



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

FERNANDA DANTAS DOS SANTOS SALES

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS EM
UMA CLÍNICA DE INFECTOLOGIA**

**CUITÉ – PB
2015**

FERNANDA DANTAS DOS SANTOS SALES

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS EM
UMA CLÍNICA DE 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

**CUITÉ - PB
2015**

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

S163i Sales, Fernanda Dantas dos Santos .

Intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados em uma clínica de infectologia. / Fernanda Dantas dos Santos Sales. – Cuité: CES, 2015.

99 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Lidiane Lima de Andrade.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Doenças infectocontagiosas. 3. Enfermagem. I. Título.

CDU 616-083.98

FERNANDA DANTAS DOS SANTOS SALES

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS EM
UMA CLÍNICA DE 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. Lidianie Lima de Andrade

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. MsC. Lidianie Lima de Andrade
Curso de Enfermagem – UAS/CES/UFCEG
Orientadora

Prof^ª. MsC. Glenda Agra
Curso de Enfermagem – UES/CES/UFCEG
Membro Interno

Prof^ª. Dra. Suzana de Oliveira Manguieira
Curso de Enfermagem – CAV/UFPE
Membro Externo

CUITÉ-PB
2015

Dedico está pesquisa aos pacientes com doenças infectocontagiosas, para que estes tenham um cuidado cada vez mais respaldado na ciência e nas evidências e que seja assim mais eficiente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida, por me amar desde o ventre da minha mãe e cuidar sempre de mim de uma forma tão especial, por ter me permitido vivenciar está experiência maravilhosa de estar concluindo este curso.

Aos meus pais, Francinaldo e Ana Neri, por sempre me apoiarem e me darem forças para continuar estudando, e aos meus irmãos Gustavo, Dênis e Daniel por todo apoio e ajuda.

A minha avó Nicinha, por ter sonhado de me ver formada até mesmo antes de mim, e por todo esforço dispensado a mim para que este momento acontecesse.

Ao meu amado esposo por tudo que Ele representa na minha vida, por entender minha ausência durante esse período, por todo apoio, companheirismos, cumplicidade, por sempre acreditar em mim e nos meus sonhos.

Aos amigos da escola, aqueles que nem a distância consegue separar esse laço verdadeiro: Adriana, Allana, Ítalo, Klebia, Paloma e Rayelle.

Aos amigos que a universidade me deu de presente e que levarei para sempre em meu coração: Aline, Gilliard, Izabel, Julian, Laís, Paula e Samara.

A minha orientadora por todo esforço, paciência e dedicação para me ajudar na construção desse trabalho.

A minha banca, as professoras Glenda e Suzana, por terem aceitado participar desse momento, por todas as contribuições e por todo carinho.

Aos técnicos de enfermagem e enfermeiros da clínica de infectologia e aos docentes da UFCG que contribuíram com está pesquisa e com o desenvolvimento de uma enfermagem mais científica e mais independente.

"Deus, concede-me a graça de aceitar com serenidade aquilo que não pode ser modificado, a coragem para mudar o que deve ser mudado e a sabedoria para distinguir uma coisa da outra".
Prece tradicional judaica

RESUMO

SALES, Fernanda Dantas dos Santos. Intervenções de Enfermagem para pacientes hospitalizados em uma clínica de infectologia. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande. Cuité – PB, 2015.

Introdução: O Processo de Enfermagem é considerado um instrumento metodológico para organizar e sistematizar a assistência de enfermagem e está dividido em cinco etapas, que são: coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento da assistência, intervenção de enfermagem e avaliação da assistência. Neste estudo, destacam-se as intervenções de enfermagem, que são ações necessárias para o alcance dos objetivos definidos no momento da elaboração do plano de cuidados. **Objetivos:** Reorganizar a nomenclatura de diagnósticos de enfermagem para pacientes hospitalizados em uma clínica de infectologia; Atualizar a nomenclatura de diagnósticos de enfermagem desenvolvido por Souza Neto (2014), da CIPE® Versão 2.0 para a Versão 2013; Elaborar intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados em uma clínica de infectologia, fundamentadas na CIPE® versão 2013 e Realizar a análise de conteúdo das intervenções elaboradas com profissionais de enfermagem que desenvolvem atividades assistenciais em uma clínica infectologia. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvida na clínica de infectologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro- HUAC, com profissionais de enfermagem com experiência na referida clínica. A pesquisa foi dividida em quatro etapas, quais sejam: reorganização da nomenclatura de diagnósticos elaborada por Souza Neto (2014), atualização da mesma, da CIPE® versão 2.0 para a versão 2013, elaboração das intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados em uma clínica de infectologia, fundamentadas na CIPE® versão 2013 e análise de conteúdo das intervenções elaboradas com especialistas. **Resultados:** Foram elaboradas 146 intervenções de enfermagem direcionadas às necessidades psicobiológicas e psicossociais. Após a análise com especialistas, 91 intervenções obtiveram Índice de Concordância de 80%. Destaca-se que as intervenções foram elaboradas de acordo com as Necessidades Humanas Básicas de Horta, tendo em vista que quando elas foram elaboradas de acordo com os diagnósticos, houve alto índice de repetição o que deixaria o questionário inviável para a pesquisa e para o trabalho diário com o mesmo. **Considerações Finais:** Diante do exposto, observa-se a relevância no desenvolvimento desta pesquisa, pois a mesma subsidia estudos de embasamento teórico e assistenciais para a referida clínica e seus profissionais. Contudo, encontrou-se como dificuldade para desenvolver esta pesquisa o pequeno número de profissionais de enfermagem que desenvolvem ações na clínica de infectologia e como lacuna, a repetição de algumas intervenções em algumas subcategorias das necessidades humanas básicas.

Descritores: Cuidados de Enfermagem, Doenças Infectocontagiosas, Enfermagem

ABSTRACT

SALES, Fernanda Dantas dos Santos. Nursing interventions for patients hospitalized in a clinic for infectious diseases. Work Completion of course (Bachelor of Nursing) - Education and Health Center, Federal University of Campina Grande. Cuité - PB, 2015.

Introduction: The Nursing Process is considered a methodological tool to organize and systematize nursing care is divided into five steps, which are: data collection, nursing diagnosis, care planning, nursing intervention and evaluation of care. In the present study we highlight the nursing interventions, which are actions necessary to achieve the goals that are set at the time of preparation of the care plan, these were prepared based on the International Classification for Nursing Practice. **Objectives:** Rearrange the nomenclature of nursing diagnoses for hospitalized patients in a nursing infectious diseases; Update the nomenclature of nursing diagnoses developed by Souza Neto (2014), the ICNP® Version 2.0 to Version 2013; Develop nursing interventions for patients from an infectious disease clinic, founded in 2013 ICNP® version and undertake analysis of content of interventions designed with nursing professionals who engage in clinical infectious diseases. **Methodology:** This is a survey of exploratory and descriptive, with quantitative approach. The same was developed in the Clinic of Infectious Diseases, University Hospital Alcides Carneiro- HUAC, with nurses who had experience in clinical said. The research was divided into four stages, namely: reorganization of naming diagnostics developed by Souza Neto (2014), update the same, the ICNP® version 2.0 to version 2013, development of nursing interventions for hospitalized patients in a clinic infectious diseases, based on ICNP® 2013 version and content analysis of the interventions designed to experts. **Results:** We developed 146 nursing interventions to the psychobiological and psychosocial needs, after analysis to experts, 91 interventions had Concordance Index of 80%. It is noteworthy that the interventions were prepared in accordance with the Basic Human Needs of Horta, considering that when they were prepared in accordance with the diagnosis, there was high repetition rate which would leave unfeasible questionnaire for research and for daily work with it. **Final Thoughts:** In this light, we see the importance in the development of this research, because it subsidizes studies of theoretical and assistance foundation for that clinic and its professionals. However as we find it difficult to develop this research the small number of nursing professionals that develops actions in the clinic for infectious diseases and how gap, the repetition of some interventions in some subcategories of basic human needs.

Keywords: Nursing care, infectious diseases Nursing

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Diagnósticos de enfermagem, propostos por Souza Neto (2014). Cuité – PB, 2014.	27
Quadro 2	Nomenclatura de Diagnósticos de enfermagem, atualizada por Santos Sales (2015). Cuité – PB, 2015.	29
Quadro 3	Atualização da nomenclatura de Diagnósticos de enfermagem, baseadas na CIPE® versão 2.0 para a CIPE® versão 2013. Cuité – PB (2015).	31
Quadro 4	Construção de intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados em uma clínica de doenças infectocontagiosas, Cuité - PB (2015).	33
Quadro 5	Intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados em uma clínica de doenças infectocontagiosas, Cuité - PB (2015).	44
Tabela 1	Demonstrativo das características sociodemográficas dos profissionais de enfermagem. Cuité - PB (2015) (n=27).	48
Tabela 2	Demonstrativo de Índice de Concordância das intervenções de enfermagem propostas por Santos Sales (2015). Cuité – PB (2015).	51

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	15
2.1	Objetivo Geral.....	15
2.2	Objetivos Específicos.....	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1	Processo de Enfermagem.....	16
3.2	Protocolo de Enfermagem.....	18
3.3	Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem.....	19
4	METODOLOGIA.....	23
4.1	Tipo de Estudo.....	23
4.2	Local do Estudo.....	23
4.3	População e Amostra.....	24
4.4	Coleta de dados.....	24
4.5	Análise dos dados.....	25
4.6	Considerações Éticas.....	26
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
5.1	Reorganização da nomenclatura de diagnósticos de enfermagem para pacientes hospitalizados em uma clínica de infectologia proposta por Souza Neto (2014)	27
5.2	Atualização da nomenclatura de diagnósticos de enfermagem da versão 2.0 para a versão 2013.....	30
5.3	Elaboração de intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados em uma clínica de infectologia fundamentadas na CIPE versão 2013.....	32
5.4	Análise dos dados sócio-demográficos.....	47
5.5	Análise das intervenções de enfermagem relacionadas as necessidades humanas básicas psicobiológicas e psicossociais.....	50
5.5.1	Necessidades Humanas Básicas Psicobiológicas.....	54
5.5.1.1	Necessidade de Hidratação e Regulação Eletrolítica.....	54
5.5.1.2	Necessidade de Nutrição.....	56
5.5.1.3	Necessidade de Eliminação.....	58
5.5.1.4	Necessidade de Sono e Repouso.....	59
5.5.1.5	Necessidade de Locomoção, mecânica corporal, motilidade/.....	61
5.5.1.6	Necessidade de Cuidado Corporal.....	62
5.5.1.7	Necessidade de Integridade cutaneomucosa.....	63
5.5.1.8	Necessidade de Regulação Térmica.....	64
5.5.1.9	Necessidade de Regulação Imunológica.....	65
5.5.1.10	Necessidade de Regulação Vascular.....	67
5.5.1.11	Necessidade de Percepção Dolorosa.....	68
5.5.1.12	Necessidade de Regulação Neurológica.....	69
5.5.1.13	Necessidade de Segurança Física.....	70
5.5.2	Necessidades Humanas Básicas Psicossociais.....	70
5.5.2.1	Necessidade de Comunicação.....	70
5.5.2.2	Necessidade de Aprendizagem (Educação e Saúde).....	71
5.5.2.3	Necessidade de Sociabilidade/Recreação e lazer.....	72
5.5.2.4	Necessidade de Autorrealização, Autoestima e Autoimagem.....	72

6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
	REFERÊNCIAS.....	75
	APÊNDICES	
	Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	
	Apêndice B – Termo de Compromisso dos Pesquisadores	
	Apêndice C – Carta de Esclarecimento	
	Apêndice D – Autorização Institucional para desenvolvimento da pesquisa	
	Apêndice E – Instrumento de Coleta de Dados	
	ANEXO	
	Anexo A - Parecer do Comitê de Ética .	

1 INTRODUÇÃO

As doenças infectocontagiosas são um grupo de patologias caracterizadas pela invasão e multiplicação de micro-organismos patogênicos ao indivíduo de forma direta ou indireta, sendo característica peculiar deste grupo a transmissibilidade, por meio do agente infeccioso específico ou dos seus produtos tóxicos por meio do indivíduo ou animal infectado (COLOMBRINI; MARCHIORI; FIGUEIREDO, 2009; VERONESI; FOCACCIA, 2010).

Esse grupo de enfermidades está presente no mundo desde a idade média e foi considerado um problema de saúde pública, sendo responsável por um aumento na taxa de mortalidade e, conseqüentemente, uma diminuição na expectativa de vida da população (AGUIAR; RIBEIRO, 2009).

Desse modo, após a realização de vários estudos e a busca de mais conhecimentos para esse grupo de patologias, foi possível observar que está havendo uma diminuição na taxa de mortalidade, entretanto, a relação não é a mesma quando observa-se à morbidade; nesse sentido, a situação epidemiológica das doenças infectocontagiosas no mundo têm passado por mudanças significativas e no Brasil, as regiões Norte e Nordeste apresentam uma taxa de morbidade ainda mais expressiva que as demais regiões (BRASIL, 2010).

Conforme o autor supracitado, é fato que esse grupo de doenças pede um cuidado mais especial e oferece desafios constantes aos programas de prevenção, pois em todo momento os agentes sofrem modificações genéticas e disseminam-se rapidamente, bem como doenças reemergentes que já não existiam mais, reaparecem e, desse modo, essa classe de doenças continua a representar um problema de saúde pública para o mundo.

Em divergência com a realidade mundial e brasileira, no estado da Paraíba, a taxa de mortalidade por doenças infectocontagiosas nos anos 2009, 2010 e 2011 aumentou consideravelmente: em 2009 foi de 1.520 óbitos, em 2010 foi de 1.574 e no ano de 2011 foi de 1.659 óbitos. Com base nestes dados, é possível observar há necessidade de uma atenção específica para o paciente que vive com estas doenças, tanto na área de enfermagem, como na equipe multiprofissional (BRASIL, 2012).

No que concerne à história da Enfermagem, é possível observar que esta tem progredido nos últimos tempos enquanto ciência, haja vista que os profissionais de enfermagem não realiza mais o cuidado aleatoriamente, por realizar, mas estão agindo de forma coerente e criteriosa, com vistas a proporcionar melhoras aos pacientes, buscando

utilizar as intervenções prioritárias e específicas, a fim de buscar, dessa forma, autonomia profissional (LUCENA; BARREIRA, 2011).

Ser impulsionada a querer desenvolver um corpo específico e organizado de conhecimentos inerentes à profissão, haja vista que a partir de 1950 já se começou a falar em cuidado embasado cientificamente e, mais especificamente aqui no Brasil na década de 70, Wanda de Aguiar Horta foi a primeira a ter uma nova visão de enfermagem e, desse modo, com base em seus estudos pioneiros também, propôs a implementação do processo de enfermagem, e argumentou que a definição do mesmo é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas (HORTA, 2011; TANNURE; GONÇALVES, 2009).

Foi a partir daí que começaram a surgir as práticas de enfermagem assistenciais, embasadas em teorias, estudos e métodos. Isso faz com que a atuação de tais profissionais tenha um caráter esperado e coerente quanto ao alcance de metas e padrões assistenciais mínimos para o desempenho profissional.

O Processo de Enfermagem é considerado um instrumento metodológico para organizar e sistematizar a assistência de enfermagem, que visa proporcionar assim uma assistência com menos riscos ao paciente. O processo de enfermagem, com base na resolução do COFEN 358/2009, está dividido em cinco etapas, que são: coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento da assistência, intervenção de enfermagem e avaliação da assistência (COFEN, 2009).

Neste estudo, destaca-se a quarta etapa, a implementação das intervenções de enfermagem, que são ações necessárias para o alcance dos objetivos que são definidos no momento da elaboração do plano de cuidados, sem estas ações não é possível evoluir em relação ao processo de enfermagem (TANNURE; GONÇALVES, 2009).

Na literatura são encontrados os mais diversos conceitos para intervenções de enfermagem, entretanto, quanto mais abstrato for o conceito, maior será a necessidade de observações diretas e indiretas para sua compreensão (GARCIA; EGRY, 2010).

Entretanto após analisar esses conceitos, observou-se que são várias as denominações utilizadas na Enfermagem e estas encontram-se no mesmo nível de abstração, alguns exemplos são: intervenção, prescrição e conduta, e quando consultou-se esses termos no dicionário encontramos um fato interessante que todos os conceitos são definidos como “atos”, ou seja, palavra derivada de ação; nesse sentido todos os termos explicitam um

comportamento ativo, com caráter de finalidade, contudo cada termo representa uma ação diferente de acordo com as autoras supracitadas.

Dentre os diversos “sinônimos” de intervenções, elencados acima, temos ainda um outro termo que é atividades de enfermagem, sendo definido como ações que os enfermeiros executam para implementar uma intervenção e assim alcançar o objetivo esperado (GARCIA; EGRY, 2010).

Desse modo, torna-se notória a importância das intervenções de enfermagem para o cuidado do paciente, haja vista que para prescrever cuidados de enfermagem é necessário que o enfermeiro seja dotado de pensamento crítico, pois para que seja alcançado os resultados esperados é necessário intervenções bem planejadas e bem articuladas (POTTER; PERRY, 2009).

Apesar do processo de enfermagem já ser aceito e executado por várias instituições, é necessário que este seja aprimorado, no sentido de fazer uso, de uma linguagem unificada, sendo necessária a conquista de sistemas de classificação que venham proporcionar uma padronização da linguagem da enfermagem. Vale ressaltar que além da padronização, estes permitem que o processo de comunicação, a coligação de informações para o planejamento da assistência, o processo de ensino-aprendizagem profissional, o desenvolvimento de pesquisas e a prestação de cuidado com embasamento científico sejam possível (LEITE et al., 2013).

Na década de 1980, a Organização Mundial de Saúde orientou quanto à necessidade da criação de uma classificação que representasse a enfermagem como um todo, pois foi constatado que, nas diversas regiões do mundo, a Enfermagem utilizava algum sistema para descrever os diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados esperados. Então surgiu a luta pelo desenvolvimento da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE®) e apenas em dezembro de 1986 foi publicada a CIPE® versão alfa, que surgiu como um marco, o que traduzida para diversos idiomas. A partir da primeira versão, foram surgindo as demais, com intuito de atender às necessidades vistas nas discussões, nos debates e nas críticas feitas pelos usuários do mundo inteiro, assim posteriormente surgiu, a Versão *Beta* e *Beta 2* (preliminares), versão 1.0 (2005), versão 1.1 (2008), versão 2 (2009), a versão 2011 e por último foi lançada a CIPE® versão 2013 (GARCIA; NÓBREGA, 2013; TANNURE; GONÇALVES, 2009).

Desse modo, pode-se observar e considerar que a CIPE[®] tem se sobressaído aos outros sistemas de classificação, pois esta adequação à linguagem mundial, considerando a cultura e as particularidades de cada região ou a área de trabalho na utilização de termos técnicos, além de ter como missão representar a Enfermagem mundialmente, possibilita o desenvolvimento científico e prático da profissão afim de gerar dados que possam influenciar nas políticas de saúde (ANDRADE et al., 2012).

Nesse sentido, é possível observar a importância de sistematizar a assistência e de padronizá-la por meio de sistemas de classificação que possam gerar resultados, para que se possa comparar e observar a evolução ou não da assistência prestada ao paciente e, em particular, ao paciente com afecção infectocontagiosa, haja vista a incipiência de pesquisas nesta área.

Assim, este estudo apresenta relevância para a prática hospitalar da Enfermagem em infectologia, tendo em vista que o mesmo propõe o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que serão embasadas a partir de um estudo anterior, desenvolvido no mesmo locus de estudo, por Souza Neto (2014), bem como para a comunidade científica.

O autor supracitado traçou o perfil de diagnósticos de enfermagem da clínica, por meio da aplicação de um instrumento de coleta de dados desenvolvido por Andrade (2012). Este apresenta itens para a coleta de dados em enfermagem, na clínica de doenças infectocontagiosas do Hospital Universitário Lauro Wanderley, embasado pelo modelo conceitual de Horta, estruturado com base nas Necessidades Humanas Básicas. Para a aplicação do instrumento, foi realizado o exame físico, com uso de todas técnicas propedêuticas, também foram avaliados os resultados dos exames laboratoriais e as prescrições médicas, para assim ser possível construir os diagnósticos de enfermagem. Diante disso, foi possível totalizar 85 afirmativas diagnósticas de todos os pacientes, foi retirado as sinonímias, e resultou em 37 diagnósticos de enfermagem, e estes categorizados de acordo com as Necessidades Humanas Básicas.

Com base nos argumentos ora apresentados, questiona-se: que intervenções de enfermagem podem ser elaboradas para pacientes hospitalizados em uma clínica de infectologia e, posteriormente analisadas por profissionais que atuam na mesma clínica?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as intervenções de enfermagem construídas para pacientes hospitalizados em uma clínica de infectologia.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Reorganizar a nomenclatura de diagnósticos de enfermagem para pacientes hospitalizados em uma clínica de infectologia.
- Atualizar a nomenclatura de diagnósticos de enfermagem desenvolvido por Souza Neto (2014), da CIPE® Versão 2.0 para a Versão 2013.
- Elaborar intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados em uma clínica de infectologia, fundamentadas na CIPE® versão 2013.
- Realizar a análise de conteúdo das intervenções elaboradas com profissionais de enfermagem que desenvolvem atividades em uma clínica infectologia.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PROCESSO DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem é um método utilizado para colocar em prática uma teoria de enfermagem e, atualmente, a ciência da Enfermagem está baseada em uma ampla gama de conhecimentos teóricos, que tem sido colocada em prática por meio desse processo e, este é dividido em cinco etapas inter-relacionadas, que são denominadas por Levantamento de Dados, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento do Cuidado de Enfermagem, Intervenções de Enfermagem/Implementação do Cuidado de Enfermagem e a quinta que é a Avaliação de todo processo (POTTER; PERRY, 2009; TANNURE; GONÇALVES, 2009).

A coleta de dados ou levantamento de dados é a primeira etapa do processo de enfermagem. Esta etapa deve ser realizada de forma sistemática e contínua por meio do uso de métodos e técnicas variadas, com o objetivo de construir um conjunto de dados/informações sobre o indivíduo, a família e a coletividade que, posteriormente, virão a influenciar nas demais etapas (COFEN, 2009). Esta etapa é concretizada a partir da entrevista do cliente, da história de saúde de enfermagem, do exame físico que envolve o uso das técnicas de inspeção, palpação, percussão, ausculta e olfato, bem como a análise da altura, do peso e dos sinais vitais, além de analisar o resultado e a comparação destes com exames laboratoriais e diagnósticos (POTTER; PERRY, 2009).

O diagnóstico de Enfermagem é a segunda etapa desse processo é considerada como uma fonte de conhecimento científico para a profissão, o que é fundamental para o planejamento da assistência. Durante essa segunda etapa, os dados que foram anteriormente coletados são analisados e interpretados de forma minuciosa, para isso é necessário que o enfermeiro tenha capacidade de julgamento. Esses diagnósticos baseiam-se tanto em problemas reais, quanto potenciais e devem ser listados em ordem de prioridade (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009; TANNURE; GONÇALVES, 2009).

A terceira etapa é o planejamento da assistência de enfermagem que consiste em determinar os objetivos que se espera alcançar, bem como planejar as intervenções que posteriormente serão realizadas, a partir das prioridades do indivíduo, família e coletividade (COFEN, 2009).

A implementação das intervenções de enfermagem é a quarta etapa desse processo e inicia-se oficialmente após a elaboração do plano de ações/cuidados. As intervenções visam dar suporte e melhorar as condições de saúde do cliente. São considerados como intervenção de enfermagem, tratamentos baseado em critérios clínicos e no conhecimento científico e de evidências. As intervenções de enfermagem incluem tanto os cuidados diretos que são tratamentos realizados, por meio da interação com o cliente, como os cuidados indiretos que são tratamentos realizados longe do cliente, mas para o seu benefício (POTTER; PERRY, 2009).

Tendo em vista que as prescrições têm o objetivo de individualizar o cuidado, com vistas a atender as necessidades específicas do cliente sempre que possível, é previsível que o cuidado prescrito virá beneficiar o cliente ou a família (TANNURE; GONÇALVES, 2009).

É importante salientar que para cada diagnóstico de enfermagem deve haver um resultado esperado e para que seja alcançado esses resultados, é necessário que o enfermeiro prescreva cuidados que viabilize esse alcance.

Para se construir enunciados de intervenções de enfermagem, de acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), é necessário incluir um termo do eixo da ação e pelo menos um termo-alvo (que é um termo de qualquer eixo, exceto do eixo julgamento) (CIE, 2011).

A pesquisa científica possibilita conhecer melhor quais as intervenções mais utilizadas com determinados pacientes, permitindo assim, visualizar o quantitativo de pessoal para implementar esses cuidados, bem como determinar até os custos desses cuidados para as instituições, materiais e recursos requeridos para sua execução (GARCIA; NÓBREGA, 2009a).

Desse modo, é importante ainda observar que existem três tipos de intervenções de enfermagem, são elas: as intervenções dependentes, interdependentes e independentes. As intervenções dependentes são aquelas que o profissional de enfermagem realiza uma ação solicitada/prescrita por profissionais de saúde, no entanto é necessário o julgamento crítico do profissional. As intervenções interdependentes são aquelas que o profissional de enfermagem para realizar uma determinada ação depende da colaboração mutua de outros profissionais da saúde. Por fim, as intervenções independentes são aquelas que a equipe de enfermagem pode realizar a ação sem consultar o médico ou outro profissional da equipe de saúde, utilizando

seus conhecimentos a fim de solucionar os problemas do paciente (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

A quinta etapa do processo de enfermagem constitui-se em avaliar ou evoluir o progresso do cliente, as respostas positivas e negativas oriundas de todas as atividades descritas anteriormente, haja vista que uma avaliação cuidadosa/criteriosa de vários aspectos do atendimento é a chave para a excelência do cuidado, pois é diante disso que se for necessário o enfermeiro vai rever o plano e instituir medidas corretivas quando necessário, vale ressaltar ainda que mesmo esta sendo a última etapa, contudo, a avaliação não conclui o processo, pois a reavaliação resulta em reiniciar o processo (TANNURE; GONÇALVES, 2009).

3.2 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

O protocolo de enfermagem é constituído de intervenções de enfermagem julgadas necessárias para uma determinada situação específica. As intervenções presentes no protocolo podem ser independente de outros profissionais e também compartilhado com outros profissionais. O protocolo apresenta-se, como um instrumento utilizado para sistematizar e organizar a assistência que será prestada ao paciente, pois ele descreve de forma minuciosa quais as melhores atividades que deverão ser empregadas para promover a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde do paciente, haja vista que a sua construção é norteada nas práticas baseada em evidências e práticas cientificamente sustentadas (PIMENTA et al., 2014).

É importante ressaltar que um protocolo promove a padronização e, na ausência deste, existe a probabilidade da ausência de normatização das ações e isso pode levar a uma grande variação nos modos de fazer as ações e gerar a realização de práticas inadequadas para a realidade local (PAES, 2011).

O instrumento favorece o exercício profissional da enfermagem, pois fornece um respaldo teórico ao mesmo, permite assim uma melhoria na qualidade da assistência, bem como o conhecimento das novas tecnologias, e promover, assim, uma maior segurança para o cliente. Na construção de um protocolo devem ser estabelecidos critérios, como quem será o público alvo que será beneficiado, quem irá executar essas ações, qual o objetivo desse

protocolo, em quais literaturas científicas será embasado e em quais evidências práticas (PIMENTA et al., 2014).

Diante da relevância da construção de protocolos, o Ministro de Estado da Saúde construiu um Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde. Desse modo, de acordo com o artigo 3º da portaria nº 816/GM de 31 de maio de 2005, é um dever deste analisar, propor critérios e estratégias de desenvolvimento e avaliação permanente de protocolos clínicos e assistenciais, bem como avaliar os dados epidemiológicos e as prioridades do SUS e propor a criação de protocolos (BRASIL, 2005).

3.3 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A CIPE[®] surgiu a partir de uma recomendação, na década de 1980, da Organização Mundial da Saúde, para a criação de um sistema de classificação que representasse a enfermagem como um todo. Isso foi oriundo da ação de um grupo de enfermeiros integrantes da *American Nurses Association* (ANA) e da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), que tentaram incluir um esquema de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), que recebeu uma negativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), que considerou que a proposta enviada não representava a Enfermagem mundialmente (FURTADO; MEDEIROS; NÓBREGA, 2011).

Em 1989, durante o congresso quadrienal do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), na cidade de Seul, foi votada e aprovada a proposta de desenvolvimento de um sistema de classificação internacional da prática de enfermagem, contudo apenas em 1990 que foi formada a equipe de desenvolvimento da CIPE (TANNURE; GONÇALVES, 2009).

Então, em 1991, a equipe anteriormente formada teve como primeira atitude realizar uma busca na literatura da área e uma pesquisa junto as associações filiadas ao CIE, para identificar em âmbito internacional os sistemas de classificação utilizados no âmbito da Enfermagem e foi possível observar as mais diversas classificações nos mais diversos países do mundo, com a finalidade de reafirmar mais uma vez a necessidade do desenvolvimento de uma classificação que venha padronizar essa linguagem (GARCIA; NÓBREGA, 2009b).

Em 1992, foi realizada na cidade de Genebra, uma reunião com enfermeiros de seis países, que passaram a constituir o grupo de aconselhamento técnico da CIPE[®], com o intuito

de testar a viabilidade e aplicabilidade da CIPE[®] em nível global (TANNURE; GONÇALVES, 2009).

Após análise anterior, no ano de 1993, foi divulgado o documento intitulado – Próximo avanço da enfermagem: uma classificação internacional para a prática de enfermagem (*Nursing's Next Advance: An International Classification for Nursing Practice (ICNP)*), a qual, ainda não foi considerada a primeira versão da CIPE[®] e sim uma listagem de termos, que foram identificados na literatura e nas diferentes classificações existentes, que eram usados para descrever os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2009b).

Assim, foi em dezembro de 1996, que o CIE publicou a primeira versão da CIPE[®], denominada Versão Alfa. Esta veio representar um marco unificador, um início de mudança na história da Enfermagem, contudo, ficou aberta a comentários, críticas e sugestões, para que, posteriormente, uma nova versão viesse a ser construída para que assim fosse possível atender da melhor forma às necessidades dos seus usuários e tornar-se como uma espécie de matriz unificadora (FURTADO; MEDEIROS; NÓBREGA, 2011).

A Versão Alfa foi traduzida para diversas línguas, inclusive para o português, e nesta versão encontravam-se listados os conceitos de enfermagem que já existiam, entretanto organizados hierarquicamente em uma nova combinação. Após a publicação da CIPE[®] Versão Alfa, o CIE passou a receber comentários e críticas de diversas organizações e algumas dessas eram feitas por meio de projetos que vieram contribuir para avanço no trabalho, o que mais tarde resultou na Versão Beta (TANNURE; GONÇALVES, 2009).

Em julho de 1999, foi divulgada a CIPE[®] Versão Beta, durante as comemorações de 100 anos do CIE. Esta versão veio oportunizar aos enfermeiros a participação contínua no processo de desenvolvimento da taxonomia, e foi considerada uma estrutura multiaxial que proporciona maior solidez a classificação. Esta veio também estimular o desenvolvimento de pesquisas nas diversas áreas de atuação da enfermagem e contribuir, assim, para o desenvolvimento da linguagem em enfermagem (BARRA; SASSO, 2012).

Diante do trabalho na prática com a versão beta, surgiram recomendações que poderiam adequar a classificação melhor a prática, o que culminou, no ano de 2001, na CIPE[®] Versão Beta 2, e nessa nova versão as principais alterações foram de natureza gramatical, mudanças ou correções de códigos e correções de definições, entretanto, o marco principal foi que nessa versão tanto a Classificação dos Fenômenos de Enfermagem quanto a

Classificação das Ações de Enfermagem foram estruturadas em oito eixos (FURTADO; MEDEIROS; NÓBREGA, 2011).

Após estudos realizados pelo CIE, observou-se que a Versão Beta 2, na prática, em âmbito mundial, dificultava o alcance das metas de um sistema de linguagem unificada e não satisfazia aos enfermeiros. Diante deste fato preocupante, o Comitê de Aconselhamento Estratégico da CIPE[®] desenvolveu uma pesquisa entre líderes mundiais, no domínio de vocabulários, no intuito de que a próxima versão fosse realmente consistente com os vocabulários utilizados e as normas existentes e, para isso, uma das recomendações dos participantes foi que o *software* a ser usado deveria evitar redundância e ambiguidade. A principal inovação foi que, enquanto a versão Beta 2 estava estruturada em duas classificações, com total de 16 eixos, na versão 1.0 tem uma única estrutura de classificação, conhecido como o Modelo de Sete Eixos (GARCIA; NÓBREGA, 2009b).

Estes sete eixos são: Foco (área de atenção relevante para enfermagem), Juízo (opinião clínica), Recursos ou Meios (forma ou método de concretizar uma intervenção), Ação (desempenhado por um cliente), Tempo (o período, o intervalo), Localização (orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção) e, por fim, Cliente, (o sujeito) (TANNURE; GONÇALVES, 2009).

Em meados de 2008, foi lançada a CIPE[®] Versão 1.1, que veio incluir novos conceitos, um *browser* mais fácil de utilizar e o primeiro catálogo de enunciados pré-coordenados da CIPE[®]. Ainda no mesmo ano, a CIPE[®] foi incluída pela OMS, na família das classificações internacionais, o que culminou o lançamento da CIPE[®] 2.0, tendo em vista que a CIPE[®] deveria se adequar à estrutura das outras classificações da família e, então, após a adequação, foi lançada, em julho de 2009, a Versão 2.0 com mais de 400 novos conceitos que visava garantir a consistência e precisão desse sistema e o evento aconteceu no Congresso do CIE na África do Sul (BARRA; SASSO, 2012; CIE, 2010).

Em maio de 2011, lançaram uma reedição da versão 2.0, na qual houve a inclusão de novos termos, bem como de declarações pré-combinadas e está estar disponível em cerca de 15 idiomas apenas no formato eletrônico (CUBAS et al., 2011).

Por fim, a Versão 2013, que foi a última até o presente momento, foi traduzida para o português pelo Centro CIPE[®] do Programas de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF-UFPB) (GARCIA; NÓBREGA, 2013; GARCIA; CUBAS, 2014).

Vale salientar que nas últimas quatro versões manteve-se a representação multiaxial do Modelo de Sete Eixos, que foi introduzido na Versão 1.0 para organizar conceitos primitivos do domínio da Enfermagem e surgiu também conjunto de conceitos pré-coordenados relativos a diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem e, então, com essa nova apresentação, a CIPE[®] passou a se caracterizar como além de combinatória, como uma terminologia enumerativa (GARCIA; NÓBREGA, 2013).

Os objetivos propostos pela CIPE[®] são facilitar a comunicação entre enfermeiras sobre a sua prática profissional, fornecer uma linguagem padronizada da enfermagem para os outros profissionais da saúde e os formuladores de políticas públicas de saúde, facilitar a padronização da documentação do cuidado, permitir e facilitar o intercâmbio de informações dos diversos lugares do mundo e, por fim, utilizar esses dados padronizados para avaliar o cuidado ofertado e, assim, planejar ações que possam trazer maiores benefícios para a população (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

A CIPE[®] versão 2013, assim como as últimas quatro versões, tem apresentado um aumento progressivo no número total de conceitos inseridos. É possível observar que a medida que aumenta o percentual de conceitos pré-coordenados, diminui o percentual de conceitos primitivos. Isso pode ser avaliado quando se analisa duas versões da CIPE[®], na versão 1.0, 83% dos conceitos eram primitivos e apenas 17% eram conceitos pré-coordenados, na versão 2013, 59% são conceitos primitivos e 41% conceitos pré-coordenados, torna visível que não existe mais uma disparidade (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2015).

Conforme as autoras supracitadas, a CIPE[®] versão 2013 tem um total de 3.894 termos, dos quais 1.592 são conceitos pré-coordenados (diagnósticos/ resultados/ intervenções de enfermagem) e 2.302 são conceitos primitivos (modelo de sete eixos).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva, com abordagem quantitativa. Para Gil (2009), a pesquisa exploratória tem como objetivo desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, haja vista que esse tipo de pesquisa apresenta pouca rigidez no planejamento e busca proporcionar uma aproximação com temas pouco discutidos. E a pesquisa descritiva detalha ações que foram realizadas.

Este tipo de pesquisa foi escolhido pelo fato de que, segundo Lakatos e Marconi (2008), 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 da pesquisa

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 de modo geral e estes são divididos entre os diversos setores como a clínica cirúrgica, oncologia, Unidade de Terapia Intensiva – UTI, entre outros. Do total de leitos, 16 são distribuídos em sete enfermarias 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 por profissionais de enfermagem com experiência na clínica de infectologia do HUAC. Utilizou-se como critério de inclusão ser profissional de enfermagem (enfermeiro, técnico de enfermagem ou docentes) que desenvolvesse atividades na clínica supracitada. Foram excluídos do estudo os profissionais que se encontravam de férias ou de licença médica no período da coleta de dados.

Assim, obteve-se uma amostra de 27 profissionais, este número é justificado pela carência de pessoal que desenvolvem atividades na área de infectologia.

4.4 Coleta de dados

Com vista a atender aos objetivos propostos, dividiu-se a pesquisa em quatro etapas, que serão detalhadas abaixo.

Na primeira etapa, foi realizada uma análise criteriosa e, posteriormente a **reorganização da nomenclatura** do perfil de diagnósticos de enfermagem para pacientes hospitalizados em uma clínica de infectologia, construído em estudo anterior por Souza Neto (2014). Esta etapa foi proposta após uma avaliação inicial do perfil de diagnósticos, em que foi observada uma discrepância em alguns diagnósticos de enfermagem propostos e os seus respectivos sinais e sintomas relacionados.

Em seguida, na segunda etapa, foi realizada uma **atualização do perfil de diagnóstico** elaborado por Souza Neto (2014), que o mesmo utilizou na construção dos diagnósticos a CIPE[®] versão 2.0, entretanto já foi lançada a CIPE[®] versão 2013, que é a mais atualizada até o momento e no intuito de promover a padronização das versões utilizadas. Esse procedimento de atualização foi realizado de forma manual.

Para categorizar esses diagnósticos de duas versões CIPE[®] distintas, foram avaliados alguns estudos e, segundo Leal (2006), pôde-se observar que para proporcionar esse elo entre as duas versões surgiram cinco categorias que são elas: *igual, similar, mais abrangente, menos abrangente e não existe concordância*. Assim, foram usadas essas categorias acima citadas no processo de atualização proposto nessa pesquisa.

Na terceira etapa, foram **elaboradas intervenções de enfermagem** para pacientes hospitalizados em uma clínica de infectologia, fundamentadas na CIPE[®] versão 2013. Foram

considerados os preceitos estabelecidos pelo CIE, que estabelece a inclusão de um termo do eixo ação e pelo menos um termo-alvo (que é um termo de qualquer eixo, exceto do eixo de julgamento).

As intervenções foram elaboradas atendendo as necessidades humanas básicas evidenciadas por Souza Neto (2014), foi levado em consideração as definições das necessidades humanas básicas descritas por Garcia e Egry (2010), com o objetivo de operacionalizar o instrumento de trabalho, haja vista que, quando traçaram-se as intervenções de enfermagem para cada diagnóstico, as intervenções ficaram repetitivas e o instrumento ficou inviável para a pesquisa e, principalmente, para ser operacionalizado diariamente pelos profissionais.

Por último, foi realizado, a **análise de conteúdo** das intervenções elaboradas anteriormente, por profissionais de enfermagem que desenvolvem atividade na clínica mencionada anteriormente.

Assim, foi distribuído um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), juntamente com uma carta de esclarecimento (Apêndice B) e com o instrumento de coleta de dados (Apêndice C), o qual contemplou intervenções de enfermagem que foram elaboradas no decorrer da pesquisa relacionadas às necessidades humanas básicas. As mesmas foram dispostas em uma escala de três pontos, para que os participantes da pesquisa pudessem categorizar as intervenções de enfermagem como “sempre”, “às vezes” ou “nunca” presentes nos pacientes hospitalizados naquela unidade de internação.

4.5 Análise dos dados

Para a análise dos dados foi utilizado o modelo proposto por Fehring. Desse modo foi atribuído peso “0” para as intervenções “nunca” aplicáveis, peso “0,5” para as intervenções “às vezes” aplicáveis e peso “1,0” para as intervenções “sempre” aplicáveis a realidade da clínica lócus da pesquisa. Foi realizada para cada intervenção uma média aritmética ponderada. Foram consideradas no momento da discussão como intervenções aplicáveis as intervenções que atingiram Índice de Concordância mínimo de 80%, conforme Fehring preconiza.

4.6 Considerações éticas

A pesquisa foi conduzida de acordo com a Resolução nº 466/12 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, com parecer favorável nº 780.364 e CAAE: 34721814.7.0000.5182.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Reorganização da nomenclatura de diagnósticos de enfermagem para pacientes hospitalizados em uma clínica de infectologia proposta por Souza Neto (2014)

Para uma melhor compreensão da temática, segue abaixo o Quadros 1 com os diagnósticos de enfermagem construídos por Souza Neto (2014). Nele estão presentes as necessidades psicobiológicas e psicossociais. Estes dados foram coletados por meio de uma pesquisa de campo a pacientes hospitalizados na clínica de Infectologia do Hospital Alcides Carneiro, Campina Grande – PB.

Quadro 1: Diagnósticos de enfermagem, propostos por Souza Neto (2014). Cuité- PB, 2014.

Necessidades Humanas Básicas – Psicobiológicas	Diagnósticos de Enfermagem
Hidratação e Regulação Eletrolítica	Edema Periférico
Nutrição e Eliminação	Ingestão de Alimentos deficitária
	Caquexia
	Ingestão nutricional comprometida
	Regurgitação presente
	Excesso de Peso
	Padrão de Eliminação Intestinal excessiva
	Defecação comprometida
Sono e Repouso	Eliminação urinária comprometida
	Sono e Repouso Comprometido
	Sonolência
Locomoção, mecânica corporal e motilidade/ Regulação Neurológica	Insônia
	Mobilidade comprometida
	Tremor presente
Cuidado corporal e integridade cutaneomucosa	Ansiedade
	Integridade da pele comprometida
	Padrão de higiene do couro cabeludo comprometido
Regulação térmica	Higiene da cavidade oral comprometida
Regulação imunológica	Desidratação
Regulação vascular	Hipertermia
Percepção dolorosa	Exposição a contaminação
Segurança Física	Ritmo cardíaco alterado
	Dor
	Abuso de Tabaco
Necessidades Humanas Básicas – Psicossociais	
Comunicação	Abuso de Drogas
	Abuso de álcool e tabaco
	Capacidade de se comunicar através da fala comprometida
	Estado de Consciência Alterado
	Isolamento Social
	Solidão

Aprendizagem (Educação á saúde) Sociabilidade/ Recreação e Lazer	Aceitação
	Apoio familiar
	Medo
	Emoção negativa
Autorrealização, Autoestima e Autoimagem	Vontade viver pertinente
	Socialização
	Baixa autoestima

Fonte: Dados da pesquisa de Souza Neto, 2014.

A partir do perfil estabelecido, foi realizada uma análise criteriosa dos sinais e sintomas descritos por Souza Neto (2014), a fim de reorganizar os diagnósticos propostos pelo mesmo.

Nas necessidades psicobiológicas foram sugeridas alterações para os diagnósticos de enfermagem: PESO DIMINUIDO e SONO E REPOUSO COMPROMETIDO, como descrito abaixo.

Paciente N.M.B. 21 anos recebeu o diagnóstico de enfermagem de PESO DIMINUIDO, no entanto, o mesmo apresentou o Índice de Massa Corporal (IMC) de 19,01, que, segundo a Associação Brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica (2014), o IMC de 18,5 a 24,9 é considerado adequado e este parâmetro é utilizado internacionalmente para avaliar os parâmetros peso/altura. Desse modo, é proposta a retirada do diagnóstico, tendo em vista que o parâmetro apresentado pelo paciente está em desacordo com o Diagnóstico de Enfermagem proposto.

Paciente C.S.F. 27 anos apresenta na descrição dos sinais e sintomas, o dado IMC: 17,99 que está abaixo da faixa de peso adequado, como descrito anteriormente e, desse modo, é proposta a inserção do diagnóstico de enfermagem PESO DIMINUÍDO, que está de acordo com os sinais e sintomas apresentados pelo paciente.

Paciente J.S.L. 51 anos obteve o diagnóstico de SONO E REPOUSO COMPROMETIDO, no entanto, propõe-se a padronização da linguagem por meio da conversão desse diagnóstico de Sono e Repouso Comprometido para INSÔNIA, haja vista que o paciente apresenta como sinais e sintomas: uso de medicação para dormir e dificuldades para dormir, sinais esses que corroboram com o Diagnóstico sugerido de Insônia, além de que como descrito anteriormente, permite a padronização da linguagem.

Em relação às Necessidades Psicossociais, foi sugerida alterações para os diagnósticos de enfermagem: SOCIALIZAÇÃO, APOIO FAMILIAR e ACEITAÇÃO, como descrito abaixo.

Pacientes I.J.P. 58 anos, J.A.S. 45 anos e A.T.E. 69 anos apresentaram os respectivos diagnósticos de enfermagem: **SOCIALIZAÇÃO**, **APOIO FAMILIAR** e **ACEITAÇÃO**. Entretanto segundo o CIE para a construção de um diagnóstico de enfermagem é necessário que haja um termo do eixo foco mais um termo do eixo julgamento, desse modo, ao verificar os três diagnósticos de enfermagem descritos acima, todos só apresentam o termo do eixo foco, o que está assim em desacordo com o CIE, bem como não oferecendo clareza para o diagnóstico. Nesse sentido, é proposto para o paciente J.A.S., de acordo com os sinais e sintomas apresentados por ele, que é o desejo de participar de atividades, que seja estabelecido o diagnóstico **SOCIALIZAÇÃO EFICAZ**.

Para o paciente J.A.S. 45 anos, é sugerida a alteração do diagnóstico **APOIO FAMILIAR**, haja vista o que foi descrito acima e, de acordo com o sinal apresentado pelo paciente, tem a família presente. Fica proposta, assim, a alteração para **APOIO FAMILIAR EFICAZ**.

Para o paciente A.T.E. 69 anos, é sugerida a alteração do diagnóstico de **ACEITAÇÃO**, haja vista o que foi descrito acima e, de acordo com os sinais apresentados pelo paciente, que contenta-se com seu estado patológico e se reconhece merecedor de amor e felicidade, fica proposta, assim, a alteração para **ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE**.

Diante das alterações propostas à nomenclatura de diagnósticos de enfermagem elaborada por Souza Neto (2014), segue abaixo o Quadro 2, com as necessidades humanas básicas – psicobiológicas e psicossociais, bem como, com as alterações propostas por Sales (2015). Estas alterações foram embasadas na literatura científica, nos sinais e sintomas apresentados individualmente por cada paciente e nos preceitos estabelecidos pelo CIE, que é o órgão que rege a CIPE[®], a classificação utilizada para traçar os diagnósticos propostos por Souza Neto (2014) e as intervenções propostas nessa pesquisa.

Quadro 2: Nomenclatura de Diagnósticos de enfermagem, atualizada por Santos Sales (2015). Cuité – PB, 2015.

Necessidades Humanas Básicas – Psicobiológicas	Diagnósticos de Enfermagem
Hidratação e Regulação Eletrolítica	Edema Periférico
	Ingestão de Alimentos deficitária
	Caquexia
	Ingestão nutricional comprometida
	Regurgitação presente
	Excesso de Peso

Nutrição e Eliminação	Padrão de Eliminação Intestinal excessiva
	Peso Diminuído
	Defecação comprometida
	Eliminação urinária comprometida
Sono e Repouso	Sonolência
	Insônia
Locomoção, mecânica corporal e motilidade/ Regulação Neurológica	Mobilidade comprometida
	Tremor presente
	Ansiedade
Cuidado corporal e integridade cutaneomucosa	Integridade da pele comprometida
	Padrão de higiene do couro cabeludo comprometido
	Higiene da cavidade oral comprometida
	Desidratação
Regulação térmica	Hipertermia
Regulação imunológica	Exposição a contaminação
Regulação vascular	Ritmo cardíaco alterado
Percepção dolorosa	Dor
Segurança Física	Abuso de Tabaco
	Abuso de Drogas
	Abuso de álcool e tabaco
Necessidades Humanas Básicas – Psicossociais	
Comunicação	Capacidade de se comunicar através da fala comprometida
	Estado de Consciência Alterado
Aprendizagem (Educação á saúde) Sociabilidade/ Recreação e Lazer	Isolamento Social
	Solidão
	Aceitação do Estado de Saúde
	Apoio familiar eficaz
	Medo
	Emoção negativa
Autorrealização, Autoestima e Autoimagem	Vontade viver pertinente
	Socialização eficaz
	Baixa autoestima

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

5.2 Atualização da nomenclatura de diagnósticos de enfermagem da Versão 2.0 da CIPE® para a versão 2013

Após a reorganização da nomenclatura de diagnósticos de enfermagem foi realizado o processo de atualização da nomenclatura de diagnósticos de enfermagem da CIPE® versão 2.0 para a versão 2013, haja vista que Souza Neto (2014) construiu a mesma utilizando a CIPE® versão 2.0 e que esta pesquisa utiliza a sua nomenclatura de diagnósticos como embasamento para o desenvolvimento das intervenções de enfermagem e já existe uma versão CIPE® mais atualizada que é a versão 2013, optou-se assim por realizar esse processo de atualização da nomenclatura de diagnósticos da versão 2.0 para a versão 2013.

Nesse sentido, após análise, foi observado um total de 37 diagnósticos de enfermagem, onde 26 afirmativas são das necessidades psicobiológicas e 11 das necessidades psicossociais. Estas afirmativas passaram por um processo de atualização, por meio de um cruzamento manual das afirmativas nas versões 2.0 e 2013, a partir dos termos constantes e não constantes.

Para permitir categorizar esses diagnósticos de duas versões CIPE® distintas, foram avaliados alguns estudos e, segundo Leal (2006), pôde-se observar que para proporcionar esse elo entre as duas versões surgiram cinco categorias que são elas: *igual, similar, mais abrangente, menos abrangente e não existe concordância*.

A categoria igual acontece quando o termo da CIPE® versão 2013 é igual ao termo utilizado na versão 2.0, ou seja quando existe concordância de termo e definição. São categorizados como similar quando o termo da CIPE® versão 2013 é similar ao termo utilizado na nomenclatura da versão 2.0, ou seja quando não existe concordância de termo, mas a definição é idêntica. São categorizados como mais abrangente quando o termo da CIPE® versão 2013 é mais abrangente do que o termo utilizado na nomenclatura, construída a partir da CIPE® versão 2.0, quando o termo utilizado pela nomenclatura é mais específico. O termo da CIPE® versão 2013 é mais restrito ao termo utilizado na nomenclatura, construída a partir da CIPE® versão 2.0, quando o termo da classificação é mais limitado. Por fim, não existe concordância entre o termo da CIPE® versão 2013 e a nomenclatura, construída a partir da CIPE® versão 2.0, quando os termos não podem ser identificados na classificação, dificultando a estruturação dos diagnósticos de enfermagem.

Desse modo segue abaixo o Quadro 3, com os diagnósticos de enfermagem das necessidades psicobiológicas e psicossociais, dispostos em ordem alfabética, e da categorização entre as versões da CIPE® 2.0 e 2013.

Quadro 3 : Atualização da nomenclatura de Diagnósticos de Enfermagem baseados na CIPE® versão 2.0 para a CIPE® versão 2013. Cuité – PB (2015).

Nomenclatura de diagnósticos da CIPE® versão 2.0	Nomenclatura de diagnósticos da CIPE® versão 2013	Categorias
Abuso de álcool e tabaco	Abuso de álcool e tabaco	Igual
Abuso de drogas	Abuso de drogas	Igual
Abuso de tabaco	Abuso de tabaco	Igual
Aceitação	Aceitação	Igual
Ansiedade	Ansiedade	Igual
Apoio familiar	Apoio familiar	Igual
Baixa autoestima	Baixa Autoestima	Igual

Capacidade para comunicar através da fala comprometida	Capacidade para comunicar-se pela fala prejudicada	Similar
Caquexia	Caquexia	Igual
Defecação comprometida	Defecação prejudicada	Similar
Desidratação	Desidratação	Igual
Dor	Dor	Igual
Edema periférico	Edema Periférico	Igual
Eliminação urinária comprometida	Micção prejudicada	Similar
Emoção negativa	Emoção negativa	Igual
Estado de consciência alterado	Estado de consciência prejudicado	Similar
Excesso de peso	Sobrepeso	Similar
Exposição a contaminação	Exposição a contaminação	Igual
Higiene da cavidade oral comprometida	Higiene oral ineficaz	Similar
Hipertermia	Hipertermia	Igual
Ingestão de alimentos deficitária	Ingestão de alimentos deficitária	Igual
Ingestão nutricional comprometida	Ingestão nutricional prejudicada	Similar
Insônia	Insônia	Igual
Integridade da pele comprometida	Integridade da pele prejudicada	Similar
Isolamento social	Isolamento Social	Igual
Medo	Medo	Igual
Mobilidade comprometida	Mobilidade prejudicada	Similar
Padrão de Eliminação intestinal excessiva	Diarreia	Similar
Padrão de higiene do couro cabeludo comprometido	Higiene do couro cabeludo prejudicado	Similar
Regurgitação presente	Regurgitação presente	Igual
Ritmo cardíaco alterado	Ritmo cardíaco alterado	Igual
Socialização	Socialização	Igual
Solidão	Solidão	Igual
Sono e repouso comprometido	Sono e repouso prejudicado	Similar
Sonolência	Sonolência	Igual
Tremor presente	Tremor presente	Igual
Vontade de viver pertinente	Vontade de viver pertinente	Igual

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Diante do exposto, é possível observar que as categorias do Quadro 3 foram contempladas da seguinte maneira: 25 correspondem a categoria igual, 12 correspondem a categoria similar, nenhum correspondeu às categorias mais abrangente, mais restrito e não existe concordância.

Nesse sentido, pode-se observar que não aconteceu nenhuma mudança radical na nomenclatura de diagnósticos de uma versão para a outra, entretanto, com vista a padronização da linguagem, serão considerados todos os diagnósticos atualizados na versão 2013.

5.3 Elaboração de intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados em uma clínica de infectologia fundamentadas na CIPE[®] versão 2013

As intervenções de enfermagem aqui descritas foram direcionadas para cada subcategorias das Necessidades Humanas Básicas (Necessidades Psicobiológicas, Psicossociais), porquanto a construção por diagnósticos iria gerar a repetição de algumas intervenções, aumentar a proposta e dificultar a análise e implementação das mesmas pelos profissionais que atuam na realidade clínica.

Destaca-se que as necessidades psicoespirituais não foram contempladas na nomenclatura de diagnósticos construída por Souza Neto (2014), haja vista a falta de informações fornecidas pelos pacientes relacionadas a essa necessidade, por isso não foram construídas intervenções relacionadas a elas.

Para a construção de intervenções, utilizou-se como sistema de Classificação a CIPE[®] versão 2013 e foram seguidos os parâmetros estabelecidos pela CIE, que preconiza que para a construção de uma intervenção de enfermagem é necessário ter um termo do eixo ação e um termo-alvo (que é um termo de qualquer eixo com exceção do eixo julgamento), o que permite que por meio dessas ações possa haver uma padronização na linguagem dos profissionais da enfermagem no mundo (CIE, 2011).

Desse modo, segue abaixo o Quadro 4, com o demonstrativo da construção das intervenções de enfermagem com a utilização dos termos e seus respectivos eixos. Nesse sentido, foram dispostos os 6 eixos com exceção do eixo julgamento, haja vista que para a construção de intervenções o mesmo não é aplicado. Foi acrescentada uma coluna com os termos não constantes na CIPE; e, em seguida, como não havia uma ordem pré-estabelecidas na construção das intervenções, foram inseridos números cardinais para nortear a leitura das intervenções de forma clara e as mesmas estão dispostas em ordem alfabética dentro de cada Necessidade (CIE, 2013).

Quadro 4: Construção de intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados em uma clínica de doenças infectocontagiosas. Cuité – PB (2015).

	AÇÃO	CLIENTE	FOCO	LOCALIZAÇÃO	MEIOS	TEMPO	TERMOS NÃO CONSTANTES
Hidratação e regulação eletrolítica	1-Aplicar		2- bandagem de compressão 4-com edema				3-nos membros periféricos
	1-Avaliar		2-volume de líquidos		4-pelo médico		3-prescrito
	1-Contactar / 3- a diminuir	6-para o paciente	4-volume de líquidos		2-o médico		5-prescrito
	1-Determinar		3-do Edema	2- Localização			
	1-Elevar		5-do edema periférico	4-Região corporal / 7-do coração	8-atraves de	3-no período da manhã, tarde e noite	2-por 30 minutos 6-acima do nível
	1-Encorajar/ 3- a diminuir	2- o paciente	4-Ingestão de alimentos				5- com sódio
	1-Investigar	3-Do paciente	2-Regime dietético/ 5-para retenção hídrica				4- E hábitos que possam contribuir
	1-Monitorar		2-Resultado Laboratorial				
	1-Mensurar						2-circunferência abdominal
	1-Orientar / 3- a diminuir	2-paciente	4-ingestão hídrica				
	1-Realizar		2-balanço hídrico				
	1-Realizar						2-sinal de cacifo, determinando grau de edema
Nutrição	1-Avaliar		2-efeito colateral da medicação				
	1-Avaliar 3-e gerenciar ansiedade		2-comportamento compulsivo				
	1-Avaliar e orientar		3-e mastigação		2-técnica de deglutição		
	1-Contactar				2-Nutricionista		

	1-Estimular		2-ingestão de refeições				3-fracionadas, de 3 em 3 horas
	1-Monitorar		2-náusea e vômito 4-do vômito				3-avaliando a frequência, volume e aspecto
	1-Monitorar		2-peso			3-diariamente	4-no mesmo horário
	1-Orientar 5-para estabelecer	2-ao paciente	4-da nutrição				3-quanto a importância 6-o estado de saúde
	1-Obter dados		2-sobre padrão alimentar				
	1-Orientar	2-o paciente	4-para alimentar-se				3-quanto a uma posição
	1-Promover		2-deambulação			3-na hospitalização	
	1-Verificar						2-resíduo gástrico antes de infundir a dieta por SNG
Eliminação	1-Aplicar compressa fria 3-para diminuir		4-o prurido	2-na região anal			
	1-Aplicar		4-para controle da dor	3-na região anal			2-delicadamente um lubrificante 5-ao defecar
	1-Auscultar						2-ruídos hidroaéreos
	1-Avaliar		2-estresse por mudança de ambiente			3-devido a hospitalização	
	1-Estimular		2-deambulação			3-durante a hospitalização	
	1-Estimular		2-ingestão de líquidos				
	1-Estimular 3-a falar	2-o paciente					4-sobre suas eliminações intestinais e vesicais
	1-Higienizar	2- o paciente	3-após eliminações				

			intestinais e vesicais				
	1-Investigar		2-Dor durante a micção				
	1-Monitorar		2-eliminação intestinal				3-(coloração, consistência, frequência, quantidade e odor)
	1-Monitorar		2-eliminação vesical				3-(coloração, limpidez, odor e volume)
	1-Monitorar		2-sinais e sintomas de infecção urinária				
	1-Orientar	2-o paciente	3-sobre ingestão de alimentos				4-rico em fibras
	1-Providenciar						2-aparadeira ou papagaio
	1-Realizar		2-regime de cuidados com o cateter urinário				
	1-Trocar				2-roupa de cama	3-diariamente	
Sono e Repouso	1-Avaliar	3-no paciente	2- efeito colateral da medicação				
	1-Estabelecer rotina de hora para dormir	2-com o paciente					
	1-Explicar		3-do sono				2-sobre a importância 4-e do repouso
	1-Investigar		3-o sono				2-os fatores ambientais que dificultam 4-e o repouso
	1-Monitorar						2-tranquilidade do ambiente
	1-Obter dados	3-do paciente					2-rotina de sono e

	sobre						repouso
	1-Orientar 2-técnica de relaxamento	2-ao paciente					
	1-Orientar quanto		3-de sono			2-o tempo 4-durante o dia	
	1-Orientar quanto		2-ingestão de bebidas				3-com cafeína
	1-Programar	6-do paciente	2-rotina 4-o sono				3-de cuidados de enfermagem para não interromper 5-e o repouso
Locomoção, mecânica corporal e mobilidade	1-Ajudar		2-na deambulação				
	1-Contactar				2-fisioterapeuta		
	1-Estimular e orientar				3-de dispositivo de apoio para mobilização		2-sobre o uso
	1-Investigar						2-fatores que dificultam a motilidade
	1-Mudar	2-paciente					3-de decúbito a cada 2 horas
	1-Orientar		3- da deambulação				2-quanto a importância
	1-Promover mobilidade	2-ao paciente					3-de maneira passiva
Regulação neurológica	1-Avaliar		2-o nível de consciência				
	1-Estimular		2-a memória				
	1-Investigar						2-presença de fatores causadores e contribuintes de confusão mental
	1-Observar	3-do paciente					2-estado mental
	1-Observar		3- de sedação,				2-sinais 4- lentificação

	1-Planejar		3- a memória				2-atividades que promovam
	1-Realizar		2-exercícios				3-que promovam a coordenação motora
Cuidado corporal	1-Ensinar	2-o paciente	3-a cuidar da higiene	4-do couro cabeludo			
	1-Estabelecer		2-rotina e padrão de higiene	3-oral			
	1-Estabelecer 4-lavar	3-para o paciente	2-rotina		5-o cabelo		
	1-Identificar	2-se o paciente	4-para higiene pessoal				3-tem material
	1-Obter dados	2- com o paciente	3-sobre rotina do padrão de higiene	4-oral			
	1-Orientar 3-a cortar	2-o paciente		4-as unhas			
	1-Orientar	2-o paciente	3-a cuidar da higiene corporal				
	1-Orientar						2-quanto a higiene íntima
	1-Orientar		3-da higiene 5-para a saúde				2-sobre a importância 4-e suas implicações
	1-Promover higiene oral	2-aos pacientes incapacitados					
	1-Proporcionar	3-ao paciente	2-privacidade			4-durante o banho	
	1-Providenciar			2-cadeira de banho			
	1-Realizar						2-banho no leito
	Integridade cutaneomucosa	1-Avaliar		2-característica da lesão			
1-Avaliar					3-da pele		2-o grau de ruptura
1-Estimular			2-hidratação adequada				

	1-Estimular						2-mudança de decúbito de modo passivo
	1-Identificar		3-da lesão				2-cobertura adequada ao aspecto
	1-Inspeccionar			2-cavidade oral			
	1-Localizar		3- de úlcera por pressão e protegê-la				2-áreas possíveis
	1-Manter						2-lençóis limpos e lisos
	1-Manter	2-o paciente					3-seco, livre de secreção e eliminação
	1-Realizar				2curativo	3-diariamente	
	1-Realizar		2-exame físico	3-da pele		4-diariamente	
Regulação térmica	1-Avaliar		2-processo de transpiração				
	1-Aplicar			3-na região axilar	2-bolsa para compressa fria		
	1-Estimular		2-a ingestão hídrica				
	1-Medir		2-temperatura corporal 4-conforme rotina	3-na região axilar			
	1-Promover						2-um ambiente arejado
	1-Realizar		2-banho	3-com água morna ou fria			
	1-Remover						2-o excesso de roupa
Regulação Imunológica	1-Estimular 3-a higienizar-se	2-o paciente					
	1-Isolar	2-paciente					3-se necessário
	1-Limitar		2-procedimento				3-invasivo
	1-Limitar					2-visita	3-se necessário
	1-Orientar	2-o paciente			4-mascara	5-quando	

	3-a utilizar					receber visita	
	1-Orientar	2-o paciente e a família	4-da infecção				3-quanto a forma de contágio
	1-Promover	3-para equipe de enfermagem	2-conhecimento em saúde 5-higienização das mãos				4-sobre a importância
	1-Realizar						2-troca de acesso venoso periférico a cada 72 horas
Regulação vascular	1-Auscultar						2-as bulhas cardíacas, avaliando fonese, ritmo e frequência
	1-Avaliar		3-e frequência do pulso	4-periférico			2- ritmo
	1-Avaliar		2-perfusão tissular				3-da região afetada, por meio do teste de enchimento capilar
	1-Avaliar						2-pulsações nas regiões precordiais
	1-Identificar		3-a frequência cardíaca				2-fatores emocionais que aumentam
	1-Identificar		3-a frequência cardíaca				2-fatores fisiopatológicos que aumentam
	1-Realizar	2-no paciente					2-Eletrocardiograma de 12 derivações
Percepção dolorosa	1-Aplicar				2-bolsa de compressa fria		
	1-Aplicar				2-bolsa de compressa quente		
	1-Avaliar	3-do paciente	2-dor				4-atraves de escalas (investigando a localização, tipo,

							duração, frequência, fatores atenuantes e agravantes)
	1-Ajudar	2-o paciente	4-em posição				3-a ficar 5-confortável
	1-Avaliar resposta a controle da dor	2-do paciente					
	1-Encorajar 3-a falar	2-o paciente	5-dolorosa				4-da sua experiência
	1-Orientar		2-respiração				3-lenta e ritmada
	1-Promover				2-Relaxamento muscular progressivo 4-e massagem terapêutica		3-atraves de banho morno
Segurança Física	1-Discutir		2-o efeito secundário do abuso do tabaco				
	1-Encaminhar 3-para terapia de grupo de apoio	2-paciente					
	1-Identificar		3- e sintomas de abstinência				2-sinais
	1-Investigar		2-inquietação e ansiedade				
	1-Orientar	2-o paciente	3-álcool				3-sobre os benefícios para o seu quadro clinico de não usar
	1-Orientar	2-o paciente	3-drogas				3-sobre os benefícios para o seu quadro clinico de não usar
	1-Orientar	2-o paciente	3-tabaco				3-sobre os benefícios para o

							seu quadro clínico de não usar
Comunicação	1-Avaliar		2-a capacidade de se				
	1-Escutar	2-o paciente					3-atentamente e apoia-lo
	1-Falar						2-em um nível mais alto, para que o mesmo consiga ouvir com clareza
	1-Identificar		2-barreiras na comunicação				
	1-Minimizar						2-os sons desnecessários no ambiente
	1-Oferecer						2-um ambiente calmo e tranquilo no momento da comunicação
	1-Permitir 4-que estimulem	3-de familiares e amigos	5-a comunicação			2-visita	
	1-Proporcionar		3-para a comunicação				2-métodos alternativos
Aprendizagem (Educação á saúde)	1-Orientar	2-o paciente e a família					3-sobre as formas de transmissão da sua patologia
	1-Orientar	2-o paciente e a família					3-sobre processo patológico utilizando linguagem simples
Sociabilidade/ Recreação e Lazer	1-Avaliar		2-suporte social				
	1-Encorajar 2-ao relacionar-se						2-maior envolvimento
	1-Estimular 3-a falar	2-o paciente					4-dos seus sentimentos

	1-Orientar	2-a família 6-do paciente	4-do papel de apoio familiar 5-na recuperação				3-sobre a importância
	1-Promover		2-à socialização			3-durante hospitalização	
	1-Realizar		2-terapia de grupo				
Autorrealização, Autoestima e Autoimagem	1-Avaliar		3-de aceitação do estado de saúde				2-o nível
	1-Elogiar		2-comportamento 3-de aceitação do estado de saúde				
	1-Estimular	4-enfermeiro e paciente	2-um relacionamento				3-de confiança entre
	1-Evitar	3-com o paciente					2-comentários negativos
	1-Promover	4-o paciente	2-autoestima				3-encorajando 5-a buscar seus pontos positivos

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Desse modo, o Quadro 5, descrito logo abaixo, destaca a distribuição das intervenções de enfermagem de acordo com cada eixo, em ordem alfabética e conforme as NHB psicobiológicas e psicossociais.

Quadro 5: Intervenções de Enfermagem para pacientes hospitalizados em uma clínica de doenças infectocontagiosas, Cuité – PB (2015).

Necessidades Psicobiológicas	Intervenções de Enfermagem
Hidratação e Regulação eletrolítica	Aplicar bandagem de compressão nos membros periféricos com edema
	Avaliar volume de líquidos prescrito pelo médico
	Contactar o médico a diminuir volume de líquidos prescrito ao paciente
	Determinar localização do edema
	Elevar por 30 minutos no período da manhã, tarde e noite a região corporal do edema periférico acima do nível do coração, através de travesseiros.
	Encorajar o paciente a diminuir a ingestão de alimentos ricos em sódio
	Investigar regime dietético do paciente e hábitos que possam contribuir para a retenção hídrica
	Monitorar resultado de exames laboratoriais
	Mensurar circunferência abdominal
	Orientar o paciente a diminuir a ingestão hídrica
	Realizar balanço hídrico
	Realizar sinal de Cacifo, determinando grau do edema
	Nutrição
Avaliar comportamento compulsivo e gerenciar ansiedade	
Avaliar e orientar técnica de mastigação e deglutição	
Contactar nutricionista	
Estimular a ingestão de refeições fracionadas, de 3 em 3 horas	
Monitorar náusea e vômito, quanto à frequência, volume e aspecto do vômito	
Monitorar peso diariamente no mesmo horário	
Obter dados sobre padrão alimentar	
Orientar ao paciente quanto a importância da nutrição para estabelecer o estado de saúde	
Orientar o paciente quanto a uma posição confortável para se alimentar	
Promover deambulação durante hospitalização	
Verificar resíduo gástrico antes de infundir dieta por SNG	
Eliminação	
	Aplicar delicadamente um lubrificante na região anal para controle da dor ao defecar
	Auscultar ruídos hidroaéreos
	Avaliar estresse por mudança de ambiente devido a hospitalização
	Estimular deambulação durante hospitalização
	Estimular ingestão de líquidos
	Higienizar o paciente após eliminações intestinais e vesicais
	Investigar dor durante a micção
	Monitorar as eliminações intestinais (coloração, consistência, frequência, quantidade e odor)
	Monitorar as eliminações vesicais (coloração, limpidez, odor e volume)
	Monitorar os sinais e sintomas de infecção urinária
	Orientar o paciente sobre a ingestão de alimentos rico em fibras
	Providenciar aparadeira ou papagaio
	Realizar regime de cuidados com o cateter urinário
	Trocar roupa de cama diariamente

Sono e Repouso	Avaliar efeito colateral da medicação no paciente
	Estabelecer rotina de horário para dormir, com o paciente
	Explicar a importância do sono e do repouso
	Investigar os fatores ambientais que dificultam o sono e o repouso
	Monitorar tranquilidade do ambiente
	Obter dados sobre rotina de sono e repouso do paciente
	Orientar o paciente técnica de relaxamento
	Orientar quanto ao limite no tempo de sono durante o dia
	Orientar quanto a ingestão de bebidas com cafeína
	Programar rotinas de cuidados de enfermagem para não interromper o sono e o repouso do paciente
	Locomoção, mecânica corporal e mobilidade
Contactar fisioterapeuta	
Estimular e orientar sobre uso de dispositivo de apoio para a mobilização	
Investigar fatores que dificultam a mobilidade	
Mudar paciente de decúbito a cada 2 horas	
Orientar quanto a importância da deambulação	
Promover mobilidade ao paciente de maneira passiva	
Regulação Neurológica	Avaliar nível de consciência
	Estimular a memória
	Investigar presença de fatores causadores e contribuintes de confusão mental
	Observar estado mental do paciente
	Observar sinais de sedação, lentificação
	Planejar atividades que promovam a memória
Realizar exercícios que promovam a coordenação motora	
Cuidado corporal	Ensinar o paciente a cuidar da higiene do couro cabeludo
	Estabelecer rotina e padrão de higiene oral
	Estabelecer rotina para o paciente lavar o cabelo
	Identificar se o paciente tem material para higiene pessoal
	Obter dados com o paciente sobre rotina do padrão de higiene oral
	Orientar o corte das unhas
	Orientar o paciente a cuidar da higiene corporal
	Orientar quanto a higiene íntima
	Orientar sobre a importância da higiene e suas implicações para a saúde
	Promover higiene oral aos pacientes incapacitados
	Proporcionar ao paciente privacidade durante o banho
	Providenciar cadeira de banho
Realizar banho no leito	
Integridade cutaneomucosa	Avaliar característica da lesão
	Avaliar o grau de ruptura da pele
	Estimular hidratação
	Estimular mudança de decúbito de modo passivo
	Identificar cobertura adequada ao aspecto da lesão
	Inspecionar cavidade oral
	Localizar áreas possíveis de ulcera por pressão
	Manter lençóis limpos e lisos
	Manter o paciente seco, livre de secreção e eliminação
	Realizar curativo diariamente
	Realizar exame físico da pele diariamente
Regulação Térmica	Avaliar processo de transpiração
	Aplicar bolsa para compressa fria na região axilar
	Estimular a ingestão hídrica
	Medir temperatura corporal conforme rotina na região axilar
	Promover um ambiente arejado
Realizar banho com água fria	

	Remover o excesso de roupas
Regulação Imunológica	Estimular o paciente a higienizar-se
	Isolar paciente se necessário
	Limitar procedimento invasivo
	Limitar visita se necessário
	Orientar o paciente a utilizar máscara quando receber visita
	Orientar o paciente e a família quanto a forma de contágio da infecção
	Promover conhecimento em saúde para a equipe de enfermagem sobre a importância de higienização das mãos
	Realizar troca de acesso venoso periférico a cada 72 horas.
Regulação Vascular	Auscultar as bulhas cardíacas, avaliando fonesse, ritmo e frequência
	Avaliar frequência e ritmo de pulso periférico
	Avaliar perfusão tissular da região corporal, afetada, por meio do teste de enchimento capilar
	Avaliar pulsações nas regiões precordiais
	Identificar fatores emocionais que aumentam a frequência cardíaca
	Identificar fatores fisiopatológicos que aumentam a frequência cardíaca
	Realizar Eletrocardiograma de 12 derivações no paciente
Percepção Dolorosa	Aplicar bolsa para compressa fria
	Aplicar bolsa para compressa quente
	Avaliar dor do paciente através de escalas (investigando a localização, tipo,, duração, frequência, fatores atenuantes e agravantes)
	Ajudar o paciente a ficar em posição confortável
	Avaliar resposta de controle da dor do paciente
	Encorajar o paciente a falar da sua experiência de dor
	Orientar respiração lenta e ritmada
	Promover relaxamento muscular progressivo através de banho morno e massagem relaxante
Segurança Física	Discutir os efeitos secundários do abuso de tabaco
	Encaminhar paciente para terapia de grupo de apoio
	Identificar sinais e sintomas de abstinência
	Investigar inquietação e ansiedade
	Orientar o paciente sobre os benefícios para o seu quadro clínico de não usar álcool
	Orientar o paciente sobre os benefícios para o seu quadro clínico de não usar drogas
	Orientar o paciente sobre os benefícios para o seu quadro clínico de não usar tabaco
Necessidades Psicossociais	Intervenções de Enfermagem
Comunicação	Avaliar a capacidade de se comunicar através da fala
	Escutar o paciente atentamente e apoiá-lo
	Falar em um nível mais alto, para que o mesmo consiga ouvir com clareza
	Identificar barreiras na comunicação
	Minimizar os sons desnecessários no ambiente
	Oferecer um ambiente calmo e tranquilo no momento da comunicação
	Permitir visita de familiares e amigos que estimulem a comunicação
	Proporcionar métodos alternativos para a comunicação
Aprendizagem (Educação a Saúde)	Orientar o paciente e a família sobre as formas de transmissão da sua patologia
	Orientar o paciente e a família sobre processo patológico utilizando linguagem simples
Sociabilidade / Recreação e Lazer	Avaliar suporte social
	Encorajar paciente ao relacionar-se obter maior envolvimento
	Estimular o paciente a falar dos seus sentimentos

	Orientar a família sobre a importância do papel de apoio familiar na recuperação do paciente
	Promover a socialização durante a hospitalização
	Realizar terapia de grupo
Autorrealização, Autoestima e Autoimagem	Avaliar o nível de aceitação do estado de saúde
	Elogiar comportamento de aceitação do estado de saúde
	Evitar comentários negativos com o paciente
	Estimular um relacionamento de confiança entre o enfermeiro e o paciente
	Promover autoestima encorajando o paciente a buscar seus pontos positivos

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

5.4 Análise dos dados sociodemográficos

Para o processo de análise com especialistas, contou-se com a participação de 27 profissionais de enfermagem, dos quais 22 participantes prestam assistência na clínica de infectologia do HUAC, dentre eles 12 enfermeiros e 10 técnicos e os outros 5 participantes são enfermeiros que são preceptores de discentes da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) na clínica de infectologia do hospital em questão. Para coletar estes dados foi utilizado um questionário com dados sociodemográficos, e com intervenções de enfermagem divididas de acordo com as necessidades humanas básicas e uma parte do questionário para serem expostas as sugestões de intervenções de enfermagem importantes na realidade da Clínica e que possivelmente estivessem ausentes no questionário. Entretanto, esta última área do questionário não foi respondida por nenhum participante, pois a maioria relatava que o questionário estava completo.

Para uma melhor compreensão, dividiram-se os achados da seguinte forma: primeiro elencaram-se as características sociodemográficas da equipe de enfermagem participante da pesquisa e em seguida o consolidado dos dados dos instrumentos aplicados com o público acima citado.

Na Tabela 1, são apresentados os dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa, com as seguintes variáveis: sexo, intervalo de idade, atuação profissional, nível de educação em enfermagem, anos de experiência em Enfermagem e, por fim, anos de experiência na clínica de infectologia, no entanto, esta última variável não se aplica aos professores da UFCG.

Tabela 1: Demonstrativo das características sociodemográficos dos profissionais de Enfermagem, Cuité - PB (2015). (n=27)

Variáveis	N	%
1. Sexo		
Masculino	01	3,71
Feminino	26	96,29
2. Idade		
20 a 30 anos	05	18,51
31 a 40 anos	12	44,45
41 a 50 anos	04	14,81
Mais de 51 anos	06	22,22
3. Atuação		
Assistencial	22	81,49
Docente	05	18,51
4. Nível de Educação em Enfermagem		
Técnico	07	25,92
Graduação	01	3,71
Especialista	12	44,45
Mestre	07	25,92
5. Anos de experiência como profissional de Enfermagem		
1 a 5	04	14,81
6 a 10	05	18,52
11 a 15	03	11,11
16 a 20	05	18,52
21 a 25	02	7,42
Mais de 26	08	29,62
6. Anos de experiência na clínica de infectologia dos profissionais Assistenciais (n=22)		
Menos de 1	04	18,19
1 a 5	09	40,90
6 a 10	05	22,72
11 a 15	03	13,64
16 a 20	01	4,55

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Dos 27 participantes da pesquisa, 26 (96,29%) eram do sexo feminino, corroborando com as estatísticas brasileiras que apresentam o sexo feminino como prevalente na categoria profissional de enfermagem, tendo em vista que a Enfermagem é uma profissão eminentemente “feminina”, pois desde os primórdios, o “cuidar” é realizado por mães, esposas, ou seja, a prática do cuidar estava vinculada aos afazeres domésticos e ao cuidado da família, e apenas mais tarde conseguiu tornar-se uma profissão reconhecida como científica.

O dado supra citado é confirmado em estudos que demonstram que o número de alunos matriculados nos cursos de enfermagem é maior na população feminina; uma vez que se constatou que de um universo de 79 acadêmicos matriculados, 71 (90%) foi sexo feminino. Em contrapartida, é possível observar um discreto aumento no percentual do sexo masculino (COSTA et al., 2013).

Em relação à idade, o intervalo mais significativo foi de 31 a 40 anos, o que corresponde a 12 (44,45%) da amostra. Esse resultado evidencia que os participantes estão em plena atividade produtiva, haja vista que as doenças crônicas começam a surgir principalmente após a quarta década de vida, desse modo, esses profissionais tendem a apresentarem-se mais produtivos (VITORINO et al., 2014).

Os resultados obtidos nesse estudo em relação a média de idade dos profissionais de enfermagem envolvidos é semelhante a outros estudos que envolve profissionais de enfermagem, como os de Araújo et al. (2012), Almeida, Gurgel e Silva (2013) e Vitorino et al., (2014).

Quanto ao nível de educação em enfermagem sete (25, 92%) são técnicos de enfermagem, um (3,71%) apresenta apenas graduação, doze (44,45%) têm alguma especialidade e sete (25,92%) apresentam título de mestre. Essa expressiva quantidade de profissionais especialistas está relacionada ao aprimoramento do saber, e relacionada a grande competitividade por uma vaga no mercado de trabalho em decorrência do capitalismo, além de que os avanços tecnológicos buscam um perfil de profissional diferenciado, mais especializado possível na atenção terciária, que é a nossa realidade (SANTOS, 2012).

Outro fator evidenciado, segundo Silva et al., (2014) ,é o aumento da oferta de cursos de especialização que oferece maiores facilidades para os graduados terem acesso, além de que a instituição oferece um incentivo financeiro para os funcionários que se capacitam em sua área de trabalho, o que corrobora, assim, com o estudo de Santos e Castro (2010).

No que concerne à experiência profissional, oito participantes revelaram ter mais de 26 anos de experiência; em contrapartida 18 mencionaram ter mais de 11 anos. Sobre este aspecto, Assis et al. (2012) ressalta que a experiência profissional em infectologia é um fator relevante, uma vez que estudos demonstram que o tempo de experiência inferior a 10 anos predispõe ao profissional acidentes ocupacionais.

Além disto, a experiência profissional é um fator contribuinte para esta pesquisa, tendo em vista que foram elaboradas intervenções de enfermagem de acordo com a literatura da área. No entanto, para uma boa sistematização da assistência de enfermagem, é necessário esse *feed-back* dos profissionais que lidam com essa realidade, desse modo, quanto maior o tempo de experiência, maior a vivência e conhecimento prático de quais as intervenções que terão maior aplicabilidade a essa realidade.

Em relação ao tempo de experiência profissional na clínica de infectologia, 11 (40,9%) dos participantes responderam que têm de um a cinco anos de experiência nesta clínica. Essa variável foi considerada importante, haja vista que a formação de vínculos de confiança entre profissional e paciente é algo primordial no processo de cuidar e nessa clínica em especial, devido ao estigma que ainda se alimenta por parte dos próprios pacientes em relação às doenças infectocontagiosas.

5.5 Análises das intervenções de enfermagem relacionadas às Necessidades Humanas Básicas Psicobiológicas e Psicossociais

Nesta seção, são apresentadas as intervenções de enfermagem elaboradas e seus respectivos Índices de Concordância, com o objetivo de avaliar a aplicabilidade das intervenções elencadas. Vale ressaltar que o instrumento utilizado foi dividido em Intervenções relacionadas as Necessidades Humanas Básicas Psicobiológicas e as Necessidades Humanas Básicas Psicossociais, tendo em vista que as Necessidades Psicoespirituais não foram contempladas no estudo de Souza Neto (2014).

Nas Necessidades Psicobiológicas foram contempladas os seguintes subgrupos: Hidratação e Regulação Eletrolítica, Nutrição, Eliminação, Sono e Repouso, Locomoção, mecânica corporal e motilidade; Cuidado corporal, Integridade Cutaneomucosa, Regulação Térmica, Regulação Imunológica, Regulação Vascular, Percepção dolorosa, Regulação Neurológica e Segurança Física.

Já as Necessidades Psicossociais foram constituídas dos seguintes subgrupos: Comunicação, Aprendizagem (Educação a Saúde); Sociabilidade, Recreação e Lazer; Autorrealização, Autoestima e Autoimagem.

Abaixo, segue a Tabela 2, com as intervenções de enfermagem relacionadas às Necessidades Humanas Básicas Psicobiológicas e Psicossociais, com o seu respectivo Índice de Concordância.

Tabela 2: Demonstrativo de Índice de Concordância das intervenções de enfermagem propostas por Santos Sales (2015).

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	IC %
HIDRATAÇÃO E REGULAÇÃO ELETROLÍTICA	
Aplicar bandagem de compressão nos membros periféricos com edema	0,25
Avaliar o volume de líquidos prescrito pelo médico	0,88
Contactar o médico a diminuir volume de líquidos prescrito ao paciente	0,68
Determinar localização do edema	0,97
Elevar por 30 minutos no período da manhã, tarde e noite a região corporal do edema periférico acima do nível do coração, através de travesseiros	0,64
Encorajar o paciente a diminuir a ingestão de alimentos com sódio	0,85
Investigar regime dietético do paciente e hábitos que possam contribuir para retenção hídrica	0,80
Monitorar resultados de exames laboratoriais	0,85
Mensurar circunferência abdominal	0,57
Orientar o paciente a diminuir a ingestão hídrica	0,68
Realizar Balanço Hídrico	0,77
Realizar Sinal de Cacifo, determinando grau do edema	0,75
NUTRIÇÃO	
Avaliar efeito colateral da medicação	0,74
Avaliar comportamento compulsivo e gerenciar ansiedade	0,64
Avaliar e orientar técnica de mastigação e deglutição	0,59
Contactar nutricionista	0,98
Estimular a ingestão de refeições fracionadas, de 3 em 3 horas	0,81
Monitorar náusea e vômito, avaliando a frequência, volume e aspecto dos vômitos	0,94
Monitorar peso diariamente no mesmo horário	0,64
Orientar ao paciente quanto a importância da nutrição para reestabelecer o estado de saúde	0,90
Obter dados sobre padrão alimentar	0,61
Orientar o paciente quanto a uma posição confortável para alimentar-se	0,83
Promover deambulação durante hospitalização	0,85
Verificar resíduo gástrico antes de infundir dieta por SNG	0,75
ELIMINAÇÃO	
Aplicar compressa fria na região anal para diminuir o prurido	0,11
Aplicar delicadamente um lubrificante na região anal para controle da dor ao evacuar	0,27
Auscultar ruídos hidroaéreos	0,70
Avaliar estresse por mudança de ambiente, devido a hospitalização	0,77
Estimular deambulação durante a hospitalização	0,87
Estimular ingestão de líquidos	0,94
Estimular o paciente a falar sobre suas eliminações intestinais e vesicais (coloração, consistência, frequência, quantidade e odor)	0,96
Higienizar o paciente após eliminações intestinais e vesicais	0,83
Investigar dor durante a micção	0,92
Monitorar as eliminações intestinais (coloração, consistência, frequência, quantidade e odor)	0,94

Monitorar as eliminações vesicais (coloração, limpidez, odor e volume)	0,94
Monitorar os sinais e sintomas de infecção urinária	0,92
Orientar o paciente sobre a ingestão de alimentos rico em fibras	0,87
Providenciar aparadeira ou papagaio para o paciente	0,94
Realizar cuidados com o cateter urinário	0,94
Trocar roupas de cama diariamente	1,00
SONO E REPOUSO	
Avaliar efeito colateral da medicação no paciente	0,90
Estabelecer rotina de horário para dormir, com o paciente	0,75
Explicar a importância do sono e do repouso	0,92
Investigar os fatores ambientais que dificultam o sono e o repouso no hospital	0,80
Monitorar tranquilidade do ambiente	0,83
Obter dados sobre rotina de sono e repouso do paciente	0,87
Orientar ao paciente, técnicas de relaxamento	0,50
Orientar quanto ao limite no tempo de sono durante o dia	0,61
Orientar quanto a ingestão de bebidas com cafeína	0,62
Programar rotinas de cuidados de enfermagem para não interromper o sono e o repouso do paciente	0,75
LOCOMOÇÃO, MECÂNICA CORPORAL E MOTILIDADE	
Ajudar na deambulação	0,74
Contactar fisioterapeuta	0,77
Estimular e orientar sobre uso de dispositivo de apoio para a mobilização	0,66
Investigar fatores que dificultam a motilidade	0,81
Mudar paciente de decúbito a cada 2 horas	0,68
Orientar quanto a importância da deambulação	0,88
Promover motilidade ao paciente de maneira passiva	0,68
CUIDADO CORPORAL	
Ensinar o paciente a cuidar da higiene do couro cabeludo	0,90
Estabelecer rotina e padrão de higiene oral	0,85
Estabelecer rotina para o paciente lavar o cabelo	0,72
Identificar se o paciente tem material para higiene pessoal	0,94
Obter dados com o paciente sobre rotina do padrão de higiene oral	0,77
Orientar o corte das unhas	0,81
Orientar o paciente a cuidar da higiene corporal	0,92
Orientar quanto a higiene íntima	0,90
Orientar sobre a importância da higiene e suas implicações para a saúde	0,96
Promover higiene oral aos pacientes incapacitados	0,96
Proporcionar ao paciente privacidade durante o banho	0,94
Providenciar cadeira de banho	0,70
Realizar banho no leito	0,70
INTEGRIDADE CUTANEO-MUCOSA	
Avaliar características da lesão	0,88
Avaliar o grau de ruptura da pele	0,94
Estimular hidratação	0,96
Estimular mudança de decúbito de modo passivo	0,88
Identificar cobertura adequada ao aspecto da lesão	0,92
Inspeccionar cavidade oral	0,80
Localizar áreas possíveis de úlcera por pressão e protegê-la	0,94
Manter lençóis limpos e lisos	0,96
Manter o paciente seco, livre de secreção e eliminação	0,97
Realizar curativo diariamente	0,94
Realizar exame físico da pele diariamente	0,90
REGULAÇÃO TÉRMICA	
Avaliar processo de transpiração	0,74
Aplicar bolsa com compressa fria na região axilar	0,48
Estimular a ingestão hídrica	0,96

Medir temperatura corporal na região axilar conforme rotina	1,00
Promover um ambiente arejado	0,74
Realizar banho com água fria	0,64
Remover o excesso de roupas	0,87
REGULAÇÃO IMUNOLÓGICA	
Estimular o paciente a higienizar-se	1,00
Isolar o paciente se necessário	0,97
Limitar procedimento invasivo	0,92
Limitar visita se necessário	0,92
Orientar o paciente a utilizar máscara quando receber visita	0,92
Orientar o paciente e a família quanto a forma de contágio da infecção	1,00
Promover conhecimento em saúde para a equipe de enfermagem sobre a importância de higienização das mãos	0,90
Realizar troca de acesso venoso periférico a cada 72 horas	1,00
REGULAÇÃO VASCULAR	
Auscultar as bulhas cardíacas, avaliando fonese, ritmo e frequência	0,61
Avaliar frequência e ritmo do pulso periférico	0,90
Avaliar perfusão tissular da região corporal afetada, por meio do teste de enchimento capilar	0,62
Avaliar pulsações nas regiões precordiais	0,61
Identificar fatores emocionais que aumentem a frequência cardíaca	0,81
Identificar fatores fisiopatológicos que aumentem a frequência cardíaca	0,83
Realizar Eletrocardiograma de 12 derivações no paciente	0,64
PERCEPÇÃO DOLOROSA	
Aplicar bolsa de compressa fria	0,68
Aplicar bolsa de compressa quente	0,61
Avaliar dor do paciente através de escalas (investigando a localização, tipo, duração, frequência, fatores atenuantes e agravantes)	0,77
Ajudar o paciente a ficar em posição confortável	0,94
Avaliar resposta de controle da dor do paciente	0,92
Encorajar o paciente a falar da sua experiência de dor	0,88
Orientar respiração lenta e ritmada	0,83
Promover relaxamento muscular progressivo através de banho morno e massagem relaxante	0,57
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA	
Avaliar o nível de consciência	0,96
Estimular a memória	0,81
Investigar presença de fatores causadores e contribuintes de confusão mental	0,80
Observar estado mental do paciente	0,96
Observar sinais de sedação, lentificação	0,92
Planejar atividades que promovam a memória	0,55
Realizar exercícios que promovam a coordenação motora	0,46
SEGURANÇA FÍSICA	
Discutir os efeitos secundários do abuso de tabaco	0,72
Encaminhar o paciente para terapia de grupo de apoio	0,37
Identificar sinais e sintomas de abstinência	0,90
Investigar inquietação e ansiedade	0,87
Orientar o paciente sobre os benefícios para o seu quadro clínico de não usar álcool	0,77
Orientar o paciente sobre os benefícios para o seu quadro clínico de não usar drogas	0,77
Orientar o paciente sobre os benefícios para o seu quadro clínico de não usar tabaco	0,77
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	IC
	%
COMUNICAÇÃO	
Avaliar a capacidade de se comunicar através da fala	0,96
Escutar o paciente atentamente e apoiá-lo	0,96
Falar em um nível mais alto, para que o mesmo consiga ouvir com clareza	0,77
Identificar barreiras na comunicação	0,92

Minimizar os sons desnecessários no ambiente	0,92
Oferecer um ambiente calmo e tranquilo no momento da comunicação	0,92
Permitir visita de familiares e amigos que estimulem a comunicação	0,90
Proporcionar métodos alternativos para a comunicação	0,68
APRENDIZAGEM (EDUCAÇÃO A SAÚDE)	
Orientar o paciente e a família sobre as formas de transmissão da sua patologia	0,90
Orientar o paciente e a família sobre processo patológico utilizando linguagem simples	0,92
SOCIABILIDADE, RECREAÇÃO E LAZER	
Avaliar suporte social	0,68
Encorajar o paciente ao relacionar-se obter maior envolvimento	0,72
Estimular o paciente a falar dos seus sentimentos	0,72
Orientar a família sobre a importância do papel de apoio familiar na recuperação do paciente	0,88
Promover a socialização durante a hospitalização	0,83
Realizar terapia de grupo	0,24
AUTORREALIZAÇÃO, AUTOESTIMA E AUTOIMAGEM	
Avaliar o nível de aceitação do estado de saúde	0,83
Elogiar comportamento de aceitação do estado de saúde	0,88
Estimular um relacionamento de confiança entre o enfermeiro e o paciente	0,96
Evitar comentários negativos com o paciente	0,92
Promover autoestima, encorajando o paciente a buscar seus pontos positivos	0,96

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Foram propostas 146 intervenções de enfermagem para análise com os peritos em questão, contudo, 91 delas obteve IC de 80%; desse modo, nessa discussão foram priorizadas as Intervenções de Enfermagem que obtiveram IC igual ou maior que 80%.

Na discussão, as intervenções estarão um pouco mais relacionadas aos pacientes que vivem com Aids, tendo em vista que a clínica de infectologia do HUAC é referência no tratamento de Aids para a cidade de Campina Grande – PB e municípios circunvizinhos. Segundo o estudo de Souza Neto (2014), 16 (84,2%) dos pacientes internos na clínica supracitada eram pacientes com AIDS, um (5,26%) apresentava Tuberculose Pulmonar, um (5,26%) apresentava Tuberculose Ganglionar e um (5,26%) apresentava Leishmaniose Visceral.

5.5.1 Necessidades Humanas Básicas Psicobiológicas

5.5.1.1 Necessidade de Hidratação e Regulação Eletrolítica

No que concerne à Necessidade de Hidratação e Regulação Eletrolítica, cujas funções estão relacionadas ao controle da homeostase dos líquidos corporais e dos eletrólitos (GARCIA; EGRY, 2010).

As intervenções que atingiram o IC de 80% foram: Avaliar o volume de líquidos prescrito pelo médico, Determinar localização do edema, Encorajar o paciente a diminuir a ingestão de alimentos ricos em sódio, Investigar regime dietético do paciente e hábitos que possam contribuir para retenção hídrica e Monitorar resultados de exames laboratoriais.

Desse modo, as intervenções de enfermagem elencadas acima visam investigar os fatores desencadeadores da condição de edema no paciente e promover qualidade de vida, no intuito de sanar o diagnóstico de enfermagem “volume de líquido aumentado”, haja vista que o paciente com Leishmaniose Visceral e que apresenta edema tem cerca de três vezes mais chance de evoluir a óbito comparado a quem não apresentou esse sinal (LISBOA., et al., 2014).

Uma vez que a concentração do sódio afeta diretamente a concentração total do líquido extracelular e este íon exerce regulação do volume de líquidos orgânicos, verifica-se que, quando há retenção de sódio no organismo, concomitantemente existirá também retenção hídrica. Nesse sentido, se faz necessário investigar o regime dietético e hábitos do paciente que possam contribuir para a retenção hídrica, uma vez que o edema pode originar-se a partir de desequilíbrio na homeostase entre água e eletrólitos. Em relação ao edema de membros periféricos, além dos aspectos supracitados, este desequilíbrio pode estar relacionado ainda com a postura, tendo em vista que segundo estudos, permanecer em uma mesma posição por tempo prolongado, ficar sentado por um período acima de quatro horas, pode desencadear o aparecimento de edema (BRITO et al., 2013; SMELTZER et al., 2009).

Desse modo, aplicar intervenções de enfermagem como avaliar o volume de líquidos prescrito pelo médico é importante com vistas a impedir um possível desequilíbrio hídrico, e não alterar assim o equilíbrio hidro-eletrolítico (POTTER; PERRY, 2009)

Determinar a localização do edema é uma intervenção que faz parte da coleta de dados por meio do exame físico, o que permite, assim, que seja mensurado o sinal de cacifo e seja realizado um registro com informações consistentes, para que, assim, possam ser realizadas intervenções de enfermagem e, posteriormente, os cuidados sejam implementados e avaliados (OLIVEIRA; GUEDES; LIMA, 2010).

Monitorar resultados de exames laboratoriais é uma intervenção de enfermagem que fornece ao enfermeiro informações seguras de como se apresenta o estado de equilíbrio hídrico e eletrolítico deste paciente e, assim, ter maior respaldo, além da clínica para realizar suas inferências (OLIVEIRA; GUEDES; LIMA, 2010).

Os exames laboratoriais importantes de serem avaliados no paciente com volume de líquido aumentado: a osmolalidade sérica e urinária, representam a concentração de líquidos osmoticamente ativos de um soluto contido em uma solução; assim, um dos fatores que altera a concentração é o excesso de líquidos; outro exame laboratorial que deve ser avaliado é o hematócrito, que mede o percentual de volume dos eritrócitos no sangue total, desse modo, um dos fatores que está relacionado a sua diminuição é a hidratação excessiva; a uréia e creatinina também apresentam-se aumentadas quando a função renal encontra-se diminuída e o nível de sódio urinário também é um parâmetro importante para avaliar o estado volumétrico (SMELTZER, 2009).

Por fim, quando avalia-se o edema e investiga-se os fatores desencadeadores, bem como as funções renais e cardíacas individualmente, pode-se encorajar o paciente diante destes fatos a diminuir a ingestão de alimentos rico em sódio, afim de reestabelecer o equilíbrio hidro-eletrolítico e, assim, manter a homeostase, tendo em vista que o sódio é o eletrólito mais relacionado à fisiologia do edema.

5.5.1.2 Necessidade de Nutrição

A Necessidade de Nutrição é o mecanismo pelo qual o indivíduo fisiologicamente obtém os elementos necessários para seu consumo e utilização biológica de energia a nível celular, com o objetivo de manutenção da saúde e da vida (GARCIA; EGRY, 2010).

Sobre este aspecto, foram elencadas, logo abaixo, intervenções de enfermagem que possam permitir uma melhor qualidade de vida nutricional a estes pacientes, com vista a sanar os problemas elencados por Souza Neto (2014) e que atingiram IC de 80%: Contactar nutricionista, Estimular a ingestão de refeições fracionadas, de três em três horas; Monitorar náusea e vômito, avaliando a frequência, volume e aspecto dos vômitos; Orientar o paciente quanto a importância da nutrição para reestabelecer o estado de saúde, Orientar o paciente quanto a uma posição confortável para alimentar-se e Promover a deambulação durante a hospitalização.

Desse modo, contactar um nutricionista, é uma importante intervenção de enfermagem e consiste em uma intervenção interdependente, permitindo viabilizar um padrão alimentar adequado para cada necessidade específica, haja vista que os pacientes com doenças

infectocontagiosas, a exemplo da Aids, já apresentam um risco nutricional presente (PERRUT et al., 2014).

Assim como, estimular a ingestão de refeições fracionadas de três em três horas, é fundamental, haja vista que o paciente com doença infectocontagiosa necessita de uma quantidade calórica adequada e necessária, no entanto, em porções fracionadas cujo objetivo é minimizar o risco de engasgos, regurgitações que porventura poderia gerar o diagnóstico de enfermagem “regurgitação presente”. Uma vez que a regurgitação do conteúdo gástrico acontece aumento do risco de bronco-aspiração (LUDWIG et al., 2013).

Monitorar náuseas e vômitos, avaliando a frequência, volume e aspecto do vômito é importante, haja vista que alguns pacientes que fazem uso de antirretrovirais, como a Didanosina, Lamivudina, Zidovudina e Tenofovir, como também de medicamentos para Tuberculose Pulmonar como Rifampicina, Isoniazida e Pirazinamida apresentam náuseas e vômitos, como um dos principais efeitos colaterais (ALMEIDA, et al., 2011; BRASIL, 2010; ROCHA; CRUZ; FERMINO, 2013).

Outra intervenção de enfermagem é orientar o paciente quanto à importância da nutrição para reestabelecer o estado de saúde, no intuito de que o paciente obtenha conhecimento e seja um agente ativo no seu processo de promoção da qualidade de vida, haja vista que já foi observado em pesquisas que a evolução da Aids, está intrinsecamente relacionada também ao padrão alimentar e nutricional (LADEIRA; SILVA, 2012).

Ainda em relação à Necessidade Nutricional, outra intervenção da equipe de enfermagem é orientar o paciente quanto a uma posição confortável para alimentar-se, tanto se o paciente estiver em uso de sondas, seja ela nasogástrica (SNG) ou nasoenteral (SNE), em que sua cabeceira deve estar elevada sempre e no momento que for alimentar esse paciente, este deve ser colocado em posição de Fowler ou semi-fowler, para impedir o risco de bronco-aspiração, bem como o paciente que alimenta-se por via oral também deve ser colocado em uma posição confortável de sua escolha, a fim de permitir, assim, uma refeição prazerosa e com o mínimo de riscos (BARRETO, 2009).

Por fim, promover deambulação durante hospitalização a fim de permitir um melhor funcionamento do aparelho gastrointestinal, no intuito de permitir, desse modo, um estímulo na peristalse e conseqüentemente um trânsito intestinal melhor e propicia uma nutrição mais eficiente (TONNERA, 2012).

5.5.1.3 Necessidade de Eliminação

A Necessidade de Eliminação é caracterizada como a necessidade do organismo de eliminar substâncias indesejadas ou presentes em quantidade excessiva (POTTER; PERRY, 2009).

Desse modo, as intervenções que atingiram o IC de no mínimo 80% foram: Estimular a deambulação durante a hospitalização, Estimular a ingestão de Líquidos, Estimular o paciente a falar sobre suas eliminações intestinais e vesicais (coloração, consistência, frequência, quantidade e odor), Higienizar o paciente após eliminações intestinais e vesicais, Investigar dor durante a micção, Monitorar as eliminações intestinais (coloração, consistência, frequência, quantidade e odor), Monitorar as eliminações vesicais (coloração, limpidez, odor e volume), Monitorar os sinais e sintomas de infecção urinária, Orientar o paciente sobre a ingestão de alimentos rico em fibras, Providenciar aparadeira ou papagaio para o paciente, Realizar cuidados com o cateter urinário e Trocar roupas de cama diariamente.

A intervenção estimular a deambulação durante hospitalização, citada na subcategoria de necessidade de nutrição, ajuda o peristaltismo do sistema gastrointestinal e quando essa intervenção é associada a estimular a ingestão de líquidos, facilita ainda mais o processo de evacuação, bem como nos pacientes que estão com diagnóstico de eliminação intestinal excessiva, auxilia no processo de hidratação, além de que o estímulo de ingestão de líquidos auxilia também no bom funcionamento do processo de formação da urina (ALVES, 2013; TONNERA, 2012).

É importante associar as duas intervenções acima descritas, assim como orientar o paciente sobre a ingestão de alimentos ricos em fibras, tendo em vista que estudos demonstram que pacientes que ingerem uma quantidade menor que a recomendada de fibras e não ingerem, no mínimo, 1,5 litro de água, tem mais suscetibilidade para constipação (GOMES, 2009).

Monitorar as eliminações intestinais quanto à coloração, consistência, frequência, quantidade e odor e as eliminações vesicais quanto à coloração, limpidez, odor e volume, tendo em vista que essas variáveis quando observadas criteriosamente e registradas pela equipe de enfermagem, oferecem ao enfermeiro e a equipe multiprofissional muitas informações importantes, a exemplo, da acolia fecal e colúria, muitas vezes, presentes nos

pacientes hepátopatos; favorecendo, assim, um possível diagnóstico diferencial (BRASIL, 2010).

Investigar a dor durante à micção, monitorar os sinais e sintomas de infecção urinária e realizar cuidados com o cateter urinário, são intervenções necessárias para prevenir assim uma outra possível infecção, tendo em vista que estamos lidando com pacientes com doenças infectocontagiosas, ou seja que já apresentam algum tipo de infecção, desse modo a enfermagem tem que estar atenta, para diminuir o risco de outras infecções, aplicando intervenções de enfermagem eficazes.

É importante destacar que estudos recentes mostram alto índice de infecção urinária, relacionada à infecção relacionada à assistência de saúde e, o trato urinário foi considerado a região do corpo humano que apresentou maior índice de infecção relacionada ao ambiente hospitalar (OLIVEIRA; KOVNER; SILVA, 2010).

Desta forma, higienizar o paciente após eliminações intestinais e vesicais, trocar roupas de cama diariamente e providenciar aparadeira ou papagaio para o paciente são condutas prioritárias para impedir que o paciente fique em contato com qualquer tipo de sujidade, sejam eles: suor, sangue, secreções, urina e fezes, as quais apresentam um risco alto de contaminação. Se essas intervenções não forem aplicadas, provavelmente gera-se um potencial risco de contaminação para o paciente que, a priori, apresenta seu sistema imunológico deficitário. Vale ressaltar atenção especial para os cuidadores e equipe de enfermagem no tocante ao uso de EPIs, com vistas a minimizar infecção cruzada. (POTTER; PERRY, 2009).

5.5.1.4 Necessidade de Sono e Repouso

Partindo do pressuposto que no momento do sono e repouso acontece o crescimento celular e o reparo dos tecidos orgânicos envelhecidos, se faz necessário que o paciente tenha esse momento diário, haja vista que o sono e o repouso adequado são tão importantes para a saúde do indivíduo quanto uma alimentação saudável e prática de atividade física (POTTER; PERRY, 2009).

As intervenções que obtiveram IC de 80% foram: Avaliar efeito colateral da medicação no paciente, Explicar a importância do sono e do repouso, Investigar os fatores ambientais

que dificultam o sono e o repouso no hospital, Monitorar tranquilidade do ambiente e Obter dados sobre rotina de sono e repouso do paciente.

Desse modo, devemos obter dados sobre a rotina de sono e repouso do paciente, para que a partir desse dado, possam ser realizadas as demais intervenções. Vale salientar que cada paciente deve ser avaliado especificamente e individualmente, pois segundo Potter e Perry (2009) cada um necessita de um tempo diferente de sono e repouso e quando o tempo apropriado não é alcançado ocorre diminuição na capacidade de concentração, julgamento e, limitação da participação em atividades diárias, em contrapartida, apresenta elevação do nível de irritabilidade, o que não é interessante tendo em vista que alguns pacientes com de doenças infectocontagiosas já apresentam ansiedade, devido à condição de transmissibilidade de sua patologia (VERONESI; FOCACCIA, 2010).

Após ter obtido dados sobre o sono e repouso do paciente, a equipe de enfermagem deve aplicar intervenções de enfermagem que venham avaliar a causa do diagnóstico de sono e repouso prejudicado.

Os efeitos colaterais dos medicamentos também devem ser avaliados, uma vez que alguns esquemas terapêuticos ou medicamentos isolados podem ocasionar alteração do sono e repouso; a exemplo da Isoniazida, droga utilizada para tratamento da Tuberculose Pulmonar, que desregula o ciclo do sono, ocasionando sonolência e/ou insônia (BRASIL, 2010).

Haja vista que desde Florence Nightingale, o ambiente que o indivíduo está inserido é indispensável para o processo de promoção e restauração da saúde, nesse sentido, de acordo com a Teoria Ambientalista desenvolvida por Florence, alguns elementos têm particular importância para a manutenção de um ambiente saudável, no sentido de facilitar o processo de cura e do viver saudável (NIGHTINGALE, 1989).

Assim, monitorar a tranquilidade do ambiente e investigar os fatores ambientais que dificultam o sono e o repouso no hospital, a exemplo da ventilação e do barulho, são intervenções importantes, uma vez que, o ambiente físico em que a pessoa dorme, influencia diretamente na qualidade do sono e no processo de saúde como acima citado (POTTER; PERRY, 2009). Assim observarm-se duas características na clínica de infectologia do HUAC; a ala é fechada e muito restrita, portanto, o barulho é bem menor que em outras alas. Entretanto, a ventilação nesse setor, justamente por ser mais fechada e restrita é bem diminuída, sendo auxiliada por ventiladores. Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50 de 2002 em função do tempo de permanência dos pacientes nas enfermarias,

esses ambientes correspondem a certas unidades funcionais que carecem de condições especiais de temperatura, umidade e qualidade do ar, devendo-se buscar as melhores condições das mesmas, por meio de ventiladores e exaustores diretos (ANVISA, 2002).

Por fim, é importante orientar o paciente acerca da importância do sono e repouso para a restituição do padrão de saúde, uma vez que é uma necessidade fisiológica dos seres humanos.

5.5.1.5 Necessidade de Locomoção, Mecânica corporal e Motilidade

Em relação às Necessidade de Locomoção, Mecânica corporal e Motilidade, todas estas estão relacionadas à capacidade do corpo de movimentar-se e a mobilidade é um dos aspectos visíveis da vida humana que contribuem para a autovalorização e bem-estar (POTTER; PERRY, 2009).

Desse modo, são necessárias intervenções de enfermagem que venham auxiliar esse processo, assim, as intervenções que obtiveram IC de 80% foram: Investigar fatores que dificultam a motilidade, Orientar quanto à importância da deambulação.

Assim, faz-se necessário investigar os fatores que dificultam a mobilidade tendo em vista que o paciente acamado apresenta maior risco de desenvolver alterações na integridade da pele, devido à pressão exercida, como também alterações respiratórias a exemplo da atelectasia e a pneumonia hipostática. Em relação ao sistema cardiovascular, podem ocorrer hipotensão ortostática; no sistema musculoesquelético pode acontecer atrofia muscular e o comprometimento do metabolismo do cálcio. Vale salientar que essas alterações não são comuns a todos os pacientes e para que as mesmas ocorram, o tempo que o paciente permanece acamado é fator essencial para precipitação ou não destas alterações (POTTER; PERRY, 2009).

No caso do paciente com Tétano Acidental, observa-se uma contratura da musculatura corpórea, inclusive da região paravertebral e da região cervical, o que ocasiona em uma dificuldade do paciente movimentar os seguimentos corpóreos, a fim de atender suas necessidades humanas básicas (BRASIL, 2010).

Orientar o paciente hospitalizado quanto à importância da deambulação é imprescindível como já foi citado nas subcategorias de necessidade de nutrição e necessidade de eliminação, tendo em vista que nessa subcategoria a maioria os pacientes vão ficando

acomodados e cada vez mais restritos ao leito, diminuindo assim a capacidade de locomoção do corpo. Desse modo, deve ser mostrado os vários benefícios da deambulação para todo corpo, estimulando assim o paciente a deambular.

5.5.1.6 Necessidade de Cuidado Corporal

Esta necessidade visa promover ao paciente atividades que favoreçam higiene, conforto, segurança e bem-estar, tendo em vista que a limpeza apresenta seu valor social, psíquico e fisiológico para o indivíduo (GARCIA; EGRY, 2010).

Assim, das treze intervenções propostas, nove obtiveram IC de 80%, e estas foram: Estimular o paciente a cuidar da higiene do couro cabeludo, Estabelecer rotina e padrão de higiene oral, Identificar se o paciente tem material para higiene pessoal, Orientar o corte das unhas, Orientar o paciente a cuidar a higiene corporal, Orientar quanto à higiene íntima, Orientar sobre a importância da higiene e suas implicações para a saúde, Promover higiene oral aos pacientes incapacitados e Promover privacidade ao paciente durante o banho.

Estabelecer rotina e padrão de higiene oral e promover higiene oral aos pacientes incapacitados são intervenções essenciais tendo em vista que existem doenças como a Aids, que frequentemente os pacientes são acometidos por Candidíase oral, assim um dos cuidados mais importantes, nesse caso, é a higienização diária e de forma correta, utilizando colutórios, enxaguantes orais e medicamentos tópicos ou orais prescrito pelo médico (VIEIRA et al., 2012).

Estimular o paciente a cuidar da higiene do couro cabeludo e orientar o corte das unhas auxilia na diminuição do risco de infecção, uma vez que o paciente com higiene do couro cabeludo insatisfatória propicia risco para infecção por Escabiose. E no caso das unhas, quando não são aparadas rente a pele, permite acúmulo de sujidades que podem ser levadas para outras regiões do corpo e transformar-se em sítios de infecção (BRASIL, 2010).

Orientar o paciente a cuidar da higiene corporal e explicar sobre as implicações para a saúde, assim como identificar se o mesmo tem materiais para higiene pessoal, são ações imprescindíveis, principalmente nestes pacientes uma vez que já apresentam infecção primária. Vale ressaltar que essas intervenções são necessárias a partir da admissão do paciente na referida clínica, com o intuito de mostrar a importância da higiene para o bem

estar e, para a recuperação da saúde e para demonstrar aqueles que não têm o hábito de higiene, que venham adquirir.

Orientar quanto à higiene íntima, tendo em vista que a referida clínica é referência no tratamento de pacientes com Aids, além de existir uma forte relação entre alguns indivíduos com Aids de HIV terem outras doenças sexualmente transmissíveis associadas, tais como Herpes, Sífilis, Danovanose, que são infecções que ocasionam lesões genitais e perianais. Nesse sentido, é necessário realizar à higiene íntima corretamente e diariamente (ALBUQUERQUE et al., 2014).

Proporcionar privacidade ao paciente durante o banho, com o intuito de evitar constrangimento ou fatores que venham impedir o paciente a participar do banho, tendo em vista que é direito do paciente ter sua privacidade preservada.

5.5.1.7 Necessidade de Integridade Cutaneomucosa

A pele é a principal barreira protetora do corpo; mantê-la íntegra é um dos objetivos da equipe de Enfermagem. Contudo, quando a pele não se apresentar íntegra, intervir no sentido de restituí-la é fundamental, uma vez que pacientes com doenças infectocontagiosas, além de apresentarem diminuição de imunidade, estão inseridos em ambiente hospitalar, cuja área física apresenta micro-organismos característicos e geralmente multirresistentes (POTTER; PERRY, 2009).

Desse modo, todas as intervenções que foram propostas obtiveram IC de 80%, são elas: Avaliar características da lesão, Avaliar o grau de ruptura da pele, Estimular hidratação, Estimular mudança de decúbito de modo passivo, Identificar cobertura adequada ao aspecto da lesão, Inspeccionar cavidade oral, Localizar áreas possíveis de úlcera por pressão e protegê-la, Manter lençóis limpos e lisos, Manter o paciente seco, livre de secreção e eliminação, Realizar curativo diariamente e Realizar exame físico da pele diariamente.

Assim, Realizar exame físico da pele diariamente, Avaliar características da lesão, Avaliar o grau de ruptura da pele, Inspeccionar cavidade oral são intervenções de enfermagem que têm como objetivo avaliar a pele e as necessidades de que venham ser aplicadas promover intervenções que objetivem prevenir, manter e/ou restaurar a pele deste paciente.

Através da avaliação das características das lesões, pode facilitar na condução do diagnóstico de Hanseníase, haja vista que as características apresentadas por essas lesões

estão relacionadas a coloração (hipocrômicas ou eritematosas), alteração da sensibilidade, dor e espessamento dos nervos periféricos. Outro exemplo é o Sarampo que apresenta o sinal de Koplik, caracterizado por pequenas manchas brancas com halo eritematoso na boca e mais especificamente na altura dos pré-molares, e este sinal é considerado patognomônico do Sarampo, bem como da Varicela, que apresenta polimorfismo das lesões apresentando-se inicialmente com aspecto máculo-papular e, após algumas horas, evolui para aspecto vesicular, que logo após evolui para pústula e por fim, para crosta (BRASIL, 2010; VERONESI; FOCACCIA, 2010).

Localizar áreas possíveis de úlcera por pressão e protegê-la, como também, estimular hidratação da pele e a realização mudança de decúbito de modo passivo, são ações preventivas e são necessárias pois a presença de uma úlcera aumenta o tempo de internamento deste paciente na clínica e o risco de infecções secundárias, e ações como essas acima citadas já demonstraram eficácia na prevenção de úlceras por pressão (DIAS; MARTINS; NAVARRO, 2012).

Além de manter lençóis limpos e lisos, e o paciente seco, livre de secreção e eliminação são medidas que promovem a integridade da pele preservada, pois o contato da pele com umidade e secreções ácidas como a urina e fezes, propiciam um ambiente favorável a proliferação bacteriana, auxiliando na formação de lesões na pele, originando assim feridas que com a pressão exercida pela proeminência óssea, favorece o desenvolvimento de úlceras por pressão. Assim como quando acontece a fricção da pele no lençol que esta apresentado dobras (WADA; TEIXEIRA NETO; FERREIRA, 2010).

Quando a lesão já está instalada na pele, é necessário que venham ser aplicadas intervenções, como: Primeiramente identificar qual a cobertura adequada ao tipo de lesão, pois o curativo ideal é responsável também pelo tempo de melhora da lesão e após isso realizar diariamente o curativo e reavaliando sempre.

5.5.1.8 Necessidade de Regulação Térmica

A necessidade de regulação térmica é considerada um mecanismo de regulação da temperatura corporal, onde a regulação é exercida graças à coordenação entre o calor perdido pelos órgãos periféricos e o calor produzido pelo processo metabólico dos órgãos internos,

nesse sentido objetivando buscar a homeostase da temperatura corpórea (GARCIA; EGRY, 2010).

As intervenções que obtiveram IC de 80%, foram: Estimular a ingestão hídrica, Medir temperatura corporal na região axilar, conforme rotina; e Remover o excesso de roupas.

Assim, medir temperatura corporal na região axilar, conforme rotina fornece um parâmetro sólido para verificação da homeostase da temperatura corpórea, como também é um parâmetro significativo quando tratamos de infecção por vírus, bactérias, fungos e parasitas, pois a febre é um alerta indicando uma reação do organismo contra alguma anomalia e nas infecções, por exemplo, ajuda o sistema de defesa a livrar-se do agente agressor (HENRIQUE et al., 2013).

Em relação as infecções mais prevalentes na clínica em estudo, a maioria delas apresentam em seu quadro clínico a febre como sinal clínico, contudo algumas infecções com algumas diferenças em relação a temperatura febre e o seu período. Como por exemplo, o paciente com Tuberculose Pulmonar geralmente apresenta febre baixa no período vespertino, já no caso do paciente com Herpes Zoster a febre apresenta-se geralmente moderada, os pacientes com Coqueluche apresentam febre pouco intensa e ao longo do dia, já os pacientes com Dengue apresentam febre geralmente alta (39°C a 40°C) e de início abrupto (BRASIL, 2010).

Conforme o autor supracitado, existe ainda infecções como a Meningite que apresentam instabilidade na temperatura corpórea, ora com picos febris e ora com hipotermia.

Tendo em vista a relação de infecção com a febre, são necessárias medidas que venham auxiliar essa regulação térmica, através de intervenções de enfermagem, como estimular a ingestão hídrica, intervenção essa que foi citada na subcategoria de eliminação, e remover o excesso de roupas, pois uma das respostas fisiológicas do corpo humano quando existe o aumento da temperatura corpórea é produzir o suor, no intuito de reestabelecer a homeostase corpórea.

5.5.1.9 Necessidade de Regulação Imunológica

No que diz respeito a necessidade de Regulação Imunológica, esta é uma das necessidades mais relacionadas intrinsecamente com os pacientes com doenças infectocontagiosas, pois as intervenções que estão relacionadas a ela buscam uma maior

proteção para o indivíduo contra micro-organismos causadores de doenças (GARCIA; EGRY, 2010).

Assim, todas as intervenções propostas para essa necessidade obtiveram IC acima de 90%, desse modo as intervenções, são: Estimular o paciente a higienizar-se, Isolar o paciente se necessário, Limitar procedimentos invasivos, Limitar visita se necessário, Orientar o paciente a utilizar máscara quando receber visita, Orientar o paciente e a família quanto a forma de contágio da infecção, Promover conhecimento em saúde para a equipe de enfermagem sobre a importância de higienização das mãos e Realizar troca de acesso venoso periférico a cada 72 horas.

Nesse sentido, estimular o paciente a higienizar-se, é uma intervenção que já foi elencada na subcategoria de cuidado corporal, e promover conhecimento em saúde para a equipe de enfermagem sobre a importância da higienização das mãos, são medidas consideradas simples, contudo apresentam grande eficácia na redução de infecção relacionada ao ambiente hospitalar, principalmente quando estamos tratando de uma clínica onde todos os pacientes apresentam uma infecção que também é transmissível.

Isolar o paciente se necessário, bem como realizar esse isolamento de forma adequada, é fundamental dependendo da forma de contágio da infecção que o paciente apresenta, tendo em vista que existem as precauções padrão que devem ser seguidas para todos os pacientes, independente de ter suspeita de infecção ou não, e as precauções de isolamento, que são elas: precauções de contato que requer um quarto privativo para o paciente e é o caso de doenças como Varicela e Herpes Zoster, precauções para gotículas que é o caso de doenças como, Meningites Bacterianas, Coqueluche e Rubéola, que também requer o quarto privativo para o paciente e o uso de máscara cirúrgica tanto para o profissional como para o paciente no momento do transporte e quanto as precauções para aerossóis que é no caso de Tuberculose Pulmonar, que também requer quarto privativo, uso de máscara cirúrgica para o paciente no momento do transporte e de máscara PFF2 (N95) para os profissionais, além de lavagem das mãos antes e depois de entrar em contato com todo paciente e o uso de luvas de procedimento, avental e óculos (ANVISA, 2015).

Limitar procedimentos invasivos e o recebimento de visitas quando necessário e quando avaliado o risco benefício para o paciente, pois algumas infecções deprimem o sistema imunológico do paciente, como é o caso de pacientes com AIDS sem realizar tratamento e

que foi atingido por uma outra infecção, como é o caso da Tuberculose que é uma doença oportunistas do HIV (BRASIL, 2010).

Ainda em relação aos pacientes que apresentam a imunidade deficitária, ou patologias que possam ser transmitidas por gotículas ou aerossóis, estes devem ser orientados a utilizar máscaras cirúrgicas quando receber visita, no intuito de não deprimir ainda mais sua imunidade, bem como de não transmitir patógenos aos visitantes e no caso de paciente com Tuberculose Pulmonar que se encontra bacilífero, recomenda-se que este não receba visitas (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2012/2013).

Realizar troca de acesso venoso periférico a cada 72 horas, já é considerado em alguns hospitais como um indicador de qualidade, e quando lidamos com pacientes com infecções, que necessitam fazer uso de antibióticos, antirretrovirais, antifúngicos, ou seja medicações por via endovenosa que apresenta uma alta agressividade a parede dos vasos, é necessário que haja cuidadosamente essa troca do acesso no tempo preconizado, objetivando assim prevenir complicações locais como: flebite, infiltração e alergia, e sistêmicas, como: calafrios, tremores e hipertermia (SOUZA; OLIVEIRA, 2012).

Orientar o paciente e a família quanto a forma de contágio da infecção, no intuito de evitar a estigmatização por parte destes quanto as formas de transmissão da doença, como também para que através destes conhecimentos o paciente e seus familiares possam fazer uso de forma correta das precauções necessárias, afim de evitar a continuação do ciclo de transmissibilidade dessas doenças.

5.5.1.10 Necessidade de Regulação Vascular

Em relação a necessidade de regulação vascular, o sistema cardiovascular é responsável por nutrir e oxigenar os tecidos do corpo (centrais e periféricos), e para o seu funcionamento normal é necessário um adequado funcionamento de bombeamento cardíaco (POTTER; PERRY, 2009).

Nesse intuito as intervenções que obtiveram IC de 80% nessa necessidade, foram: Avaliar frequência e ritmo do pulso periférico, Identificar fatores emocionais e fisiopatológicos que aumentem a frequência cardíaca.

Assim, aplicar intervenções que venha possibilitar uma avaliação geral do sistema cardiovascular é importante para avaliar continuamente os pacientes e possíveis complicações

das doenças infectocontagiosas, como é o caso da evolução da dengue hemorrágica para um choque hipovolêmico, onde o paciente apresenta pulso periférico rápido e fino, hipotensão arterial e enchimento capilar lento (BRASIL, 2010).

Como também identificar a presença de fatores emocionais e /ou fisiopatológicos que possam vir a provocar aumento na frequência cardíaca, tendo em vista que quando o indivíduo é exposto a um agente estressor, o sistema nervoso simpático responde rapidamente elevando a frequência cardíaca e a pressão arterial através da liberação de noradrenalina, contudo essa excitação diminui-se rapidamente em razão do reflexo parassimpático, contudo quando esse processo não é diminuído como esperado, possivelmente está desencadeando-se um processo fisiopatológico (ZUARDI, 2014).

5.5.1.11 Necessidade de Percepção dolorosa

A dor tem sido definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a presença de um dano tecidual ou não, e a avaliação desta necessidade vem sendo considerada como o quinto sinal vital (SMELTZER, 2009).

Nesse sentido as intervenções propostas visam avaliar e aliviar essa experiência desagradável sentida individualmente por cada paciente, assim as intervenções que obtiveram IC de 80%, foram: Ajudar o paciente a ficar em posição confortável, Avaliar resposta de controle da dor do paciente, Encorajar o paciente a falar da sua experiência de dor e Orientar respiração lenta e ritmada.

Esta necessidade psicobiológica, é a responsável pela maioria de justificativas na procura do serviço de saúde, tendo em vista que a dor gera uma experiência sensorial e emocional desagradável.

É possível observar que algumas doenças infectocontagiosas, como é o caso da Doença de Chagas que apresenta como umas das principais manifestações a dor precordial e doenças causadas por parasitas, como é o caso da Enterobíase e Esquistossomose Mansonii, tem a dor abdominal como um sinal característico (VERONESI; FOCACCIA, 2010)..

Assim, aplicar ações como, avaliar resposta de controle da dor do paciente através da escala numérica e encorajar o paciente a falar da sua experiência dolorosa, são intervenções que visam adquirir o maior número de informações sobre as características dessa dor.

É essencial que as medidas acima sejam aplicadas, para que sejam colocadas em prática posteriormente terapia farmacológicas e/ou não-farmacológicas que proporcionem alívio, conforto e um maior bem-estar ao paciente, e são algumas delas: ajudar o paciente a ficar em posição confortável e orientar o paciente, respirar de forma lenta e ritmada, essas são intervenções de enfermagem independentes que auxiliam na terapia não-farmacológica da dor.

Após a aplicação das intervenções de enfermagem, para o adequado manejo da dor deve-se avaliar o grau de satisfação dos pacientes com as terapêuticas empregadas, visando determinar a eficácia das intervenções aplicadas (PEREIRA et al., 2015).

5.5.1.12 Necessidade de Regulação Neurológica

A necessidade de regulação neurológica, é a capacidade do ser humano conservar ou reorganizar o funcionamento do sistema nervoso, com a finalidade de coordenar o nível de consciência, o controle da memória, os processos mentais, as sensações, as emoções e os movimentos involuntários, no intuito de manter e /ou reestabelecer essas funções (GARCIA; EGRY, 2010).

Obtiveram IC de 80%, as seguintes intervenções: Avaliar o nível de consciência, Estimular a memória, Investigar a presença de fatores causadores e contribuintes de confusão mental, Observar estado mental do paciente e Observar sinais de sedação, lentificação.

Avaliar o nível de consciência e observar o estado mental, são necessários para traçar o perfil neurológico do paciente e a partir daí traçar o grau de dependência para outras necessidades humanas básicas, como é o caso de pacientes inconscientes não terem capacidade de alimentar-se por via oral.

A escala de coma de Gasglow fornece um escore sólido, através de três parâmetros que são eles: abertura ocular, resposta verbal e resposta motora de como está o nível de consciência do paciente, permitindo assim através do nível de consciência observar a evolução do quadro clínico do paciente (DUTRA, 2013).

Além de que patologias infectocontagiosas como Meningite bacteriana têm como possíveis complicações em crianças o retardo mental e apresentam como sinais e sintomas: irritabilidade, agitação e convulsões (VERONESI; FOCACCIA, 2010).

No que diz respeito a observar sinais de sedação, lentificação é importante ser avaliado, pois em alguns casos como o paciente com Tétano Acidental, recomenda-se a sedação do paciente, com sedativos benzodiazepínicos e miorrelaxantes, no intuito de promover conforto ao paciente e diminuir a inquietação (BRASIL, 2010).

Assim como, estimular a memória é importante e outras funções cognitivas, no intuito de fazer o paciente que estar interno nessa clínica em alguns casos por um período prolongado a reviver histórias e sentimentos (CARVALHO; PEIXOTO, 2012).

Investigar presença de fatores causadores e contribuintes de confusão mental, é fundamental, tendo em vista que esse ataque neurológico tem várias causas e consequências, como no caso da meningite uma das complicações é o estado de confusão mental, assim como o fato de estar hospitalizado pode levar um paciente a confusão mental, nesse sentido reconhecer precocemente e realizar o tratamento da forma correta, diminui o tempo de duração do episódio e o sofrimento para o paciente (POTTER; PERRY, 2009).

5.5.1.13 Necessidade de Segurança Física

Em relação a necessidade de segurança física, esta busca promover que o paciente esteja livre de lesões físicas, biológicas e psicobiológicas (GARCIA; EGRY, 2010).

Nesse intuito as intervenções que obtiveram IC de 80%, foram: Identificar sinais e sintomas de abstinência e Investigar inquietação e ansiedade.

Investigar inquietação e ansiedade tendo em vista que de acordo com a pesquisa de Souza Neto (2014), a maioria dos pacientes são homens em idade produtiva, estes quando encontram-se reclusos em um ambiente hospitalar, apresentam como sinal comum a inquietação e a ansiedade, nesse contexto é importante que no momento que for realizada essa investigação, sejam apresentados os benefícios desse momento de internação para sua saúde.

Uma outra intervenção bastante presente é identificar sinais de abstinência nos pacientes presentes, pois pesquisas apresentam uma forte relação entre usuários de drogas ilícitas injetáveis e inaláveis (crack) com doenças infectocontagiosas, como: AIDS e Hepatites B e C, desse modo é frequente observamos pacientes com abstinência (FARIAS et al., 2012).

5.5.2 Necessidades Humanas Básicas Psicossociais

5.5.2.1 Necessidade de Comunicação

No tocante a necessidade de comunicação, compreende-se como é um processo essencial na relação do profissional de saúde com o cliente, pois é através desse mecanismo que se estabelece a criação de vínculo e é através da comunicação que uma pessoa pode tentar influenciar no comportamento da outra (GARVIA; EGRY, 2010; POTTER; PERRY, 2009).

Nessa perspectiva, as intervenções que obtiveram IC de 80%, foram: Avaliar a capacidade de se comunicar através da fala, Escutar o paciente atentamente e apoiá-lo, Identificar barreiras na comunicação, Minimizar os sons desnecessários no ambiente, Oferecer um ambiente calmo e tranquilo no momento da comunicação e Permitir a visita de familiares e amigos que estimulem a comunicação.

Tendo em vista que alguns tratamentos prolongados, exigem um longo tempo de internação do paciente na clínica e em alguns casos estes ainda permanecem isolados de outros pacientes, é com o profissional de saúde, ou melhor com a equipe de enfermagem que são estabelecidos os vínculos mais estreitos.

Inicialmente deve-se avaliar os problemas que possivelmente venham impedir a boa comunicação entre o paciente e o profissional, através de medidas, como: avaliar a capacidade do paciente se comunicar através da fala, escutar o paciente atentamente, apoiá-lo e identificar outras barreiras na comunicação.

Após estarem definidas quais são os fatores que estão influenciando a dificuldade na comunicação, bem como diante das queixas apresentadas pelo paciente, são aplicadas intervenções de enfermagem, como: minimizar os sons desnecessários no ambiente, intervenção essa que foi citada na subcategoria sono e repouso, oferecer um ambiente calmo e tranquilo no momento da comunicação e permitir visitas de familiares e amigos que estimulem a comunicação, no intuito de promover ao paciente um vínculo de confiança, no qual o paciente possa ter segurança de expressar suas necessidades, como também fornecer amparo ao paciente, pois a visita causa geralmente uma sensação de conforto e proteção, ajudando-o a resgatar sua identidade que foi perdida neste processo de hospitalização, podendo deste modo contribuir para sua mais rápida recuperação.

5.5.2.2 Necessidade de Aprendizagem (Educação a Saúde)

Partindo do pressuposto que a necessidade de aprendizagem pode ser definida como a capacidade de adquirir novos conhecimentos, atitudes e/ou competências, e que o mundo das doenças infectocontagiosas, ainda é muito estigmatizado, desse modo, produzir conhecimento para os pacientes e seus familiares, é o ponto de partida que pode mudar essa realidade (POTTER; PERRY, 2009).

Nesse sentido as intervenções que foram propostas, todas obtiveram IC de 80%, e são elas: Orientar o paciente e a família sobre as formas de transmissão de sua patologia e Orientar o paciente e a família sobre processo patológico utilizando linguagem simples.

Estas são medidas que promovem educação em saúde para o paciente e sua família, e este conhecimento em saúde, é responsável por atitudes que virão a ser tomadas posteriormente, como a maior adesão ao tratamento medicamentoso e as precauções indicadas e assim uma diminuição no ciclo de transmissão.

Bem como no processo de estigmatização, devido a falta de conhecimento, como é o caso da Hanseníase que grande parte das pessoas leigas acreditam que a transmissão é pele a pele com as lesões, quando na verdade esta transmissão é naso-faríngea (BRASIL, 2010).

5.5.2.3 Necessidade de Sociabilidade, Recreação e Lazer

Tendo em vista que o ser humano apresenta necessidade de viver em grupo com o objetivo de integrar-se com outros, que tem ideias/pensamentos em comum, bem como necessidade de participar/realizar atividades que promovam entretenimento (GARCIA; EGRY, 2010).

Foram propostas intervenções de enfermagem, e as que obtiveram IC de 80%, foram: Orientar a família sobre a importância do papel de apoio familiar na recuperação do paciente e Promover a socialização durante a hospitalização.

Assim, orientar a família dos pacientes com doenças infectocontagiosas, sobre a importância do papel de apoio familiar na recuperação desse paciente é essencial, para que o paciente não comece a sentir o sentimento de abandono e desprezo pela vida, pois pesquisas mostram a relação de sentimentos de culpa, vergonha e depressão em pacientes quando descobrem o diagnóstico da AIDS (CARVALHO; GALVÃO, 2010).

Como também, promover a socialização durante a hospitalização, haja vista que é possível colocar pacientes com patologias semelhantes ou que estejam com indicação apenas de precauções padrão para dividir enfermaria, no intuito assim de promover a socialização entre estes, além de estimular os mesmos a desfrutarem da área comum a todos da clínica (ANVISA, 2015).

5.5.2.4 Necessidade de Autorrealização, Autoestima e Autoimagem

No tocante a necessidade de autorrealização que pode ser considerada como o último objetivo do desenvolvimento dos seres humanos, a autoestima que refere-se a forma pela qual a pessoa vê si própria e autoimagem que refere-se a imagem que as pessoas têm de si mesmo (GARCIA; EGRY, 2010).

Instituir medidas que busquem atingir esses objetivos é necessário, e todas as intervenções que foram propostas, obtiveram IC de 80%, foram elas: Avaliar o nível de aceitação do estado de saúde, Elogiar comportamento de aceitação do estado de saúde, Estimular um relacionamento de confiança entre o enfermeiro e o paciente, Evitar comentários negativos com o paciente e Promover autoestima, encorajando o paciente a buscar seus pontos positivos.

Avaliar o nível de aceitação do estado de saúde é essencial quando lidamos com pacientes com doenças infectocontagiosas, que apresentam características diferentes do padrão estabelecido pela sociedade, como é o caso do paciente com Hanseníase, historicamente é estigmatizada pela sociedade, tendo em vista a existência dos leprosários que objetivavam mandar o individuo com essa patologia para distante da sociedade (MARTINS, 2013).

Aos pacientes que conseguem aceitar seu estado de saúde, é importante elogiar esse comportamento de aceitação e mostra-lo que é possível buscar qualidade de vida, com uma doença infectocontagiosa que ainda não tem cura como a AIDS, tendo em vista a constante evolução da saúde (MEIRELLES et al., 2010).

Estimular um relacionamento de confiança entre o enfermeiro e o paciente busca fortalecer o vínculo entre o paciente e o profissional de enfermagem, afim de que o paciente apresente sem medo ou vergonha todas as suas necessidades relacionadas ao processo saúde-doença. Além disso evitar comentários negativos com o paciente e promover autoestima,

encorajando o paciente a buscar seus pontos positivos, são ações que buscam promover autoestima do paciente e despertar nestes sentimentos positivos, tendo em vista que segundo Souza Neto (2014) a maioria dos pacientes hospitalizados na clínica referida apresentam baixa na autoestima, como diagnóstico de enfermagem.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto, observa-se a relevância do desenvolvimento desta pesquisa, pois a mesma subsidia para a comunidade científica estudos de embasamento teórico e assistenciais, para contribuir, assim, para o desenvolvimento de uma enfermagem mais científica e com mais autonomia, a fim de fornecer profissionais uma maior aproximação com o processo de enfermagem e aos pacientes, conseqüentemente, um cuidado mais embasado em teorias e evidências, constituindo assim um cuidado mais eficiente.

Foi possível constatar que de 146 intervenções elencadas, 91 (62%) delas obtiveram Índice de Concordância mínimo de 80%, das quais 76 relacionadas às necessidades humanas básicas psicobiológicas e 15 as necessidades humanas básicas psicossociais. No que concerne as necessidades de Integridade Cutaneomucosa, Regulação Imunológica e Aprendizagem (Educação a Saúde), todas as intervenções que foram propostas obtiveram o IC mínimo estabelecido para ser aceito. Em relação às necessidades psicoespirituais, não foram elaboradas intervenções, haja vista que no perfil de diagnósticos elaborado por Souza Neto (2014) não constava essa necessidade, devido um distanciamento resultante da influência do modelo biomédico, que associa doença à lesão, o que reduz o processo saúde-doença à sua dimensão anatomofisiológica, e exclui, assim, as dimensões espirituais, histórico-sociais, como a cultura e a política e, conseqüentemente, localiza suas principais estratégias de intervenção no corpo doente.

Como lacuna desta pesquisa, observa-se a necessidade de estabelecer um consenso de opiniões das intervenções que encontram-se repetidas em algumas subcategorias e, após isso, voltar ao local da pesquisa e apresentar as intervenções que obtiveram o Índice de Concordância de 80%.

Por fim, como dificuldade encontrada no desenvolvimento desta pesquisa, pode-se observar principalmente o número reduzido de profissionais que trabalham na referida clínica

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, A. C. C. et al. Soroprevalência e fatores associados ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sífilis em presidiários do Estado de Pernambuco, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v.19, n.7, p.2125-32, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-02125.pdf> Acesso em: 19 de fev. 2015.

AGUIAR, Z. N.; RIBIERO, M. C. S. **Vigilância e Controle das doenças transmissíveis**. 3. Ed. São Paulo: Martinari, 2009.

ALMEIDA, A.N.F.; GURGEL, E.R.S.; SILVA, S.R. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de um centro cirúrgico do Estado do Amapá. **Revista de Ciências da Amazônia**. Macapá, p. 48-55, 2013.

ALMEIDA, E.L. et al. Adesão dos portadores do HIV/AIDS ao tratamento: fatores intervenientes. **Revista Mineira de Enfermagem**. Minas Gerais. v.15, n. 2. 2011. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/27> Acesso em: 08 de fev. de 2015.

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

ALVES, J.G. Constipação Intestinal. **Jornal Brasileiro de Medicina**. v.101, n.2, 2013. Disponível em: <http://epuc.com.br/JBM/PDF/JBM-Mar%C3%A7o-Abril%202013.pdf#page=27> Acesso em: 09 de fev. 2015.

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. [Orientadora: Marta Miriam Lopes Costa].

ANDRADE, L. L. et al. Termos Identificados em uma clínica médica e classificados como não constantes na CIPE®. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 14, n. 2, p. 330-6, 2012. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/pdf/v14n2a13.pdf Acesso em: 05 de jun. 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Ministério da Saúde. **Cartazes sobre precauções padrão, de contato, para gotículas e para aerossóis**, 2015. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicos/controle/precaucoes_a3.pdf Acesso em: 20 de fev. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **RDC nº 50 de 2002..** Brasília, 2002. Disponível em:
<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ca36b200474597459fc8df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA.+50,+DE+21+DE+FEVEREIRO+DE+2002.pdf?MOD=AJPERES> Acesso em: 22 de fev. 2015.

ARAÚJO, T.M. et al. Acidentes de trabalho com exposição a material biológico entre os profissionais de Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência.** n. 7, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA - ABESO. **Atualização das diretrizes para o tratamento farmacológico da obesidade e do sobrepeso** [online] (2014). Disponível em: <http://www.abeso.org.br/>. Acesso em: 08 de set 2014.

BARRA, D. C. C.; SASSO, G. T. M. D. Processo de Enfermagem conforme a classificação internacional para as práticas de enfermagem: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm.** v. 21, n. 2, p. 440-7, 2012. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a24v21n2.pdf> Acesso em: 05 de jun. 2014.

BARRETO, A.P.M. Sondagem Nasogátrica. In: SILVA, A.M. et al. **Técnicas de Enfermagem.** São Paulo: Ridel, 2009. p. 163-166.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Doenças Infecciosas e Parasitárias: guia de bolso.** 8. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. **Relatório de Situação: Paraíba.** 5. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores de Mortalidade por doenças transmissíveis.** DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c17.def> Acesso em: 05 de jun. 2014.

BRASIL. **Portaria nº 816/GM de 31 de maio 2005**. Brasília. DOU. 2 pág. 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-816.htm> Acesso em: 17 de out. 2014.

BRITO, A.P.N.P. et al. Investigação de edema postural de membros inferiores em agentes de trânsito. **J. vasc. bras. [online]**. v.12, n.4, p. 289-95, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jvb/v12n4/pt_1677-5449-jvb-jvb2013055.pdf Acesso em: 11 fev. 2015.

BULECHEK G.M., BUTCHER H.K., DOCHTERMAN J.M.. **Classificação das intervenções de enfermagem - NIC**. 5ª ed. 944 pág. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

CARVALHO, C.M.L.; GALVÃO, M.T.G. Sentimentos de culpa atribuídos por mulheres com AIDS frente a sua doença. **Rev. Rene**. Fortaleza. v.11, n.2, pág. 103-11, 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/379/pdf> Acesso em: 22 de fev. 2015.

CARVALHO, A.F.T.; PEIXOTO, E.R.S. **Memória na prática da terapia ocupacional e da fonoaudiologia**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012.

COLOMBRINI M.R.C., MARCHIORI A.G.M., FIGUEIREDO R.M.. **Enfermagem em Infectologia**. 2º Ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

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.2014.

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.2014.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **Classificação Internacional para prática de Enfermagem CIPE® - Versão 1.1**, 2010..

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **Classificação Internacional para prática de Enfermagem CIPE® - Versão 2.0** (tradutora: Heimar de Fátima Marin). São Paulo: Algor Editora, 2011.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **Classificação Internacional para prática de Enfermagem CIPE® - Versão 2013**. João Pessoa – PB, 2014.

COSTA, S.C. et al. A captação de células-tronco: um novo campo de atuação para o enfermeiro do século XXI. **Revista Rede de cuidados em saúde**, 2013.

CUBAS, M. R. et al. Mapeamento dos termos dos eixos tempo, localização, meio e cliente entre versões da CIPE® e CIPESC®. **Rev Bras Enferm.** v. 6, n. 64, p. 1100-5, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a17.pdf> Acesso em: 05 de jun. 2014.

DIAS, M.A.E.; MARTINS, M.; NAVARRO, N. Rastreamento de resultados adversos nas internações do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública.** v.4, n 46 p. 719-29, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/2012nahead/3604.pdf> Acesso em: 20 de fev. 2015.

DUTRA, F.P. **Relação da escala de coma de glasgow com a introdução de dieta via oral em pacientes com traumatismo crânioencefálico**. 75 págs. Monografia (Bacharelado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2013. (Orientadora: Prof. Ana Maria Furkim)

FARIAS, N. et al. Coinfecção pelos vírus das hepatites B ou C e da Imunodeficiência Adquirida: estudo exploratório no Estado de São Paulo, Brasil, 2007 a 2010. **Epidemiol. Ser. Saúde.** Brasília. v.21, n.3, p.475 – 86, 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n3/v21n3a13.pdf> Acesso em: 22 de fev. 2015.

FERHING, R.J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart Lung.** v.16 n.6 Nov. 1987 p. 625-9.

FURTADO, L.G.; MEDEIROS, A.C.T.; NÓBREGA, M.M.L. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos. In: NÓBREGA, M.M.L. **Diagnósticos, Resultados, Intervenções de Enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE®**. João Pessoa, 2011. P. 35-58.

GARCIA, T.R.; BARTZ, C.C.; COENEN, A. CIPE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional. In: GARCIA, T.R. (Org.) **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®: aplicação a realidade brasileira**. Porto Alegre: Artmed, 2015. P. 24 -36.

GARCIA, T.R.; CUBAS, M.R; **Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem: subsídios para a sistematização da prática profissional.** Rio de Janeiro, Elsevier, [2014?]. 192 pág.

GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. **Integralidade da atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de Enfermagem: da teoria a prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v. 13, n. 1, p.188-193, 2009a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf> Acesso em: 05 de jun. 2014.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Classificação Internacional para a prática de Enfermagem: inserção brasileira no projeto do Conselho Internacional de Enfermeiras. **Acta Paul Enferm.** v. 22, n. especial, p. 875-9, 2009b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/06.pdf> Acesso em: 05 de jun. 2014.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. A terminologia CIPE® e a participação do centro CIPE® brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação. **Rev Bras Enferm.** v. 66, n. especial, p. 142-50, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspe18.pdf> Acesso em: 05 de jun. 2014.

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

GOMES, J.P. **Promovendo a saúde no tratamento de constipação dos idosos.** 2009. 40 f. Monografia (Especialização em Educação e Promoção da Saúde)-Universidade de Brasília, Brasília, 2009. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/1287/1/2009_JulianaPinheiroGomes.pdf Acesso em: 11 fev. 2015.

HENRIQUE, D.M.E. et al. Fatores de risco e recomendações atuais para prevenção de infecção associada a cateteres venosos centrais: uma revisão de literatura. **Revista Epidemiologia e Controle de Infecção.** v.3, n.4, p.134-138, 2013.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

LADEIRA, P.O.C.; SILVA, D.C.G. Estado Nutricional e Perfil Alimentar de pacientes assistidos pelo programa de DST/AIDS e Hepatites Virais de um centro de saúde de Itaperuna – RJ. **DST - J bras Doenças Sex Transm.** Itaperuna – RJ. v.24 n.1 p. 28-31, 2012. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista24-1-2012/8.Estado%20Nutricional%20e%20Perfil%20Alimentar%20de%20Pacientes%20Assistidos.pdf> Acesso em: 08 de fev. 2015.

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

LEAL, M.T. **CIPE® e a visibilidade da enfermagem: mitos e realidade.** Lisboa: Lusociência, 2006.

LEITE, M. C. A. et al. Assistência de Enfermagem a uma puérpera utilizando a teoria de Horta e a CIPE®. **Rev Rene.** v. 14, n. 1, p. 199-208, 2013. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1339> Acesso em: 05 de jun. 2014.

LISBOA, J.L.C. et al. Determinantes Letais Contribuintes para Óbitos por Leishmaniose Visceral. **Revista de Estatística UFOP.** v. 3, 2014. Disponível em: <http://www.cead.ufop.br/jornal/index.php/rest/article/viewFile/597/501> Acesso em:08 de fev. 2015.

LUCENA, I. C. D.; BARREIRA. I. A. Revista Enfermagem em novas dimensões: Wanda Horta e sua contribuição para a construção de um novo saber da enfermagem (1975-1979). **Texto Contexto Enferm.** v. 20, n. 3, p. 534-40, 2011. Disponível em: <http://www.readcube.com/articles/10.1590/S0104-07072011000300015> Acesso em: 05 de jun. 2014.

LUDWIG, R.B. et al. Menor tempo de jejum pré-operatório e alimentação precoce no pós-operatório são seguros? **ABCD Arq Bras Cir Dig.** Lajedo – RS. v. 26 n. 1 p. 54-58, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v26n1/12.pdf> Acesso em: 08 de fev. 2015.

MARTINS, P.V. **Hanseníase: um estudo sobre a experiência da enfermidade de pacientes em Salvador/ Bahia.** 2013. 87 fls. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/11478/1/Tese%20Patricia%20Vieira%20Martins.%202013.pdf> Acesso em: 22 de abr. 2015.

MEIRELLES, B.H.S. et al. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. **Rev. Rene**. Fortaleza. v.11 n.3 p. 68-76, 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/397/pdf> Acesso em: 22 de fev. 2015.

NIGHTINGALE F. **Notas sobre enfermagem**. São Paulo: Cortez; 1989.

OLIVEIRA, A.P.; KOVNER, C.T.; SILVA, R.S. Infecção Hospitalar em unidade de tratamento intensivo de um hospital universitário brasileiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.18 n. 2 p. 97-104, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_14.pdf Acesso em: 11 fev. 2015.

OLIVEIRA, S.K.P.; GUEDES, M.V.C.; LIMA, F.E.T. Balanço hídrico na prática clínica de enfermagem em unidade coronariana. **Rev. Rene**. Fortaleza. v.11 n. 2 p. 112-20, 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/380/pdf> Acesso em: 10 de fev. 2015.

PAES, R. A. S. **Protocolos Assistenciais da Atenção Primária à Saúde**. COREN Minas Gerais, 2011. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bew4_47AMGsJ:www.corenmg.gov.br/anexos/modelos_protocolo_assistencial/GUIA_ELABORACAO_PROTOCOLO_ASSISTENCIAL_SAUDE_HOMEM.doc+Protocolos+Assistenciais+da+Aten%C3%A7%C3%A3o+Primaria+%C3%A0+Sa%C3%BAde.+2011+paes&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br Acesso em: 05 de jun. 2014.

PEREIRA, D.T.S. et al. Conduas terapêuticas utilizadas no manejo da dor em oncologia. **J. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**. (online) v.7 n.1 P. 1883- 90, 2015. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3578/pdf_1423 Acesso em: 23 de fev. 2015.

PERRUT, J.F. et al. Risco Nutricional e sua associação com o tempo e desfecho da internação de pacientes com AIDS em um hospital de referência em infectologia de Belo Horizonte. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina. v.15 n°1 pág. 57-65. Abr. 2014. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/10116/pdf_20 Acesso em: 08 de jan. de 2015.

PIMENTA, C.A.M. et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de Enfermagem**. 1ª versão. Coren-SP [2014?]. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/guia%20constru%C3%A7%C3%A3o%20protocolos%2025.02.14.pdf> Acesso em: 26 de out. 2014.

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.

ROCHA, A; CRUZ, J.A.; FERMINO, S.M.D.A. **Tuberculose Pulmonar:** conhecer para melhor cuidar. Universidade do Mindelo, 2013. Disponível em: <http://portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/2493/1/Rocha%2c%20Cruz%20e%20Fermino%202013.%20TUBERCULOSE%20PULMONAR%20CONHECER%20PARA%20MELHOR%20CUIDAR.%20BSc.PDF.pdf> Acesso em: 08 de fev. de 2015.

SANTOS, I.; CASTRO, C.B. Características pessoais e profissionais de enfermeiros com funções administrativas atuantes em um Hospital Universitário. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo. v.1, n. 44, p.154-60, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a22v44n1.pdf> Acesso em: 08 de jan.2015

SANTOS, T.A. **O valor da força de trabalho da enfermeira.** 2012. 116 fls.. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal da Bahia – Escola de Enfermagem. Salvador, 2012.

SILVA, R. M. O. et al. Contribuição do curso especialização, modalidade de residência para o saber profissional. **Rev. Acta Paul Enferm.** v.4, n.27, p. 362-6, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n4/1982-0194-ape-027-004-0362.pdf> Acesso em: 15 de jan. 2015.

SMELTZER, S. C. et al. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOUZA NETO, V. L. **Diagnósticos de enfermagem para pacientes hospitalizados em uma unidade de internação em infectologia.** 2014. 87p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Cuité 2014. [Orientadora: Lidiane Lima de Andrade].

SOUZA, D.A.; OLIVEIRA, M.V. avaliação do uso de cateteres venosos periféricos em um hospital de médio porte. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor, Vitória da Conquista**, v.5, n.1, p.149-59, 2012 Disponível em: <http://200.223.150.195/revista/index.php/memorias/article/view/136/125> Acesso em: 21 de fev. 2015.

TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P. **SAE sistematização da assistência de enfermagem: guia prático**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TONNERA, L.C.J. **Rede de cuidado a pessoa com HIV/AIDS**. 2012. 147 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. [Orientador: Betina Horner Meirelles]; Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/96481/302844.pdf?sequence=1&isAllo wed=y> Acesso em: 09 de fev. 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário Prof. Dr. Polydoro Ernani de São Thiago. **Guia básico de precauções, isolamento e medidas de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde**. Florianópolis. 2012/2013. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/setores/ccih/wp-content/uploads/sites/16/2014/11/manual_isolamento_2012-13.pdf Acesso em: 21 de fev. 2015.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

VIEIRA, T. T. P. et al. Candidose bucal em paciente HIV positivo: relato de caso. **Odontol. Clín.-Cient. (Online)**. v.11, n.2, p. 169-171, 2012. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v11n2/a16v11n2.pdf> Acesso em: 21 de fev. 2015.

VITORINO, L.M. et al. Qualidade de vida da equipe de enfermagem em unidades de urgência e emergência. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, mai./ago., 2014. Disponível em: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/2527> Acesso em: 15 de jan. 2015.

WADA, A. TEIXEIRA NETO, N.; FERREIRA, M.C. Úlceras por pressão. **Rev Med** (São Paulo). v. 3, n. 89, p.170-7, 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/46293/49940> Acesso em: 20 de jan. 2015.

ZUARDI, A.W. **Fisiologia do Estresse e sua influência na saúde**. 2014. Disponível em: <http://rnp.fmrp.usp.br/~psicmed/doc/Fisiologia%20do%20estresse.pdf> Acesso em: 22 de fev. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Fernanda Dantas dos Santos, discente do curso de bacharelado em enfermagem do Centro de Educação e Saúde, da Universidade Federal de Campina Grande na área de concentração Enfermagem na atenção à saúde, pretendo desenvolver uma pesquisa, intitulada **Intervenções de Enfermagem para pacientes hospitalizados em uma clínica de Infectologia**, com os objetivos de elaborar intervenções de enfermagem a partir do perfil de diagnósticos de enfermagem traçados anteriormente por Souza Neto (2014), com base na Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem para serem analisados pela equipe de enfermagem da ala de Infectologia do HUAC.

Informo que será garantido o seu anonimato e assegurada sua privacidade, assim como o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento da coleta de dados. A critério de esclarecimento informo também, que não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação. Os dados coletados farão parte do meu trabalho de conclusão de curso, podendo ser divulgados em eventos científicos, periódicos e outros conclaves, tanto em nível nacional como internacional.

Os responsáveis pelo desenvolvimento da pesquisa estarão a sua disposição para quaisquer esclarecimentos que considere necessário em qualquer etapa de sua execução. 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. Como benefícios espera-se que os resultados desta pesquisa possam direcionar os cuidados de enfermagem de forma sistemática.

Diante do exposto, agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração, o que tornará possível a realização deste estudo.

Para contatos que se façam necessários, informo-lhes meu nome e de meu orientador, números de telefones, endereços postais e eletrônicos.

Nome da Orientanda: Fernanda Dantas dos Santos

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: fernanda.dantas.santos@gmail.com

Nome da Professora Orientadora: Lidiane Lima de Andrade

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

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do (a) senhor (a) na realização dessa pesquisa.

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, ____/____/ 2014.

Lidiane Lima de Andrade
Pesquisadora responsável

Fernanda Dantas dos Santos
Discente de Graduação em Enfermagem

Participante da Pesquisa

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

CARTA DE ESCLARECIMENTO

Prezado (a) Colega,

Por gentileza, leia atentamente a definição de cada uma das necessidades humanas básicas e as respectivas intervenções de enfermagem propostas para cada uma delas. As intervenções foram elaboradas com base no estudo desenvolvido por Souza Neto (2014), cujo objetivo foi traçar o perfil de diagnósticos de enfermagem para esta unidade de internação em infectologia.

Ao longo da leitura, avalie cada item e assinale com um “X” no espaço correspondente a “SEMPRE”, caso você considere que tal intervenção é utilizada diariamente nesta unidade de internação; “ÀS VEZES”, caso você considere que tal intervenção é utilizada esporadicamente nesta unidade de internação; “NUNCA”, caso você considere que tal intervenção não é aplicada a esta unidade de internação.

Ressalto que não existem respostas certas ou erradas, não devendo, por este motivo, deixar nenhuma questão sem resposta. Ao final do instrumento, existe um espaço para você sugerir o acréscimo de alguma intervenção de enfermagem que julgue necessária, mas que não esteja presente no instrumento.

Assim, o preenchimento do instrumento vai requerer tempo e reflexão, reconheço também sua grande contribuição na construção de um protocolo de intervenções de enfermagem e validação de um instrumento que irá auxiliar na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Clínica de Infectologia deste serviço, melhorando a qualidade do cuidado prestado. Depois de preenchido o mesmo deverá ser devolvido a pesquisadora.

Atenciosamente,
Fernanda Dantas dos Santos

APÊNDICE C

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM RELACIONADA ÀS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS NA CLÍNICA DE INFECTOLOGIA DO HUAC – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Dados sociodemográficos:

Sexo: Feminino Masculino

Idade: 20 a 30 anos 31 a 40 anos 41 a 50 anos Mais de 51 anos

Nível de educação em Enfermagem:

Técnico Graduação Especialista Mestre Doutor

Anos de experiência como profissional de enfermagem:

Menos de 1 1 a 5 6 a 10 11 a 15 16 a 20 21 a 25 Mais de 26

Anos de experiência na área de infectologia:

Menos de 1 1 a 5 6 a 10 11 a 15 16 a 20 21 a 25 Mais de 26

Prezado (a) Colega,

1-Leia atentamente as definições das necessidades humanas básicas e suas respectivas intervenções de enfermagem, apresentadas na coluna à esquerda, e marque com um “X” a frequência com que cada intervenção é utilizada para o atendimento das necessidades humanas básicas de pacientes hospitalizados na clínica de infectologia deste hospital.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	SEMPRE	ÀS VEZES	NUNCA
NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS			
Hidratação e Regulação Eletrolítica: indispensável para manter em nível ótimo os líquidos corporais que são compostos principalmente por água e eletrólitos. A água é importante na formação de todos os líquidos corporais e os eletrólitos são minerais ou outras moléculas que ganham carga elétrica quando misturados ou dissolvidos em água ou outro solvente.			
Aplicar bandagem de compressão nos membros periféricos com edema			
Avaliar o volume de líquidos prescrito pelo médico			
Contactar o médico a diminuir volume de líquidos prescrito ao paciente			
Determinar localização do edema			
Elevar por 30 minutos no período da manhã, tarde e noite a região corporal do edema periférico acima do nível do coração, através de travesseiros			
Encorajar o paciente a diminuir a ingestão de alimentos com sódio			
Investigar regime dietético do paciente e hábitos que possam contribuir para retenção hídrica			
Monitorar resultados de exames laboratoriais			

Mensurar circunferência abdominal			
Orientar o paciente a diminuir a ingestão hídrica			
Realizar Balanço Hídrico			
Realizar Sinal de Cacifo, determinando grau do edema			
Nutrição: é necessário ao indivíduo obter os elementos necessários para consumo e utilização biológica de energia e nutrientes em nível celular, com o objetivo de manutenção da saúde e da vida.			
Avaliar efeito colateral da medicação			
Avaliar comportamento compulsivo e gerenciar ansiedade			
Avaliar e orientar técnica de mastigação e deglutição			
Contactar nutricionista			
Estimular a ingestão de refeições fracionadas, de 3 em 3 horas			
Monitorar náusea e vômito, avaliando a frequência, volume e aspecto dos vômitos			
Monitorar peso diariamente no mesmo horário			
Orientar ao paciente quanto a importância da nutrição para reestabelecer o estado de saúde			
Obter dados sobre padrão alimentar			
Orientar o paciente quanto a uma posição confortável para alimentar-se			
Promover deambulação durante hospitalização			
Verificar resíduo gástrico antes de infundir dieta por SNG			
Eliminação: é caracterizado como a necessidade do organismo em eliminar substâncias indesejadas ou presentes em quantidade excessiva, algumas dessas substâncias são ingeridas em quantidades superiores ao que o organismo necessita, outras, são resultado do metabolismo celular.			
Aplicar compressa fria na região anal para diminuir o prurido			
Aplicar delicadamente um lubrificante na região anal para controle da dor ao evacuar			
Auscultar ruídos hidroaéreos			
Avaliar estresse por mudança de ambiente, devido a hospitalização			
Estimular deambulação durante a hospitalização			
Estimular ingestão de líquidos			
Estimular o paciente a falar sobre suas eliminações intestinais e vesicais (coloração, consistência, frequência, quantidade e odor)			
Higienizar o paciente após eliminações intestinais e vesicais			
Investigar dor durante a micção			
Monitorar as eliminações intestinais (coloração, consistência, frequência, quantidade e odor)			
Monitorar as eliminações vesicais (coloração, limpidez, odor e volume)			
Monitorar os sinais e sintomas de infecção urinária			
Orientar o paciente sobre a ingestão de alimentos rico em fibras			
Providenciar aparadeira ou papagaio para o paciente			
Realizar cuidados com o cateter urinário			
Trocar roupas de cama diariamente			
Sono e Repouso: o sono e o repouso são processos que facilitam o crescimento celular e o reparo dos tecidos orgânicos envelhecidos. O repouso não implica inatividade, e sim num estado em que as pessoas se encontram mentalmente relaxadas, isentas de ansiedade ou de medo; já o sono é um estado alterado recorrente da consciência.			
Avaliar efeito colateral da medicação no paciente			
Estabelecer rotina de horário para dormir, com o paciente			
Explicar a importância do sono e do repouso			
Investigar os fatores ambientais que dificultam o sono e o repouso no hospital			
Monitorar tranquilidade do ambiente			
Obter dados sobre rotina de sono e repouso do paciente			
Orientar ao paciente, técnicas de relaxamento			

Orientar quanto ao limite no tempo de sono durante o dia			
Orientar quanto a ingestão de bebidas com cafeína			
Programar rotinas de cuidados de enfermagem para não interromper o sono e o repouso do paciente			
Locomoção, mecânica corporal e motilidade: a locomoção é descrita como a capacidade de o indivíduo locomover-se no ambiente; a motilidade é a capacidade do indivíduo movimentar os segmentos corporais visando atender as suas necessidades básicas; e a mecânica corporal é representada por um conjunto de atividades dos sistemas musculoesquelético e nervoso, no intuito de manter o equilíbrio, a postura e o alinhamento corporal.			
Ajudar na deambulação			
Contactar fisioterapeuta			
Estimular e orientar sobre uso de dispositivo de apoio para a mobilização			
Investigar fatores que dificultam a motilidade			
Mudar paciente de decúbito a cada 2 horas			
Orientar quanto a importância da deambulação			
Promover motilidade ao paciente de maneira passiva			
Cuidado corporal: o cuidado corporal envolve atividades que promovem conforto, segurança e bem-estar do indivíduo, e a enfermagem desde os primórdios executava o auxílio ao paciente na manutenção do corpo limpo e bem arrumado, e visualizava a limpeza por seu valor psíquico e fisiológico.			
Ensinar o paciente a cuidar da higiene do couro cabeludo			
Estabelecer rotina e padrão de higiene oral			
Estabelecer rotina para o paciente lavar o cabelo			
Identificar se o paciente tem material para higiene pessoal			
Obter dados com o paciente sobre rotina do padrão de higiene oral			
Orientar o corte das unhas			
Orientar o paciente a cuidar da higiene corporal			
Orientar quanto a higiene íntima			
Orientar sobre a importância da higiene e suas implicações para a saúde			
Promover higiene oral aos pacientes incapacitados			
Proporcionar ao paciente privacidade durante o banho			
Providenciar cadeira de banho			
Realizar banho no leito			
Integridade Cutaneomucosa: a pele é a principal barreira protetora contra organismos causadores de doenças; protege contra efeitos traumáticos; é sensível, devido as terminações nervosas encontradas; permite sentir temperatura, dor e pressão.			
Avaliar características da lesão			
Avaliar o grau de ruptura da pele			
Estimular hidratação			
Estimular mudança de decúbito de modo passivo			
Identificar cobertura adequada ao aspecto da lesão			
Inspecionar cavidade oral			
Localizar áreas possíveis de úlcera por pressão e protegê-la			
Manter lençóis limpos e lisos			
Manter o paciente seco, livre de secreção e eliminação			
Realizar curativo diariamente			
Realizar exame físico da pele diariamente			
Regulação térmica: corresponde ao equilíbrio entre o calor perdido e o calor produzido, sendo controlada por mecanismos fisiológicos e comportamentais.			
Avaliar processo de transpiração			
Aplicar bolsa com compressa fria na região axilar			
Estimular a ingestão hídrica			
Medir temperatura corporal na região axilar conforme rotina			
Promover um ambiente arejado			
Realizar banho com água fria			

Remover o excesso de roupas			
Regulação Imunológica: consiste na proteção do indivíduo contra micro-organismos causadores de doença.			
Estimular o paciente a higienizar-se			
Isolar o paciente se necessário			
Limitar procedimento invasivo			
Limitar visita se necessário			
Orientar o paciente a utilizar máscara quando receber visita			
Orientar o paciente e a família quanto a forma de contágio da infecção			
Promover conhecimento em saúde para a equipe de enfermagem sobre a importância de higienização das mãos			
Realizar troca de acesso venoso periférico a cada 72 horas			
Regulação Vascular: o sistema cardiovascular, através da perfusão, nutre e oxigena os tecidos do corpo. Para o seu funcionamento normal, é necessário um adequado funcionamento de bombeamento cardíaco, como também, atividade normal do sistema nervoso, viscosidade sanguínea adequada,, necessidades metabólicas dos tecidos, velocidade e adequação do fluxo sanguíneo.			
Auscultar as bulhas cardíacas, avaliando fone, ritmo e frequência			
Avaliar frequência e ritmo do pulso periférico			
Avaliar perfusão tissular da região corporal afetada, por meio do teste de enchimento capilar			
Avaliar pulsações nas regiões precordiais			
Identificar fatores emocionais que aumentem a frequência cardíaca			
Identificar fatores fisiopatológicos que aumentem a frequência cardíaca			
Realizar Eletrocardiograma de 12 derivações no paciente			
Percepção dolorosa: traduz uma vivência sensorial e emocional desagradável, sendo o motivo mais comum para a busca de cuidados de saúde.			
Aplicar bolsa de compressa fria			
Aplicar bolsa de compressa quente			
Avaliar dor do paciente através de escalas (investigando a localização, tipo, duração, frequência, fatores atenuantes e agravantes)			
Ajudar o paciente a ficar em posição confortável			
Avaliar resposta de controle da dor do paciente			
Encorajar o paciente a falar da sua experiência de dor			
Orientar respiração lenta e ritmada			
Promover relaxamento muscular progressivo através de banho morno e massagem relaxante			
Regulação Neurológica: é a necessidade de o ser humano conservar ou reorganizar o funcionamento do sistema nervoso com a finalidade de coordenar o nível de consciência, o controle da memória, os processos mentais, as sensações, as emoções e os movimentos voluntários.			
Avaliar o nível de consciência			
Estimular a memória			
Investigar presença de fatores causadores e contribuintes de confusão mental			
Observar estado mental do paciente			
Observar sinais de sedação, lentificação			
Planejar atividades que promovam a memória			
Realizar exercícios que promovam a coordenação motora			
Segurança física: corresponde a estar livre de lesões físicas, biológicas e psicológicas.			
Discutir os efeitos secundários do abuso de tabaco			
Encaminhar o paciente para terapia de grupo de apoio			
Identificar sinais e sintomas de abstinência			
Investigar inquietação e ansiedade			
Orientar o paciente sobre os benefícios para o seu quadro clínico de não usar álcool			

Orientar o paciente sobre os benefícios para o seu quadro clínico de não usar drogas			
Orientar o paciente sobre os benefícios para o seu quadro clínico de não usar tabaco			
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
Comunicação: é essencial na relação do profissional de saúde com o cliente, sendo o veículo que estabelece a criação de vínculos e meio pelo qual uma pessoa pode influenciar no comportamento da outra.			
Avaliar a capacidade de se comunicar através da fala			
Escutar o paciente atentamente e apoiá-lo			
Falar em um nível mais alto, para que o mesmo consiga ouvir com clareza			
Identificar barreiras na comunicação			
Minimizar os sons desnecessários no ambiente			
Oferecer um ambiente calmo e tranquilo no momento da comunicação			
Permitir visita de familiares e amigos que estimulem a comunicação			
Proporcionar métodos alternativos para a comunicação			
Aprendizagem (Educação a Saúde), A aprendizagem pode ser definida como aquisição de conhecimentos, atitudes ou competências.			
Orientar o paciente e a família sobre as formas de transmissão da sua patologia			
Orientar o paciente e a família sobre processo patológico utilizando linguagem simples			
Sociabilidade, Recreação e Lazer: A sociabilidade ou gregária, representa uma necessidade de viver em grupo com o objetivo de integrar-se com os outros, promovendo trocas sociais. Recreação e lazer é a necessidade de utilizar-se e reproduzir ideias e coisas com o objetivo de entreter-se, distrair-se e divertir-se.			
Avaliar suporte social			
Encorajar o paciente ao relacionar-se obter maior envolvimento			
Estimular o paciente a falar dos seus sentimentos			
Orientar a família sobre a importância do papel de apoio familiar na recuperação do paciente			
Promover a socialização durante a hospitalização			
Realizar terapia de grupo			
Autorrealização, Autoestima e Autoimagem: a autorrealização pode ser considerada o último objetivo do desenvolvimento do ser humano; a autoestima refere-se à forma pela qual a pessoa vê si própria ou ao autorrespeito; e autoimagem, refere-se as imagem que a pessoa têm de si mesmo.			
Avaliar o nível de aceitação do estado de saúde			
Elogiar comportamento de aceitação do estado de saúde			
Estimular um relacionamento de confiança entre o enfermeiro e o paciente			
Evitar comentários negativos com o paciente			
Promover autoestima, encorajando o paciente a buscar seus pontos positivos			

2-Registre suas sugestões de acréscimo de intervenções de acordo com as necessidades humanas básicas para pacientes hospitalizados em uma clínica de doenças infectocontagiosas.

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
NECESSIDADES PSICOBIOLOGICA	
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	

APÊNDICE D
AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Campina Grande-PB, 11 de junho de 2014.

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 “Intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados em uma clínica de infectologia”, desenvolvida pela discente Fernanda Dantas dos Santos, matrícula N° 510120168; RG: 002.981.065; CPF: 087.057.174-50, 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 corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

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

APENDICE E
TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, orientador e orientando da pesquisa intitulada “Intervenções de Enfermagem para pacientes hospitalizados em uma clínica de Infectologia” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466/ 12 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93.833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, 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/CCS-UFPB, 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, _____ de _____ de 2014.

Lidiane Lima de Andrade
Professora Orientadora

Fernanda Dantas dos Santos
Orientanda

ANEXO

ANEXO A
PARECER DO COMITE DE ÉTICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS EM UMA CLÍNICA DE INFECTOLOGIA

Pesquisador: Lidiane Lima de Andrade

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34721814.7.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 780.364

Data da Relatoria: 27/08/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva, com abordagem quantitativa. Será desenvolvida na unidade de internação em infectologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro. A população do estudo será constituída pela equipe de enfermagem da unidade de internação em infectologia do hospital em estudo. Utilizando-se os seguintes critérios de inclusão: fazer parte do quadro da equipe de enfermagem há mais de um ano. Serão excluídos do estudo: profissionais da equipe que desempenhem as atividades há menos de um ano na clínica e se encontrem de férias no período da coleta dos dados. Inicialmente será realizada uma análise criteriosa e posteriormente a reorganização da nomenclatura de diagnósticos de enfermagem para pacientes hospitalizados em uma clínica de infectologia, tal perfil foi construído por Souza Neto (2014). Em seguida serão elaboradas intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados em uma clínica de infectologia, fundamentadas na CIPE@

versão 2013. Seguindo os preceitos estabelecidos pelo Conselho Internacional de Enfermagem, que estabelece a inclusão de um termo do eixo

ação e pelo menos um termo-alvo (que é um termo de qualquer eixo, exceto do eixo de julgamento). Por último será realizado a análise de conteúdo das intervenções elaboradas anteriormente, juntamente com a equipe de enfermagem que desenvolvem atividade na clínica

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

Continuação do Parecer: 780.364

mencionada anteriormente. Para a análise dos dados, será atribuído peso "0" para os indicadores não relevantes e peso "1" para os indicadores relevantes. Sendo consideradas para a construção do protocolo as intervenções que atingirem Índice de Concordância de 80%.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

•Delinear intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados em uma clínica de infectologia.

Objetivo Secundário:

•Reorganizar a nomenclatura de diagnósticos de enfermagem para pacientes hospitalizados em uma clínica de infectologia. •Elaborar intervenções

de enfermagem para pacientes hospitalizados em uma clínica de infectologia, fundamentadas na CIPE® versão 2013. •Realizar a análise de conteúdo das intervenções elaboradas com enfermeiros e técnicos de enfermagem que desenvolvem atividade em uma clínica infectologia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

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.

Benefícios:

Como benefícios espera-se que os resultados desta pesquisa possam direcionar os cuidados de enfermagem de forma sistemática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta fundamentação teórica respaldada na literatura, objetivos, metodologia descreve critérios de inclusão e exclusão, tipo de estudo, forma de análise dos dados, cronograma e orçamento

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE, Autorização da instituição onde será realizada a pesquisa, termo de compromisso dos pesquisadores e declaração de divulgação dos resultados

Recomendações:

Recomendamos que o TCLE seja rubricado em todas as suas páginas pelo participante e

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

Continuação do Parecer: 780.364

pesquisador e assinado na sua última página, uma vez que contém mais de uma folha

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada digno de nota

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerando que a pesquisa atende aos requisitos éticos, conforme estabelece a Resolução 466/2012/CNS, o parecer da relatoria foi APROVADO Ad Referendum. Coordenação do CEP/HUAC.

CAMPINA GRANDE, 05 de Setembro de 2014

Assinado por:

Karynna Magalhães Barros da Nóbrega
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br