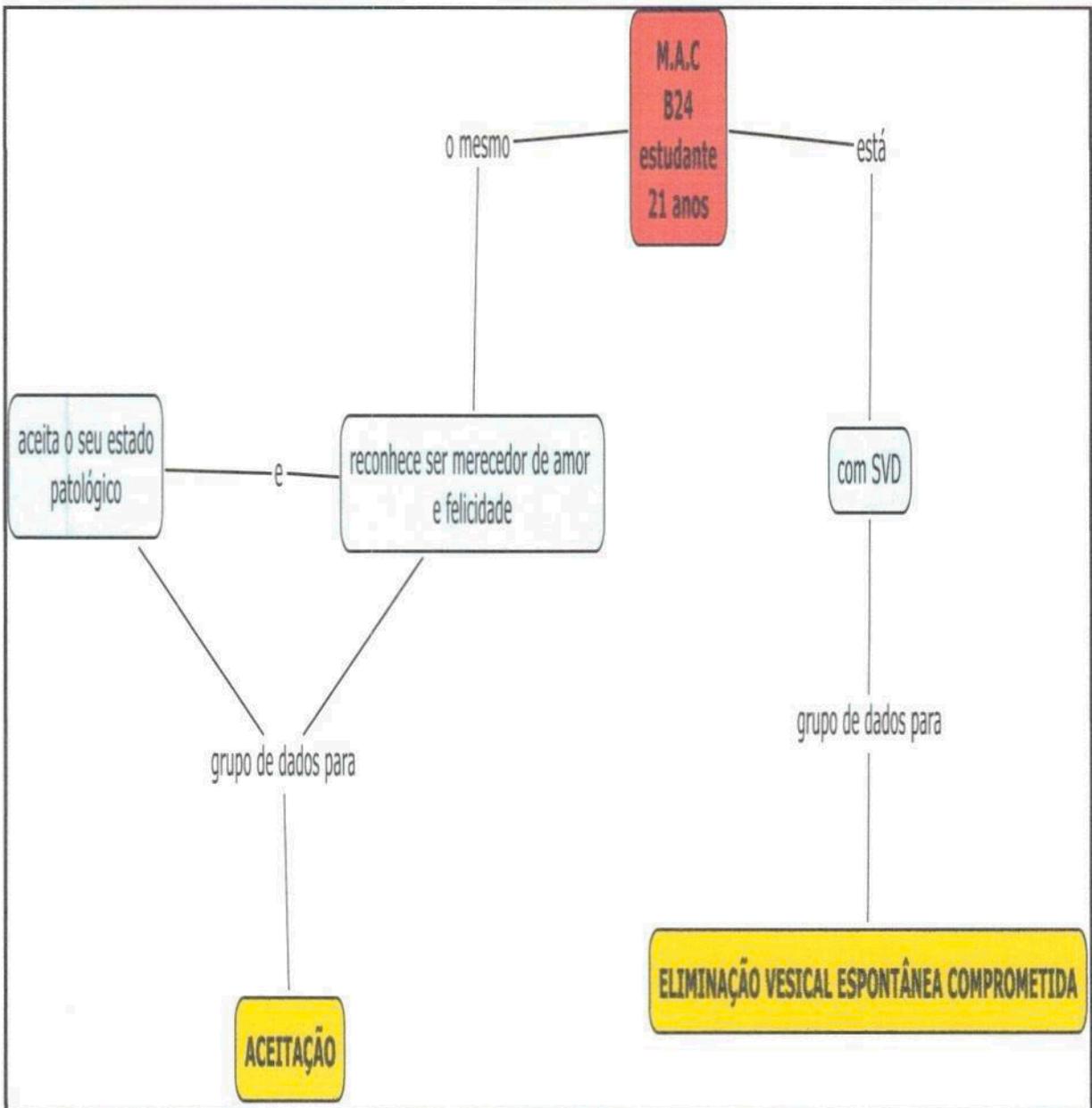


Figura 17 - Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 17. Campina Grande - PB, 2014.

CASO CLÍNICO 18- P.R.A

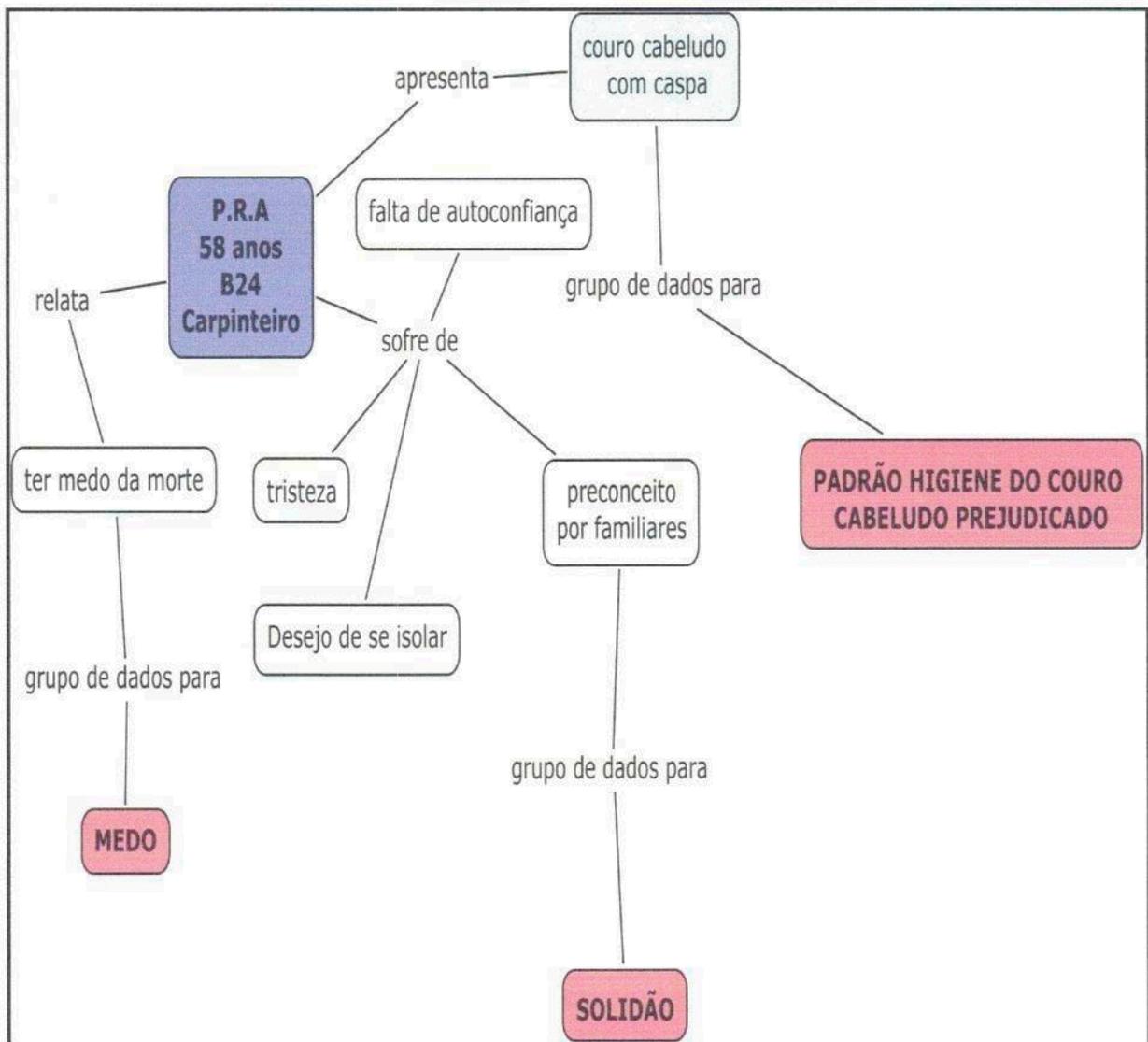


Figura 18 - Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 18. Campina Grande - PB, 2014.

CASO CLÍNICO 19-J.F.B

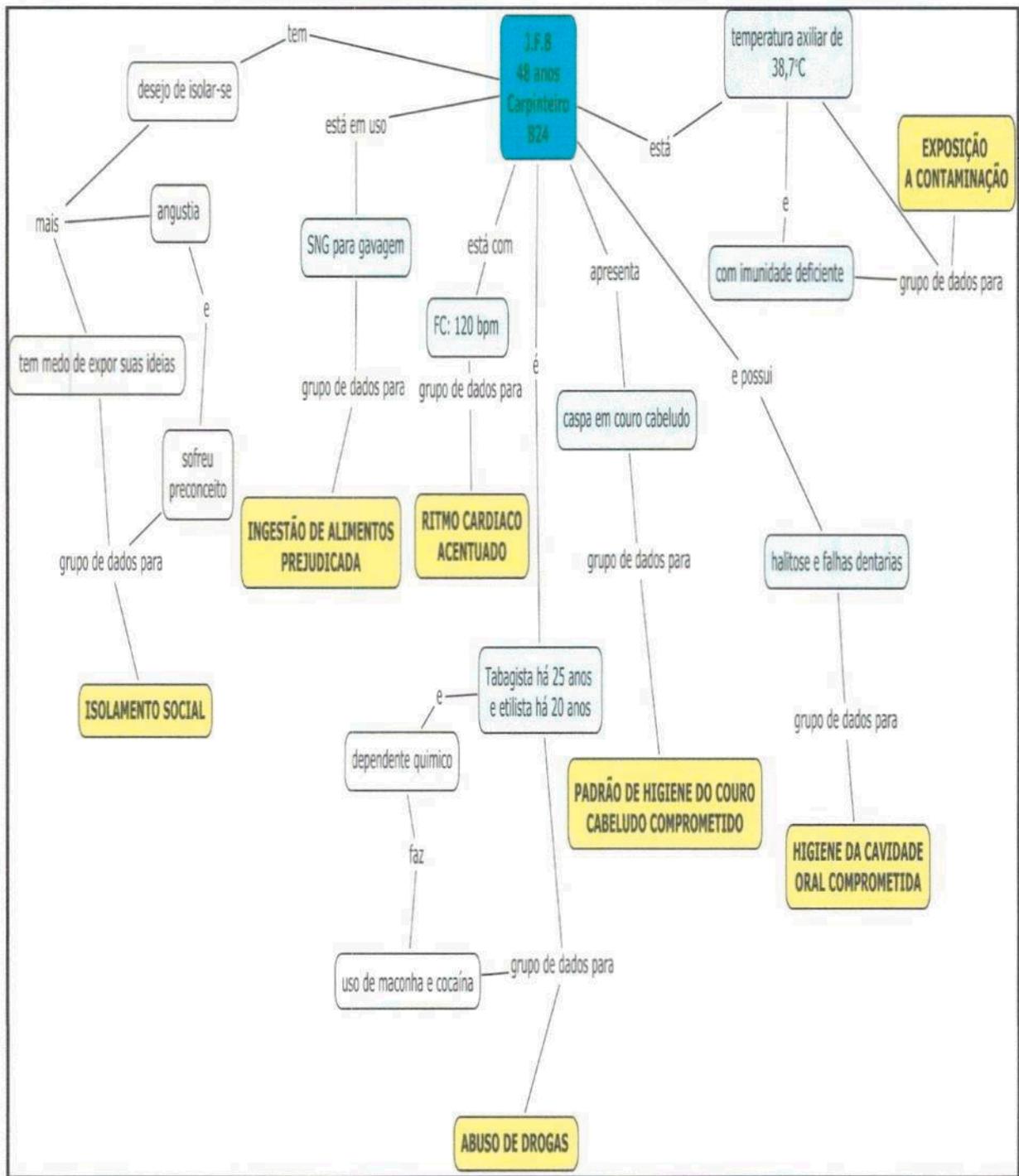


Figura 19 - Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico 19. Campina Grande - PB, 2014.

Após a esquematização em mapas conceituais, e para um melhor entendimento dos resultados obtidos, enquadraram-se os achados das afirmativas de diagnósticos em tabelas de acordo com as necessidades humanas básicas. A partir disto, pode-se visualizar os diagnósticos mais incidentes, que chegaram a um montante de 37 afirmativas, sem sinonímia e 85 com grau de repetição. Com isso, foram catalogados na

Tabela – 2, os achados diante das necessidades psicobiológicas, como a oxigenação, hidratação e regulação eletrolítica, nutrição e eliminação, sono e repouso entre outros, demonstrado logo abaixo:

Tabela 2- Demonstrativo de diagnósticos de enfermagem dos pacientes acometidos por doenças transmissíveis conforme necessidades humanas básicas psicobiológicas do Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC, Campina Grande – PB, 2014.(n=88)

Necessidades Humanas Básicas Psicobiológicas	Diagnóstico de Enfermagem	N	%
Hidratação e regulação eletrolítica	Edema Periférico	01	1,13
	Ingestão de alimentos prejudicada	02	2,27
	Caquexia	03	3,40
	Nutrição dietética prejudicada	02	2,27
	Regurgitação presente	01	1,13
	Nutrição e Eliminação	Excesso de peso	04
Peso diminuído		01	1,13
Defecação comprometida		01	1,13
Eliminação vesical espontânea comprometida		03	3,40
Eliminação intestinal excessiva		01	1,13
Sono e Repouso		Sonolência	01
	Insônia	06	6,81
Locomoção, mecânica corporal e motilidade/ Regulação Neurológica	Mobilidade física prejudicada	01	1,13
	Ansiedade	01	1,13
	Tremor presente	01	1,13
Cuidado corporal e integridade cutaneomucosa	Integridade da pele prejudicada	01	1,13
	Padrão de higiene do couro cabeludo comprometido	05	5,68
	Higiene da cavidade oral prejudicada	02	2,27
	Desidratação	01	1,13
Regulação térmica	Hipertermia	01	1,13
	Regulação imunológica	Exposição a contaminação	02
Regulação vascular		Ritmo cardíaco acentuado	02

Segurança Física	Abuso do Tabaco	02	2,27
	Abuso de Drogas	06	7,05
	Abuso de álcool e tabaco	03	3,40

Fonte: Pesquisa Direta, Campina Grande – PB, 2014.

Diante disto, os achados diagnósticos frente às necessidades psicossociais foram elencados em uma única ilustração (Tabela 3). Vale salientar que os possíveis diagnósticos das necessidades psicoespirituais não foram contemplados em virtude da incipiência de dados fornecidos pelos pacientes. Observou-se durante as entrevistas que muitos não se apegavam a religiosidade no momento da angaria dos dados e nem relataram a religião como pertencente dentro das “prioridades” na sua vida. Em detrimento, podemos perceber que o quantitativo de diagnósticos psicossociais está em menor proporção à partir das necessidades psicobiológicas, conforme tabela abaixo:

Tabela 3- Demonstrativo de diagnósticos de enfermagem dos pacientes acometidos por doenças transmissíveis conforme necessidades humanas básicas psicossociais do Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC, Campina Grande – PB, 2014.(n=88)

Necessidades Humanas Básicas Psicossociais	Diagnóstico de Enfermagem	N	%
Comunicação	Capacidade de se comunicar através da fala prejudicada	01	1,17
	Estado de consciência alterada	01	1,17
Aprendizagem (Educação á saúde) Sociabilidade/ Recreação e Lazer	Isolamento social	05	5,68
	Solidão	01	1,17
	Aceitação	02	2,27
	Apoio familiar	01	1,17
	Medo	02	2,27
Autorealização, Autoestima e Autoimagem	Emoção negativa	02	2,27
	Vontade de viver pertinente	11	12,50
	Socialização	03	3,40
	Baixa autoestima	05	5,68

Fonte: Pesquisa Direta, Campina Grande – PB, 2014.

6. DISCUSSÕES



FONTE: Google imagens, 2014.

A partir dos resultados apresentados, pode-se observar uma diversidade de diagnósticos de enfermagem diante dos acometidos por doenças transmissíveis do hospital lócus desta pesquisa. No que tange às necessidades psicobiológicas e psicossociais, subdividimos por categorias para uma melhor compreensão dos resultados.

Nesta perspectiva, antes mesmo de realizarmos a construção das afirmativas de diagnóstico de enfermagem, elencamos os dados sociodemográficos dos devidos participantes, e obteve-se os seguintes resultados: uma incidência maior no sexo masculino, representado por 16 (84,22%) pacientes; no que se refere à faixa etária, aqueles que tinham idade entre 46 à 55 anos tiveram maior representatividade com 11 (57,89%) participantes; em relação ao estado civil, 12 (63,15%) eram casados; no tocante à profissão, 8 (42,10%) eram agricultores e o diagnóstico de maior evidência era o HIV/AIDS, perfazendo um total de 16 (84,22%) dos participantes da pesquisa. Por fim, elencou-se o catolicismo como a crença religiosa que se sobrepôs as demais, representado por 18 (94,74%) dos pacientes entrevistados.

Desta forma, verificou-se que, neste estudo, os homens, casados e que possuem diagnóstico médico de HIV/AIDS são a maior representatividade desta amostra. Confirmando verdadeiro cenário atual da epidemia do HIV/AIDS, pois quanto ao sexo, foram identificados 333.485 casos de AIDS no sexo masculino com faixa etária de 25 a 55 anos e 172.995 no sexo feminino na faixa etária de 25 a 36 anos, no ano de 2010, no mesmo estudo observaram que a razão de sexo (M: F) no país vem diminuindo ao longo da série histórica, passando de 15,1:1, em 2006, para 1,5:1, em 2010 (GASPAR et al., 2011).

Salientando que não foram encontrados dados no âmbito científico quanto à correlação do paciente com a atividade laboral. Diante dos pressupostos dos resultados da pesquisa, o HIV/AIDS tornou-se mais incidente, em decorrência do local da pesquisa ser referência para o tratamento ambulatorial e assistencial da enfermidade, no referido município do estudo.

Após essa análise, categorizam-se as afirmativas diagnósticas de enfermagem conforme às necessidades psicobiológicas e psicossociais. Destaca-se que, neste estudo, às necessidades psicoespirituais não foram evidenciadas como as demais, pois muitos dos participantes apresentavam receio em exteriorizar as suas crenças e apego religioso. Contudo, poucos reafirmaram a sua crença, mas não entraram em detalhe do modo

como expressavam a sua devoção, sabendo mesmo assim, que o apego religioso leva a uma plenitude espiritual e interpessoal.

Desta forma, muitos dos pacientes não se sentiam à vontade em partilhar sobre suas crenças, enquanto outros expressavam suas emoções veementemente. Os motivos pelos quais os participantes da pesquisa mencionavam em abster-se do diálogo sobre espiritualidade eram, primeiramente, o diagnóstico de HIV/AIDS, por ser considerada uma patologia incurável e por vivenciarem perdas no contexto familiar.

É sabido, dentro do contexto científico, que quando uma pessoa está em crise, seja relacionada a fatores intrínsecos (interpessoal) ou extrínsecos (família, problemas financeiros, conflitos amorosos) torna-se necessário que a mesma encontre um sistema de apoio, como associações que possibilitem conversas de grupo, apoio psicológico dentro das reais necessidades dos indivíduos, para que assim, contribua para a melhoria dos aspectos psíquicos, emocionais, sociais e espirituais afetados. Diante disto, é fundamental que o profissional de enfermagem atuem de forma serena, observe o outro, o seu modo de comporta, respeite as suas singularidades e/ou pluralidades e principalmente os seus conceitos frente à religiosidade. Haja, pouco visto na clínica do estudo em tela.

Contudo, conforme mencionado acima, os diagnósticos formulados a partir das necessidades psicobiológicas e psicossociais, aparecem em grande quantitativo, assim, priorizou-se nesta discussão, apenas aqueles que representaram um percentual significativo de citação dentro de cada necessidade humana básica tornando pertinente ao estudo. Haja vista, que se primou em discutir os seguintes diagnósticos: “Edema periférico” “Eliminação intestinal excessiva” “Ingestão de Alimentos”, “Nutrição dietética prejudicada”, “Caquexia”, “Eliminação vesical espontânea prejudicada”, “Insônia”, “Sonolência”, “Tremor”, “Padrão de higiene do couro cabeludo comprometido”, “Higiene oral prejudica”, “Hipertermia”, “Ritmo cardíaco alterado”, “Abuso de Drogas”, “Capacidade de se comunicar através da fala prejudicada”, “Isolamento social” e “Vontade de viver pertinente”.

Desta forma, seguindo o modelo estabelecido por Horta (1979), á partir da teoria das Necessidades Humanas Básicas, cada diagnóstico apontado será discutido, considerando a sua inserção no tipo de necessidade, conforme demonstrado a seguir:

6.1 NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

6.1.1- Hidratação e regulação eletrolítica

Os diagnósticos de enfermagem encontrados nesta necessidade foram: “Edema periférico”. Para Jasenet al. (2013), o edema é um estado de acumulação de líquidos entre os espaços, intra ou extracelulares, onde os dispositivos de regulação estão falhos e a necessidades eletrolíticas descompensadas. Contudo, pode-se perceber que nas afirmativas de diagnósticos formulados pelo presente estudo, “Eliminação intestinal excessiva”, reafirma as informações descritas, pois os pacientes com déficit de transposição de líquidos entre os meios intra e extracelular leva ao desequilíbrio, refletindo secundariamente nos outros sistemas. Na afirmativa de Necessidade de Eliminação intestinal excessiva, percebe-se que o mesmo se enquadra nesse processo de disfunção entre líquidos ocasionados por um agente patológico, como bactéria, protozoário ou vírus, sendo esse um sintoma da fase aguda das pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Desta forma, cabe ao profissional de enfermagem, juntamente com a sua equipe assistencial, a vigilância dobrada a estes pacientes, pouco visualizada no campo da pesquisa. À execução do balanço hídrico, ou controle hídrico é fundamental para os pacientes com as afirmativas supracitadas, juntamente com educação em saúde em parceria com o setor de nutrição, é importante que o paciente compreenda o porquê do aumento e/ou diminuição do consumo de um determinados alimentos, seja rico de água ou eletrólitos.

6.1.2 - Necessidade de Nutrição

Diante da necessidade de nutrição foram encontrados os seguintes diagnósticos: “Ingestão de Alimentos”, “Nutrição dietética prejudicada” e “Caquexia”. A prática da alimentação diversificada, rica em proteínas, vitaminas, minerais, carboidratos leva a um aporte nutricional para as devidas deficiências, contudo, quando o paciente se encontra hospitalizado, essa condição nutricional aumenta progressivamente, ou seja, o suporte deve ser mais intensivo. Entretanto, a ingesta, ou o aporte nutricional, pode está sendo comprometido pela patologia instalada, levando às vezes a quadro de caquexia (SANTOS; SANTOS; MAIA, 2009).

Nesta perspectiva, vale ressaltar que mais da metade dos pacientes hospitalizados deste estudo apresentou caquexia devido à dificuldade em deglutir. O

prejuízo no mecanismo da deglutição é uma das alterações mais comuns nas pessoas que vivem com HIV/AIDS, em decorrência do aparecimento de doenças oportunistas, tais como a candidíase esofágica, cujos sintomas mais comuns são a dor ao deglutir e a inapetência. Nesse sentido, o paciente que antes se alimentava por via oral, se submete ao cateterismo nasogástrico, a fim de manter o aporte calórico positivo. Porém, com a utilização deste mecanismo, os alimentos perdem alguns componentes nutritivos (geralmente, são liquidificados), o que leva ao emagrecimento acentuado. Destaca-se, ainda, que pacientes internados por um período menor que cinco dias podem sofrer menos com a redução do consumo nutricional, realidade não pertinente aos pacientes com doenças transmissíveis, que requerem tempo para estabilização das condições fisiológicas (BARBOSA et al.,2006).

Contudo, a caquexia, diagnóstico construído neste estudo é um quadro patológico que afirma as informações descritas. Percebe-se que o comprometimento da ingestão e a nutrição deficiente levam ao presente quadro, uma vez que a candidíase esofágica é um processo patológico secundário às pessoas que vivem com HIV/AIDS. O paciente com doença infectocontagiosa, independente de seu agente etiológico, apresenta no transcorrer do tratamento, inapetência em decorrência de vários fatores, entre eles: jejuns prolongados (para realização de exames), medicamentos que apresentem alterações na mucosa oral, período de hospitalização prolongado, estresse psicológico devido ao processo de adoecimento má suporte nutricional (COSTA et al., 2010).

Para Avelino et al., (2012), a caquexia é definida quando a pessoa apresenta um índice de massa corporal menor que 19,35 e, geralmente, está associada a uma complicação clínica de uma resposta sistêmica crônica, no entanto suas características sintomatológicas diferem do estado de semi-inanição. Os autores supracitados enfatizam que a caquexia está associada à perda muscular, reduzida ingestão de alimentos, diminuição de atividade física e acelerada degradação de proteínas. Essa disfunção metabólica ocorre em muitas doenças crônicas tais como AIDS, câncer, miocardiopatia crônica, falência crônica dos pulmões, cirrose hepática, doença renal crônica, artrite reumatoide e sepse.

Contudo, faz necessário que o enfermeiro estabeleça intervenções que visem atenuar os sintomas da inapetência, melhorando, assim, as condições fisiológicas do paciente, tais como: mensuração do IMC, solicitação de avaliação nutricional, orientação quanto aos hábitos alimentares saudáveis e alimentos irritantes. Para aqueles que fazem

uso de sonda nasogástrica explicar o motivo do uso, os cuidados diante da sonda, limpeza diária e informações acerca da alimentação que está sendo instalada.

Já, no quadro de caquexia, avaliar a importância da suplementação na alimentação do paciente junto ao serviço de nutrição e a cada dia realizar a análise do índice de massa corporal do paciente, que encontramos por meio do seguinte cálculo: Peso/Altura^2 , torna-se uma ação de vigilância primordial da Enfermagem. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), pessoas com $\text{IMC} < 20$ são consideradas com baixo peso. Nessa conjuntura, índices de massa corporal abaixo de 19,03 são classificados como caquexia (MEDEIROS et al., 2009).

6.1.3 – Necessidade de Eliminação

Para esta necessidade, construí-se o diagnóstico de enfermagem: “Eliminação vesical espontânea prejudicada”. Teixeira et al. (2010) discutem que a eliminação urinária prejudicada está intrinsecamente ligada à disfunção nervosa sensório-motor, acarretando a inflexibilidade do esfíncter. Geralmente, é ocasionado por um agente etiológico, como vírus ou bactérias, mas pode surgir a partir de uma disfunção genética ou sistêmica, como hepatite, doenças autoimunes, cirrose hepática entre outros.

Nesta conjuntura, o cateterismo vesical de foley torna-se a terapêutica mandatória. Araujo, Silva e Puggina (2007) retratam que este procedimento, via de regra, culmina em infecções urinárias, deixando os pacientes com maior suscetibilidade à complicações, como nefropatias. Nesse sentido, em se tratando de pessoas que vivem com HIV/AIDS, há um elevado risco destes pacientes piorarem suas condições clínicas, uma vez que a imunidade apresenta-se diminuída em decorrência da patologia.

Desta maneira, se faz mister que o enfermeiro utilize técnica rigorosamente asséptica durante o procedimento e que priorize ações atenuantes para riscos de complicações, tais como: esvaziar a bolsa coletora quando atingir 2/3 do volume total; realizar desinfecção da bolsa com álcool a 70% antes e após manipulação da bolsa; manter a bolsa sempre abaixo do nível da cintura do paciente; durante o transporte, clampar o sistema coletor; quando for necessário realizar irrigação, utilizar sonda de três vias; coletar urina para realização de exames com agulha estéril por punção no local apropriado do sistema com prévia desinfecção com álcool a 70% (AVELINO et al., 2012).

6.1.4 – Necessidade de Sono e Repouso

Neste segmento de necessidade, esta pesquisa elencou as seguintes afirmativas de diagnóstico de enfermagem: “Insônia” e “Sonolência”. Teixeira et al. (2010) ressaltam que pacientes com doenças crônicas, geralmente, fazem uso contínuo de medicamentos e algumas drogas apresentam como efeito adverso alterações no padrão do sono, podendo oscilar entre a insônia e a sonolência.

Para Clemente (2006) três fatores que alteram o padrão do sono são: a mudança de ambiente, modificações no cardápio alimentar e o uso de medicação para estimular as endorfinas do sono decorrente de uma súbita deficiência destas substâncias ocasionadas pelo uso de medicações diariamente como pacientes acometidos por doenças crônicas. Outro aspecto que se torna relevante enfatizar é que a população idosa tem maior comprometimento no que se refere a esse sintoma. Entretanto, percebe-se que os quadros de insônia e sonolência levam ao sono e repouso comprometidos, pois o mesmo se encaixa nas afirmativas descritas, onde o sono e repouso é definido como o período que a mente e o corpo estão em inatividade parcial ou completa, ocorre a reparação dos tecidos orgânicos e facilita o crescimento celular (GOYATA; ROSSI; DALRI, 2006).

Desta forma, cabe à equipe assistencial de enfermagem, modular ações que sejam atenuadoras, como: colocar o quarto em penumbra; ofertar alimentos e chás que estimulem o sono, mas que não ocorram interação com a medicação prescrita, ficando a cargo do enfermeiro essa vigilância; realizar massagens relaxantes e encorajar banho tépido antes de dormir, pois é responsável pela liberação de endorfina, um neurotransmissor relaxante.

6.1.5 – Locomoção, mecânica corporal e motilidade/Regulação Neurológica

O diagnóstico de enfermagem encontrado relacionado à necessidade de locomoção, mecânica corporal e motilidade, foi “Tremor”. Costa et al. (2010) caracterizam tremor por ser uma limitação no movimento físico corporal, seja independente ou voluntário, ocasionado pelo movimento de excitabilidade neurogênica, gerada por uma disfunção de transmissão de neurotransmissores, ou, uma interação medicamentosa.

Esse sintoma pode variar entre indivíduos em condições semelhantes e, em uma mesma pessoa, em momentos distintos. Esta limitação física pode se manifestar de forma súbita ou lentamente. De acordo com a sua extensão e duração torna-se um fator

contribuinte para uma série de problemas de saúde, entre eles, o déficit do autocuidado e interação social prejudicada (CLEMENTE, 2006).

Diante disto, doenças agudas ou crônicas como as degenerativas e neurotoxoplamose, levam a disfunção no processo de sinapses do sistema nervoso central e suas adjacências e isso afeta diretamente a marcha do paciente. Contudo, o individuo fica restrito ao leito ou até mesmo à imobilidade, acarretando alterações no processo de circulação,interferindo na termogênese fisiológica do cliente (POTTER; PERRY, 2009).

A partir destes pressupostos, a afirmativa do diagnóstico formulado pelo estudo, como “Mobilidade física prejudicada” reafirma as informações descritas, pois a causa pode estar associada a um tremor persistente, ocasionado por uma doença degenerativa ou microrganismo como vírus, bactéria e fungos, comuns em pacientes com doenças transmissíveis. Entretanto, o enfermeiro, deve-se ater nas ações de estímulo para a melhora do paciente, tais como: mudança de decúbito, avaliação da condição muscoesquelética do paciente com o serviço de fisioterapia e estimular o paciente a participar de atividades educativas.

6.1.6 – Integridade cutaneomucosa e Cuidado corporal

Diante da presente necessidade, encontramos os respectivos diagnósticos: “Padrão de higiene do couro cabeludo comprometido” e “Higiene oral prejudica”. Costa et al. (2010) salientam que pacientes com doenças transmissíveis podem apresentar algumas modificações na pele, couro cabeludo e cavidade oral. A higiene oral, íntima e do couro cabeludo também fazem parte do cuidado corporal, pois muitos pacientes imunodeprimidos apresentam seborreia excessiva no couro cabeludo, principalmente naqueles com pele oleosa. Dessa forma, é necessário uma higiene intensiva, com atenção para a fricção do couro cabeludo, a fim de estimular a circulação e melhorar a nutrição do epitélio (AVELINO et al.,2012).

Diante do exposto, a higiene corporal dentro do segmento oral, íntima e do couro cabeludo é um mecanismo de profilaxia, principalmente, para os indivíduos que sofrem com as modificações na pele e mucosas decorrente de uma determinada enfermidade, como os pacientes acometidos pelas doenças transmissíveis. Desta Forma, á prática torna-se como um mecanismo de complementação do tratamento. Para Resende, Bachion e Araújo (2006) a prática da higiene corporal, seja está íntima, oral ou corporal

leva ao indivíduo ao patamar de um ser saudável trazendo benefícios, e sendo o um dos diversos mecanismos para a manutenção da saúde, segurança e bem-estar,

Á partir disto e considerando as informações descritas, muitos dos pacientes imudeprimidos, como os acometidos por HIV/AIDS, apresentam a cavidade oral com acometimento fungíco decorrentes das comorbidades secundária. Diante disto, cabe ao profissional de enfermagem uma atenção especial, como a avaliação diária da cavidade oral, o uso de bicarbonato de sódio na assepsia da cavidade, orientação quanto à importância da higiene. Em relação à necessidade íntima, a vigilância deve ser pertinente, pois as infecções secundárias como gonorreia e sífilis surgem em alguns pacientes e são caracterizadas pela presença de secreções exsudativas, onde a limpeza diária deve ser prioridade, para que não ocorra uma colonização da enfermidade.

6.1.7– Regulação Térmica

Na conjuntura, frente à necessidade de regulação térmica, encontramos a afirmativa de diagnóstico de enfermagem, “Hipertermia”. Para Tariniet al., (2008) o quadro de hipertermia está vinculada ao aumento da temperatura corporal por falência dos mecanismos de dissipação do calor, como condução, convecção e irradiação, a mesma é definida como um importante aumento da temperatura corporal central a cima de 40° C, acarretando danos aos tecidos corporais e o comprometimento de múltiplos órgãos.

Costa et al. (2010), trazem, para a discussão que o quadro de febre (até 38° C) está ligado ao aumento no limiar térmico do hipotálamo. Caracterizando assim, o estado, como um mecanismo de defesa que serve de estímulo para a produção de leucócitos. Já, o quadro de hipertermia (de 38, 1° C á 39,9 °C) está relacionada a incapacidade do controle hipotalâmico, pois o excesso da temperatura acarreta a desnaturação enzimáticas e conseqüentemente a sua inatividade, refletindo no metabolismo do indivíduo.

Neste segmento, os quadros de hipertermia dos pacientes acometidos por doenças transmissíveis estão vinculado na maioria das vezes à imunidade deficiente, levando ao acometimento por outras morbidades. Por isso, torna-se fundamental adoção de medidas restritivas que atenuem essa exposição, principalmente no âmbito hospitalar. Local este, com uma flora bacteriana e viral diversificada, em decorrência de uma rotatividade de enfermidades, onde o mau uso da antibioticoterapia e práticas não assépticas confere aos agentes etiológicos uma devida resistência (AVELINO et al.,2012).

Á partir dos pressupostos torna-se fundamental a adoção e realização de ações pelo enfermeiro que levem a atenuação do quadro febril, como: compressa em locais de grande circulação, mudança de decúbito, orientações quando ao uso de roupas leves, administração de antitérmicos, conforme prescrição médica, e medidas de higiene, como, lavagem das mãos, o uso de luvas e realização de procedimentos com técnicas assépticas.

6.1.8 – Regulação Vascular

Diante da necessidade vascular, encontramos a afirmativa, “Ritmo cardíaco alterado”. Para Paschoal, Palessi e Simioni (2008), discute que a causa do aumento ou diminuição do ritmo está associada a enfermidades de diversas magnitudes, ou seja, multifatorial, as causas destes fatores podem ser desequilíbrio hidroeletrólítico, quadro séptico e alérgico, hipertermia ocasionada por doenças transmissíveis, como HIV/AIDS, tuberculose pulmonar e extrapulmonar entre outras. Os autores ainda ressaltam que, a frequência cardíaca é um marcador fidedigno do ritmo, pois paciente que apresenta a frequência cardíaca acima de 100bpm e abaixo de 60 bpm, o sistema de perfusão pode está alterado.

Para uma boa perfusão, o fluxo sanguíneo deve estar adequado às necessidades dos indivíduos, pois se aumenta a necessidade metabólica o fluxo tem de aumentar e vice-versa, para que assim assegure uma pressão normal. Com isso, a necessidade vascular não está voltada só as descompensação cardíaca, mas a integridade vascular, como os quadros de hemorragia, gengivorragia, equimose, característico de pacientes portadores de doenças transmissíveis (POTTER; PERRY, 2009).

Contudo, o enfermeiro deve está atento para as devidas necessidades vascular, pois a mesma afeta diretamente os demais sistemas, não eximindo a atenção para com os outros. Com isso dentro das várias formas de cuidado e intervenção, podemos realizar, a ausculta cardíaca, mensuração dos sinais vitais e cautela diante do uso da medicação pelos pacientes com o respectivo quadro.

6.1.9 – Necessidade de segurança física e ambiente

Deste modo, nesta necessidade, encontramos as afirmativas de diagnósticos de enfermagem, “Abuso de drogas”. Smeltzer et al. (2009) denota que o uso incorreto dessas substância alterar o estado de ânimo ou comportamento do usuário. Discutem ainda, os autores, que as drogas lícitas, como a nicotina do tabaco altera a viscosidade

do sangue. O álcool leva a perda do juízo crítico, do comportamento, da concentração e consciência. Já, as drogas ilícitas, como a cocaína e maconha, acarretam a uma exacerbação sintomatológica como taquicardia, convulsão, arritmias ventriculares e alucinações. Assim, as pessoas que abusam desses dois tipos de drogas tem maior risco de contrair as infecções causadas pelo HIV, hepatite B e C e tétano (SMELTZER et al.,2009).

Diante disto,a relação entre o consumo de álcool e drogas antes ou durante o ato sexual, na população em geral, é comumente justificada pela crença, de que o consumo dessa substância poderá favorecer a um desempenho sexual desejável e, conseqüentemente, aumentaria o prazer (MEDEIROS et al., 2009). Espere et al. (2013), denota, que indivíduos alcoolizados e drogadício têm mais chance de praticar o sexo sem preservativo do que os indivíduos que não fazem o uso.

Nesse contexto, o uso do álcool de forma indiscriminada, está associado à diminuição da ansiedade ou da inibição, facilitando assim, certos atos na relação sexual, referidos como difíceis de serem realizados sem o efeito da bebida alcoólica (CARDOSO et al., 2008). Com isso, decorrente da grande incidência de contaminação pelo vírus do HIV, comprovado pelo estudo em tela, cabe ao enfermeiro, promover ações que versem para atenuar a devida estatística, como, orientar quanto ao não uso das drogas, seja licita ou ilícitas, a importância do uso da camisinha como mecanismo de prevenção, mesmo que tenha acometido pelo vírus HIV/AIDS, respeitando os direitos sociais dos indivíduos.

6.2 NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

6.2.1 – Comunicação

Dentro da necessidade de comunicação, construímos a afirmativa de diagnóstico de enfermagem a “Capacidade de se comunicar através da fala prejudicada”. Paiva et al., (2010), discutem que comunicação é uma necessidade humana básica, portanto, qualquer fator que afete diretamente a fala, seja de cunho patológico ou genético, acarreta ao individuo transtornos interpessoais, como a retração social.

A qualificação da linguagem verbal é dada pelo tom de voz e o jeito com que palavras são ditas por olhares ou expressões faciais, por gestos que acompanham o discurso, pela postura corporal, tamanho da distancia física que as pessoas mantêm uma das outras, e até mesmo, por suas roupas, acessórios e características físicas. Para a

enfermagem, especificamente, a comunicação não é apenas mais um instrumento básico para o relacionamento terapêutico, mas deve ser considerada como uma capacidade interpessoal (ARAÚJO; SILVA; PUGGINA, 2007).

Neste contexto, a afirmativa de diagnóstico, “consciência alterada”, é reafirmada pelas informações descritas, pois pacientes que apresentam a comunicação alterada, pode está com o nível de consciência reduzida, provido de alguns acometimentos patológico, ou, decorrente do uso de determinadas medicações, o que é bastante pertinente, aos pacientes que fazem o uso de substâncias por muito tempo, principalmente indivíduos acometidos pelo HIV/AIDS, como o Efavirenz, um antirretroviral, que cursa com momentos alucinógenos. Á partir disto cabe o enfermeiro desenvolver uma relação interpessoal com o indivíduo, mesmo que seja através da expressão facial, para que assim, diminuía os seus anseios e entenda as suas vontades.

6.2.2- Aprendizagem/Sociabilidade/ Recreação e Lazer

Desta forma, as afirmativas de diagnóstico construído á partir desta necessidade, encontramos o “Isolamento social”. Para Costa et al. (2012), o convívio social entre as pessoas acometidas por doenças transmissíveis, torna-se bastante restritiva, á partir do momento em que o meio social sabe do seu acometimento patológico, ou, mesmo não detendo a ciência do fato, o indivíduo tem como mecanismo de defesa o isolamento social, evitando certos tipos de meios sociais, representados como potencialmente discriminatórios. Os autores explanam ainda que o paciente com doenças transmissíveis seja hanseníase, tuberculose, HIV/AIDS, hepatites, sofre as ações do tipo restritivas de cunho direta e indireta dos profissionais de saúde que ali articulam a assistência, potencializando os vossos sentimentos diminutivos, alterando o vosso comportamento, e gerando momentos de repressão ao tratamento provido pela unidade hospitalar, onde muitos sofrem por não possui o devido apoio familiar, decorrente do preconceito diante da patologia.

Nesta perspectiva, muitos dos pacientes ficam restritos em casa, sem realizar qualquer tipo de atividade como recreação e lazer, decorrente de sofrer algum tipo de preconceito, seja este em convívio social, ou, intrafamiliar. As atividades de recreação e lazer proporcionam o entretenimento, a distração e o divertimento, levando a uma fuga da consciência diante do seu estado de saúde. Em pacientes hospitalizados, essa prática torna-se restrita, pois muitos pacientes ficam em estado de inércia decorrente do acometimento patológico e ansiosos nos vossos leitos (SMELTZER et al.,2009).

Diante destes aspectos, conforme a informação descrita percebe-se que os indivíduos acometidos por qualquer tipo de doença transmissível, e principalmente os soropositivos tende a reclusão social, decorrente, de ações de preconceitos, providas tanto em segmento social como em meio intra-hospitalar. Diante disto, cabe ao enfermeiro e toda a equipe formular um programa de interação social entre os pacientes, onde eles possam relatar as suas aflições, para que assim, o seu viver não seja apenas simbólico.

6.2.3 – Autorealização / Autoestima e Autoimagem

Contudo, dentro das diversas necessidades elencadas pelo estudo, construímos a seguinte afirmativa de diagnóstico em enfermagem, perante a esta, “Vontade de viver pertinente”, para Cardoso et al. (2008), a autoestima significa a valorização de si mesmo; amor próprio. Com isso, a mesma, torna-se um motivador poderoso de comportamento, pois quando esse motivador está em baixa, o indivíduo apresenta sentimentos negativos, sendo um cofator pertinente em indivíduos acometidos por doenças transmissíveis, como HIV/AIDS, onde persiste uma oscilação de sentimentos entre o viver e o morrer.

Para Almeida e Labrocini (2007), os pacientes com doenças transmissíveis exteriorizam os seus sonhos, buscando as suas autorealizações, elevando a sua autoestima e não se importam pela condescendência da autoimagem. Pois, desenham a vida de forma singela, mesmo detendo muitas vezes uma enfermidade “incurável” e convivendo diariamente com manifestações do tipo preconceituosa, são sonhadores, querem sempre o melhor.

Entretanto, cabe o profissional de enfermagem, abraçar estes indivíduos com todas as suas singularidades, pois necessitam de uma socialização sem medo de sofrer qualquer tipo de barreira preconceituosa.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS



FONTE: Google imagens, 2014.

Á partir de tudo exposto, os achados da presente pesquisa levam-nos a uma contemplação de dados, como sociodemográficos e os respectivos diagnósticos de enfermagem, onde foram categorizados conforme necessidade humana básica. No que concerne aos achados sociodemográficos, podemos perceber que a pesquisa discute um ponto relevante dentro do contexto científico, pois constrói a real identidade dos participantes da pesquisa decorrente do seu construto social, ou seja, mostra quem são estes indivíduos acometidos por algum tipo de doença transmissível para que paralelamente elenque as respectivas afirmativas de diagnóstico.

Neste sentido, as afirmativas de diagnóstico de enfermagem construída á partir dos achados frente as necessidade humanas básicas, psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, exprime um leque diverso de afirmativas, se sobressaindo as do segmento psicobiológicas, onde teve uma maior incidência no estudo em tela. Com isso, a pesquisa delinea o perfil da amostra, onde leva-nos a 37 afirmativas diagnósticos de enfermagem entre as necessidades psicobiológicas e psicossociais, resultando em um montante de 88 afirmativas, com as devidas sinonímias. Salientando que as necessidades psicoespirituais não tiveram contemplação decorrente do bloqueio dos indivíduos da pesquisa em exteriorizá-las.

Nesse segmento, os achados do estudo nos mostra, que a maioria destes diagnósticos, provem dos indivíduos acometidos por HIV/AIDS, sendo a enfermidade de maior incidência, onde o hospital escola é referencia para o tratamento para a região de Campina Grande e cidades circunvizinhas. Diante do exposto, a construção do diagnóstico de enfermagem torna-se uma atividade primordial para o melhoramento da assistência, para que assim possamos observar as reais necessidades dos pacientes e aprimorar as práticas assistenciais.

Com isso, após os apontamentos da pesquisa, podemos perceber que a prática da construção dos diagnósticos de enfermagem, provem do raciocínio clínico dos referidos profissionais da categoria, dependendo assim, diretamente da construção do pensamento crítico e a estruturação intelectual do individuo. Desta forma, o pensamento crítico e o raciocínio diagnóstico devem andar de forma sinérgica, levando a modelação e aplicabilidade do processo de enfermagem, mecanismo este, que transcorre entre, histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e a avaliação de enfermagem.

Á partir disto, raciocinar clinicamente para o cumprimento das etapas que compõem o processo de enfermagem implica na utilização de elaborações mentais que envolvem o raciocínio diagnóstico e o raciocínio terapêutico, ou seja, para chegar ao

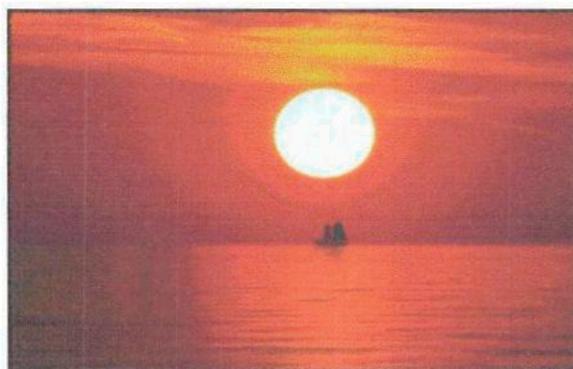
desenho do raciocínio clínico primeiramente devem-se articular ambas as práticas acima, para que assim formule o diagnóstico de enfermagem. O primeiro tipo de raciocínio estabelece uma sucessão de etapas, como, a comunicação do enfermeiro (coleta de dados), o segundo, é relativo ao uso de ferramentas e habilidades (exame físico) e o terceiro, o raciocínio clínico, relaciona-se ao emprego do pensamento crítico e inteligência (a análise e agrupamento dos dados coletados, reconhecimento de padrões e evidências) e a denominação do problema de saúde do cliente, que se expressa o significado atribuído à condição de intervenção.

Em suma, durante a análise e discussão interposta pela presente pesquisa, embasado nos resultados, torna-se evidente a conexão de teor intrínseca entre raciocínio e diagnóstico, pois para a articulação do diagnóstico de enfermagem e consecutivamente as fases do processo, o raciocínio clínico é um maestro diante da situação, através deste, formulamos não só os diagnósticos, mais ações sinérgicas de melhorias para a condição de saúde do paciente.

O estudo ratifica a importância do diagnóstico de enfermagem para as pessoas acometidas por doenças transmissíveis, bem como a formulação do plano de cuidados a partir da construção das afirmativas de diagnóstico, para que assim, a equipe de enfermagem possa proporcionar uma melhor qualidade assistencial, sejam indivíduos acometidos por HIV/AIDS, Tuberculose, Hanseníase. Haja vista, que cada plano se adéque as peculiaridades e singularidades de cada indivíduo.

Contudo, é notório que o desenvolvimento da pesquisa em tela torna-se primordial para a composição dos saberes científicos tanto do âmbito acadêmico como popular. É perceptível, ainda, uma deficiência de produção nesse segmento, diante das pessoas acometidas por doenças transmissíveis e que trazem de forma enfática os diversos mecanismos da articulação do processo de enfermagem, como protocolos, algoritmos, mapas conceituais e outras formas que levam a este processo, para que assim, possamos solidificar cada vez mais o status de ciência a Enfermagem.

REFERÊNCIAS



FONTE: Google imagens, 2014.

ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem**: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ALMEIDA, M.R.C.B.; LABRONICI, L. M.A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.1, p.263-274, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n1/26.pdf> Acesso em : 27 de fev.2014

ALVES, A. R.; LOPES, C.H.A.F.; JORGE, M.S.B. Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista. **RevEscEnferm USP**. v.42, n.4, p.649-55, 2010. Disponível em. Acesso em: 05 de jun. 2013.

ALYRIO, R.D. Metodologia Científica. Rio de Janeiro: PPGEN/UFRRJ, 2007.

ANDRADE, L.L.. **Construção de instrumentos para a documentação do processo de enfermagem em uma clínica de doenças infectocontagiosas**. 2012.151p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

ANDRADE, L. L. et al. Diagnósticos de enfermagem para clientes hospitalizados em uma clínica de doenças infectocontagiosas. **RevEscEnferm USP**. v. 47, n.2, p. 448-55, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000200025&script=sci_arttext Acesso em: 05 de jun.2013.

ARAÚJO, A. A.; NOBREGA, M.M.L.; GARCIA, T.R. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE®. **RevEscEnferm USP**. v.47, n.2, p.385-92, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/16.pdf>. Acesso em : 08 de ago. 2013.

ARAÚJO, M.M.T.; SILVA, M.J.P.; PUGGINA, A.C.G. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. **RevEscEnferm USP**. v. 41, n.3, p. 419-25, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/11> Acesso em : 27 de fev.2014.

AVELINO, F.V.S.D. et al. Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de Orem ao indivíduo com esclerose múltipla. **RevEnferm UFPI**. v. 1, n.1, p.03-07, 2012. Disponível em: <file:///c:/users/fernando/downloads/702-3049-1-pb.pdf> Acesso em: 27 de fev. 2014

BATISTA, D. C. S.; CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C.A.M. Publicações sobre dor e ‘diagnóstico de enfermagem em uma base de dados brasileira. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 29, n.3, p.461-7, 2008. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/6775/4078> Acesso em 05 de jul. 2013.

BITTENCOURT, G.K.G.D. **Modelo teórico de pensamento crítico no processo de diagnóstico em enfermagem**. 2011. 222p. Tese (Doutorado em enfermagem) – Escola em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

BITTENCOURT, G.K.G.D.; CROSSETTI, MGO. Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. **RevEscEnferm**; v. 47, n.2, p.341-7, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/10.pdf>. Acesso em: 08 de ago.2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>. Acesso em: 05 de jun.2013.

CARDOSO, L.R.D. et al. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. **RevPsiq Clín.** v. 35, n.1, p. 70-75, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35s1/a15v35s1.pdf> Acesso em: 27 de fev. 2014

CERULLO, J.A.S.B e CRUZ, D.A.L.M. Raciocínio clínico e pensamento crítico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 18, n.1, 180-86,2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_19 Acesso em: 03 de ago.2013.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo: Ed. Prentice Hall, 2007.

CEZAR, A.K.; AIRES, M.; PAZ, A.A. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis na visão de idosos de uma Estratégia da Saúde da Família. **RevBrasEnferm**, Brasília. set-out; v. 65, n.5, p. 745-50, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000500005&script=sci_arttext Acesso em: 05 de ago.2013.

CLEMENTE, V. Como tratar os doentes com insônia crônica? O contributo da psicologia clínica. **RevPortClin Geral**. v.22, p.635-44, 2006. Disponível em: <file:///c:/users/fernando/downloads/10290-10206-1-pb.pdf> Acesso em: 27 de fev. 2014

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução **COFEN nº 311/2007**. Aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2010>. Acesso em: 05 de jun.2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 358/2009** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html Acesso em: 05 de jun.2013

COSTA, A.G.S. et al. Diagnóstico de enfermagem mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. **RevEscEnferm USP**. v.44, n.3, p.753-8, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/29.pdf> Acesso em: 27 de fev. 2014

COSTA. T.D. et al. Pessoas com HIV/Aids nas representações sociais de enfermeiros: análise dos elementos centrais, contranormativos e atitudinais. **Rev Latino-Am Enfermagem**. v.20, n.6, 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000600011&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em : 27 de fev.2014.

DUCAN, B.B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública**. v. 46, n. Supl, p.126-34, 2012. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=668915&indexSearch=IDA> Acesso em: 05 de ago.2013.

ESPERA, L.H. et al. Mulheres em tratamento ambulatorial por abuso de álcool: características sociodemográficas e clínicas. **RevGaúchaEnferm**. v.34, n.2,p. 93-101, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a12.pdf> Acesso em: 27 de fev. 2014

GASPAR, J et al. Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/aids de um município do interior paulista. **RevEscEnferm USP**. v.45, n.1, p.230-6. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000082&pid=S0104-0707201300010001700001&lng=pt Acesso em: 27 de fev. de 2014

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009

GOYATÁ, S.L.T.; ROSSI, L.A.; DALRI, M.C.B. Diagnósticos de enfermagem de familiares de pacientes adultos queimados no período próximo à alta hospitalar. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.14, n.1, p.102-9, 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a14.pdf> Acesso em: 27 de fev. 2014

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSE. **International Classification for nursing Practice** ICNP[®] Version 1. Geneva, Switzerland: ICN, 2005.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSE. **International Classification for nursing Practice** ICNP[®] Version 2011 Geneva, Switzerland: ICN, 2011.

JASEN, A.K.; SILVEIRA, A.L.M.; OLIVEIRA, M.A.B.; PIMENTA, A.M. Desfecho terapêutico de pacientes em risco nutricional admitidos em um Hospital Universitário. **Rev Min Enferm**. v. 17, n.3, p.651-657, 2013. Disponível em: <file:///c:/users/fernando/downloads/v17n3a13.pdf> Acesso em: 27 de fev. 2014

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Metodologia Científica** - 5. ed. São Paulo: Atlas: 2008.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003. Disponível em:<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf> Acesso em: 07 de ago.2013.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. **Interface - Comunic., Saude, Educ**. jul./set; v.14, n.34, p.593-05, 2010. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000300010&script=sci_arttext Acesso em: 07 de ago.2013.

MATTEI, F.D. et al. Uma visão da produção científica internacional sobre a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**; v.32, n.4, p.823-31, 2011. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/19309/14460> Acesso em: 07 de ago.2013

MEDEIROS, S.M. et al. Possibilidades e limites da recuperação do sono de trabalhadores noturnos de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**. v.30, n.1, p.92-8, 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/FERNANDO/Downloads/5111-36329-1-PB.pdf> Acesso em: 27 de fev. 2014

NÓBREGA, M.M. L.; GARCIA, T.R. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® 1.0) no Brasil. **Rev. Bras. Enferm**.v.58, n.2, p.227-30.2005. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/pdf/v12n1a23.pdf>. Acesso em: 07 de ago. 2013.

NÓBREGA, M.M.L.; GARCIA, T. R. Identificação de dados essenciais de enfermagem para inserção em sistemas de informação: instrumental tecnológico para a prática profissional. [Projeto de pesquisa]. João Pessoa: DESPP/UFPB, 2004.

NÓBREGA, M.M. L.; SILVA, K.L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem** ,2. Ed. Belo Horizonte: ABEn, 2008/2009.

PARAÍBA. Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba. Gerência Executiva de Vigilância em Saúde do Estado da Paraíba. **Relatório Anual de Gestão – Exercício 2011**. João Pessoa: Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba, 2012. Disponível em: Acesso em: 05 de jun.2013.

PAIVA, S.S. et al. Comunicação não-verbal durante cuidados prestados aos filhos por mães com vírus da Imunodeficiência Humana. **Acta Paul Enferm**. v.23, n.1, p.108-13, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/17.pdf> Acesso em : 27 de fev.2014.

PASCHOAL, A.; POLESSI, E.; SIMIONI, F.; Avaliação da variabilidade da frequência cardíaca em mulheres climatéricas treinadas e sedentárias. **ArqBras Card**. v.90, n.2, p. 631-43. 2008. Disponível em: Acesso em: 26 de fev. 2014.

PEREIRA, A. H.; DIOGO, R.C.S. Análise do raciocínio clínico do graduando em Enfermagem na aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **J Health Sci Inst**. v.30, n.4, p.349-53, 2012. Disponível em: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/04_out-dez/V30_n4_2012_p349a353.pdf Acesso em: 10 de ago.2013.

POGETTO, M.R.B.D. et al. Características de população de profissionais do sexo e sua associação com presença de doença sexualmente transmissível. **RevEscEnferm USP**; v. 46, n.4, p. 877-83, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000400014&script=sci_arttextAcesso em: 05 de ago.2013.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M.Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paul Enferm**. v.22, n.4,

p.434-8, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000400014&script=sci_arttext Acesso em: 05 de ago.2013.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processos e prática**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

RESENDE, D.M.; BACHION, M.M.; ARAÚJO, L.A.O. Integridade da pele prejudicada em idosos: estudo de ocorrência numa comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Acta Paul Enferm.** v.19, n.2, p.168-73, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a08v19n2.pdf> Acesso em: 27 de fev. 2014

SANTOS, B.V.; SANTOS, M.N.; MAIA, H.P. Os benefícios da atividade física regular para pessoas com obesidade. **Rev da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**. v. 7, n. 3, p. 103-113, 2009. Disponível em: <file:///c:/users/fernando/downloads/458-1616-1-pb.pdf> Acesso em: 27 de fev. 2014

SMELTZER, S. C. et al. **Brunner&Suddarth- Tratado de Enfermagem medicocirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009

SOUSA, A.A.; GLORIA, M.S.; CARDOSO, T.S. Aceitação de dietas em ambiente hospitalar. **Rev Nutr.** v. 24, n.2, p. 287-94, 2011. <http://www.scielo.br/pdf/rn/v24n2/a09v24n2.pdf> Acesso em: 27 de fev. 2014

TARINI, V.A.F. et al Heat, physical exercise, and hyperthermia: epidemiology, etiopatogeny, complications, risk factors, interventions, and preventions. **RevNeurocienc.** v. 14, n.3, p. 144-52, 2008. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2006/RN%2014%2003/Pages%20from%20RN%2014%2003-5.pdf> Acesso em: 27 de fev. 2014

TEIXEIRA, C.R.S. et al. Diagnóstico de enfermagem Eliminação urinária prejudicada em pessoas com Diabetes Mellitus. **Rev Bras Enferm.** v.63, n.6, p. 908-12, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/06.pdf> Acesso em: 27 de fev. 2014

TRUPPEL, T.C. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras Enferm**, Brasília. mar-abril; v.62, n.2, p.221-7, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000200008&script=sci_arttext Acesso em: 05 de ago.2013.

YAMAMURA, M. et al. Produção Nacional e acesso sobre Enfermagem e doenças transmissíveis. UNOPAR **CientCiêncBiol Saúde**. v. 13, n.Esp, p. 299-06,2011. Disponível em: <http://revista.unopar.br/biologicaesaude/revistaBiologicas/getArtigo?codigo=00000886>. Acesso em: 05 de ago.2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Esta pesquisa é intitulada “Nomenclatura de diagnósticos de enfermagem para pacientes hospitalizados em uma unidade de internação em infectologia”. Está sendo desenvolvida por Vinicius Lino de Souza Neto, aluno do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, *campus* Cuité – PB, sob a orientação da professora MsC. Lidiane Lima de Andrade. A mesma apresenta como objetivo: construir uma nomenclatura de diagnósticos de enfermagem para pacientes hospitalizados na unidade de internação em infectologia do HUAC.

Comunicamos que as informações cedidas por você e contidas em seu prontuário serão guardadas em segredo pelos pesquisadores. E somente serão usados para pesquisas se forem autorizados pelo senhor (a). Para que possamos concretizá-la, solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma, voluntariamente.

Informamos que será garantido seu anonimato bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, além do direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação.

Os responsáveis pelo desenvolvimento da pesquisa estarão a sua disposição para quaisquer esclarecimentos que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Destaca-se que esta pesquisa não oferece riscos à sua integridade física, visto que não serão realizados procedimentos invasivos. Podendo haver risco mínimo de constrangimento ao ser coletado dados durante a entrevista e na realização do exame físico. Como benefícios espera-se que os resultados desta pesquisa possam direcionar os cuidados de enfermagem de forma sistemática.

Para contatos que se façam necessários, informo-lhes meu nome e da minha orientadora, números de telefones, endereços postais e eletrônicos. Diante do exposto, agradecemos a contribuição do (a) senhor (a) na realização dessa pesquisa.

Nome do Orientando: Vinicius Lino de Souza Neto

Endereço: Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité, Unidade Acadêmica de Saúde. Sítio Olho d'Água da Bica, s/n, Bloco F, sala 07. CEP: 58175-000 Cuité-PB. Telefone: (83)3372-1900/Ramal: 1820. E-mail: vinolino@hotmail.com

Nome da Professora Orientadora: Lidiane Lima de Andrade

UFCG
BIBLIOTECA

Endereço: Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, Unidade Acadêmica de Saúde. Sítio Olho d'Água da Bica, s/n, Bloco F, sala 07. CEP: 58175-000 Cuité-PB. Telefone: (83) 3372-1900 / Ramal: 1820. E-mail: lidilandrade@hotmail.com

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu concordo em participar dessa pesquisa, declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos da mesma, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento assinado por mim e pelos pesquisadores.

Campina Grande-PB, ____/____/2013.

Participante da Pesquisa



Impressão dactiloscópica

Lidiane Lima de Andrade
Pesquisadora responsável

Vinicius Lino de Souza neto
Discente de Graduação em Enfermagem

Comitê de Ética em Pesquisa – Hospital Universitário Alcides Carneiro, Universidade Federal de Campina Grande - Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande - PB. Cep.: 58107 – 670, Tel.: 2101 – 5545.

APÊNDICE B

TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, orientadora e orientando da pesquisa intitulada “Nomenclatura de diagnósticos de enfermagem para pacientes hospitalizados em uma unidade de internação em infectologia” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/ MS, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/HUAC-UFCG, ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/HUAC-UFCG, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité-PB, _____ de _____ de 2013.

Lidiane Lima de Andrade
Professora Orientadora

Vinicius Lino de Souza neto
Orientando

APÊNDICE C AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

AUTORIZAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA

Campina Grande – PB, 16 de agosto de 2013.

Ao
Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro

Eu, Berenice Ferreira Ramos, Diretora Geral do Hospital Universitário Alcides Carneiro, venho por meio desta, informar a Vossa Senhoria que autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “Construir uma nomenclatura de diagnósticos de enfermagem para pacientes hospitalizados em uma unidade de internação de infectologia”, desenvolvida pelo discente Vinicius Lino de Souza Neto, matrícula Nº 509220227; RG: 133003454-11; CPF: 013.698.005-84, matriculado no curso bacharelado em enfermagem, lotado no Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus* – Cuité, sob a orientação da Prof(a) MsC Lidiane Lima de Andrade da Universidade Federal de Campina Grande.

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução do CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Dra. Berenice Ferreira Ramos
Diretora HUAC – 11/15/2013



Prof(a). Dra. Berenice Ferreira Ramos
Diretora do HUAC
SIAPE: 16803513

ANEXOS

ANEXO A
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Clinica de Doenças
Infectocontagiosas - HULW

Instrumento de Coleta de Dados de Enfermagem
Baseado nas Necessidades Humanas Básicas

DADOS GERAIS

Data do Atendimento: __/__/__ Data da admissão: __/__/__ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome: _____ Idade: _____ Data de nascimento: __/__/__
 Sexo: M F Estado civil: _____ Profissão: _____
 Procedência: _____
 Motivo _____ da _____ internação: _____
 Diagnóstico médico: _____

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

Oxigenação

Respiração: superficial profunda Murmúrios vesiculares: presentes ausentes
 diminuídos
 Ruídos adventícios: roncos sibilos creptos Expectoração: hemóptica espessa fluida purulenta
 Tosse: produtiva seca Apneia Dispneia Taquipneia Batimento das aletas nasais Retração
 intercostal Gemência Freqüência respiratória: _____ irpm Saturação de
 oxigênio: _____ %

Hidratação e regulação eletrolítica

Edema: _____ Anasarca Ascite CA: _____ cm Fontanela: deprimida abaulada

Nutrição e Eliminação

Apetite: diminuído aumentado normal Aceitação da dieta: parcial total Não aceita dieta oral
 Disfagia Singulto Eructação Refluxo gástrico Náuseas Vômito Pirose Aleitamento materno
 Dificuldade de sucção Uso de próteses Anorexia Lesão na cavidade oral Abdomen: plano
 distendido volumoso globoso maciço timpânico flácido Esplenomegalia Hepatomegalia
 SNG: aberta gavagem SNE Peso: _____ Kg Altura: _____ cm

Hábitos

alimentares: _____
 Intolerâncias alimentares: _____
 Preferências alimentares: _____

Micção espontânea Retenção urinária Anúria Oligúria Incontinência urinária Poliúria Colúria
 Hematúria Disúria Piúria SVD SVA
 Aspecto das fezes - Coloração: _____ Consistência: _____ Freqüência de
 eliminação: _____ Odor: _____
 Flatulência Incontinência fecal Diarreia Constipação Tenesmo Melena Enterrorragia

Sono e repouso

Sono satisfatório Sono e repouso prejudicado Sonolência Insônia Apneia do sono Utilização de
 medicamentos auxiliares do sono

Sexualidade

Vida sexual ativa Relacionamento heterossexual Relacionamento homossexual
 Utilização de métodos contraceptivos Presença de doenças sexualmente transmissíveis

Locomoção, mecânica corporal e motilidade/Regulação Neurológica

Deambula Deambula com ajuda Não deambula Movimento corporal diminuído normal Força
 motora: normal diminuída Fadiga Atrofia muscular Paralisia Parestesia

Consciente Inconsciente Desorientação Pupilas: isocóricas anisocóricas midríase miose
Alteração nos reflexos Ansiedade Crises convulsivas Decorticação Opistótomos Riso sardônico Trismo
 Sinais de comprometimento meníngeo: sinal de Kerning sinal de Brudzinski rigidez de nuca
fotofobia

Cuidado corporal e Integridade cutaneomucosa

Dependência do autocuidado: parcial total alimentar-se banhar-se arrumar-se
 Couro cabeludo: alopecia pediculose seborreia caspas Higiene oral: preservada prejudicada halitose cáries
falhas dentárias uso de prótese uso de aparelho ortodôntico Higiene corporal: preservada prejudicada
 Higiene íntima: preservada prejudicada
Icterícia Prurido Rush cutâneo Exantema Petéquias Prurido Sufusões hemorrágicas
Presença de lesões, localização: _____
 Polimorfismos nas lesões: mácula pápula vesícula pústula crosta Alopecia nas lesões
 Sensibilidade das lesões: térmica dolorosa tátil Áreas que sofrem pressão: _____
Úlcera por pressão, classificação: _____
 Elasticidade: _____

Umidade: _____ Turgor: _____

Manchas: hipercrômicas hipocrômicas hiperemiadas Curativo: oclusivo aberto Características do exsudato: quantidade: _____ cor: _____
 odor: _____ Cicatrização das feridas: _____ Complicações da cicatrização: deiscência evisceração fístula

Regulação térmica

Extremidades frias Piloereção Calafrios Sudorese Temperatura axilar: _____ °C

Regulação imunológica

Imunidade deficiente Cartão de vacina: atualizado desatualizado Efeitos colaterais da vacinação
Presença de doenças crônicas Sinais flogísticos nas inserções dos cateteres Faz uso de antibioticoterapia

Regulação vascular

Cianose Equimoses Petéquias Hematomas Hemorragia Perdas sanguíneas Pele fria Epistaxe
Gengivorragia Hematêmese Perfusão periférica: normal diminuída Bulhas cardíacas: normofonéticas hipofonéticas hiperfonéticas Ritmo cardíaco: regular irregular Prova do laço: positiva negativa
 Pulso: filiforme cheio aumentado normal diminuído
 Pulso: _____ bpm FC: _____ bpm PA: _____ mmHg

Percepção dolorosa

Dor, localização: _____ intensidade: _____
 frequência: _____ Apresenta expressões corporais relacionadas à dor Fatores que aliviam a dor: _____
 Fatores que aumentam a dor: _____ Mialgia
Artralgia

Segurança física e ambiente

Necessidade de utilização de máscaras cirúrgicas para o transporte Hábito de higienização das mãos
Água tratada Coleta de lixo Condições de higiene do lar: _____
 Destino do lixo: _____ Hábito de higienização dos alimentos
Criação de animais Quantas pessoas vivem na casa: _____
Tabagista, quantos cigarros ao dia _____ Desde quando fuma: _____
Etilista, frequência de consumo _____ Desde quando consome: _____
Dependente químico

Terapêutica

Efeitos adversos Efeitos colaterais Reações alérgicas Conhecimento sobre ação do medicamento

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**Comunicação**

Uso da linguagem verbal Uso da linguagem não verbal Interação com as pessoas Respostas desconexas

Expressão corporal: _____ Expressão facial: _____

Afasia Disartria Gagueira Habilidade para escrever Traqueostomia

Aprendizagem (educação à saúde)/Sociabilidade/Recreação e lazer

Nível de escolaridade: _____ Conhecimento sobre problema de saúde, nível de compreensão: _____ Experiências anteriores: doenças

tratamentos

O que a família sabe sobre o problema de saúde: _____

Quem mais auxilia no tratamento: _____

Situações que interferem no tratamento: _____

Ocupação do tempo livre com _____

Desejo de participar de atividades Desejo de isolar-se Agitação Agressividade Apatia Fobias Frustração Inconstância no equilíbrio do humor Irritabilidade Manifestações de carência afetiva Medo Estigma e preconceito Vive: sozinho familiares amigos

Autorrealização, Autoestima e Autoimagem

Desejo de conquista e vitória Reconhece que é merecedor de amor e felicidade Identifica atributos positivos em si mesmo Fontes de motivação: _____

Choro Depressão Apresenta tristeza Falta de autoconfiança Tem medo de expor ideias Desejo de morte Percepção sobre o seu corpo: _____

Sentimentos e atitudes relacionadas ao corpo: _____

Valores que contribuem para a autoimagem: _____

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS**Religiosidade/Espiritualidade**

Angústia Crenças: espirituais religiosas culturais Necessidade da presença de um líder espiritual Religião: _____

Observações: _____

Enfermeiro(a): _____

COREN: _____

ANEXO B

PARECER DO COMITE DE ÉTICA