

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

AMANDA GABRIELE MONTEIRO NUNES

**ÁRVORES DE CLASSIFICAÇÃO PARA A INFERÊNCIA DE DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMAGEM EM INDIVÍDUOS HOSPITALIZADOS COM DOENÇAS
INFECTOCONTAGIOSAS**

CUITÉ - PB

2017

AMANDA GABRIELE MONTEIRO NUNES

**ÁRVORES DE CLASSIFICAÇÃO PARA A INFERÊNCIA DE DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMAGEM EM INDIVÍDUOS HOSPITALIZADOS COM DOENÇAS
INFECTOCONTAGIOSAS**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité - PB, como requisito para apreciação e avaliação.

Orientadora: Profa. Dra. Lidiane Lima de Andrade

CUITÉ - PB

2017

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

N972 Nunes, Amanda Gabriele Monteiro.

Árvores de classificação para a inferência de diagnósticos de enfermagem em indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. / Amanda Gabriele Monteiro Nunes. - Cuité: CES, 2017.

68 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) - Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2017.

Orientadora: Lidiane Lima de Andrade.

1. Diagnóstico de enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Coleta de dados. I. Título.

AMANDA GABRIELE MONTEIRO NUNES

**ÁRVORES DE CLASSIFICAÇÃO PARA A INFERÊNCIA DE DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMAGEM EM INDIVÍDUOS HOSPITALIZADOS COM DOENÇAS
INFECTOCONTAGIOSAS**

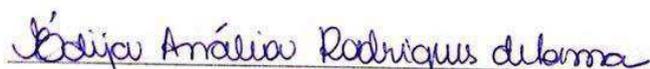
Aprovado em: 21/03/2017

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Lidiane Lima de Andrade – UFCG
Orientadora – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)



Profa. Esp. Edlene Régis Silva Pimentel
Membro Interno – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)



Profa. Ms. Edija Anália Rodrigues de Lima
Membro Interno – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Dedico esta, bem como todas as minhas demais conquistas aos meus Pais, que nunca mediram esforços para a realização desse sonho, como também foram e sempre serão meu porto seguro.

AGRADECIMENTOS

Primeiro agradeço a **Deus**, por me direcionar e me iluminar durante essa jornada, mesmo quando eu não compreendi os seus planos na minha vida e por em todos os momentos que eu quis fraquejar me fazer mais forte do que pensava.

Aos meus pais, **Marcone e Gilvana**, que sem eles eu nunca seria ninguém. Que mesmo nos momentos de dificuldade se mantiveram firmes e unidos para que a conclusão desse sonho se tornasse realidade, um sonho não só meu, mais Nosso! Obrigado por me mostrarem a esperança de dias melhores e que com perseverança e garra se chega ao objetivo final. Minha eterna gratidão e reconhecimento por tudo, Amo Vocês.

A minha irmã, **Luísa**, por todo o companheirismo e apoio nos momentos difíceis.

A minhas avós, **Carminha e Dorinha**, que sempre me colocaram em suas orações, aos meus **tios** paternos e maternos que sempre estiveram do meu lado e torcem por mim.

Aos **meus amigos**, os que são de longas datas e aos que adquiri durante a graduação, que foram fundamentais na minha caminhada e se constituíram companheiros de vários momentos. Acredito que sejam anjos que Deus colocou na minha vida para meu amadurecimento e para que eu me mantivesse firme longe da minha família.

À minha querida orientadora, **Lidiane Lima** pela paciência, confiança, escuta atenciosa, pela extraordinária didática, pelo carinho e pela maneira amigável com que sempre me recebeu.

À **Jhucy**, que me ajudou na elaboração dos mapas conceituais, sempre disponível e dedicada todas as vezes que precisei.

Às professoras **Édija Anália** e **Edlene Régis**, por terem aceitado o convite de participar da banca examinadora e terem colaborado para o desfecho deste trabalho.

Não menos importante, à Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) que me recebeu de braços abertos, onde tive a honra de conviver com excelentes profissionais que são influenciadores e incentivadores de um sucesso profissional brilhante.

Muitíssimo obrigada!

Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos.

Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento.

Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda.

Escolhi o branco porque quero transmitir paz.

Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fontes de saber.

Escolhi ser Enfermeira porque amo e respeito a vida.

Florence Nightingale

RESUMO

NUNES, A. G. M. **Árvores de classificação para a inferência de diagnósticos de enfermagem em indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas.** Cuité, 2017. 68f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2017.

Introdução: o diagnóstico de enfermagem é o julgamento clínico que possibilita as interpretações dos dados coletados, a orientação, planejamento e a implementação das intervenções. O DE é considerada uma fase de difícil elaboração pelos enfermeiros e tem como auxílio as árvores de classificação, que são instrumentos gráficos e permitem uma visão mais clara, ampla e precisa dos diferentes caminhos que podem tomar as múltiplas alternativas de decisão. **Objetivo:** utilizar árvores de classificação para a elaboração de diagnósticos de enfermagem a partir de um histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. **Metodologia:** a pesquisa foi desenvolvida com base no histórico de enfermagem validado no estudo de Andrade (2016) para subsidiar a elaboração de diagnósticos de enfermagem para pacientes hospitalizados com doenças infectocontagiosas. Para elaboração dos diagnósticos de enfermagem, foram construídas árvores de classificação demonstrando o raciocínio clínico, manuseando como ferramenta ilustrativa de imagens, o *software CMap Tools*. Além disso, para a construção dos diagnósticos, utilizou-se o sistema de classificação NANDA-I (2015-2017). **Resultados:** a partir do histórico de enfermagem foram construídos diagnósticos de enfermagem para as necessidades psicobiológicas, quais sejam: oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, atividade física, sexualidade e reprodução, cuidado corporal, integridade física, regulação vascular, regulação térmica, regulação neurológica, sensopercepção, segurança física e do meio ambiente e terapêutica e prevenção. **Conclusão:** o estudo em questão atingiu seu objetivo, o que possibilitou nortear os profissionais de saúde a construir um raciocínio diagnóstico para a assistência mais precisa, o que contribui para o fortalecimento da profissão enquanto ciência.

PALAVRAS CHAVES: Enfermagem; Coleta de dados; Diagnóstico de Enfermagem.

ABSTRACT

NUNES, A. G. M. **Classification trees for the inference of nursing diagnoses in hospitalized individuals with infectious diseases.** Cuite, 2017. 68f. Course Completion Work (Undergraduate Nursing). Nursing Academic Unit, Center for Education and Health, Federal University of Campina Grande, Cuité-PB, 2017.

Introduction: the nursing diagnosis is the clinical judgment that allows the interpretations of the data collected, the orientation, planning and implementation of the interventions. The DE is considered a difficult stage by the nurses and has the aid of classification trees, which are graphic instruments and allow a clearer, wider and precise view of the different paths that can take the multiple decision alternatives. **Objective:** to use classification trees for the elaboration of nursing diagnoses from a nursing history for hospitalized individuals with infectious diseases. **Methodology:** the research was developed based on the validated nursing history in the study of Andrade (2016) to subsidize the elaboration of nursing diagnoses for hospitalized patients with infectious diseases. For the elaboration of the nursing diagnoses, classification trees were constructed demonstrating the clinical reasoning, using CMap Tools software as an illustrative image tool. In addition, for the construction of the diagnoses, the NANDA-I classification system (2015-2017) was used. **Results:** nursing diagnoses were constructed for the psychobiological needs, such as: oxygenation, hydration, nutrition, elimination, sleep and rest, physical activity, sexuality and reproduction, body care, physical integrity, vascular regulation, regulation Thermal, neurological regulation, sensoperception, physical and environmental safety, and therapeutics and prevention. **Conclusion:** the study in question reached its objective, which made it possible to guide health professionals to construct a diagnostic rationale for more precise assistance, which contributes to the strengthening of the profession as a science.

KEYWORDS: Nursing; Data Collection; Nursing diagnosis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Oxigenação. Cuité-PB, 2017.

Figura 2. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Hidratação. Cuité-PB, 2017.

Figura 3. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Nutrição. Cuité-PB, 2017.

Figura 4. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Eliminação. Cuité-PB, 2017.

Figura 5. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Sono e Repouso. Cuité-PB, 2017.

Figura 6. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Atividade Física. Cuité-PB, 2017.

Figura 7. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Sexualidade e Reprodução. Cuité-PB, 2017.

Figura 8. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Cuidado Corporal. Cuité-PB, 2017.

Figura 9. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Integridade Física. Cuité-PB, 2017.

Figura 10. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Regulação Vascular. Cuité-PB, 2017.

Figura 11. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Regulação Térmica. Cuité-PB, 2017.

Figura 12. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Regulação Neurológica. Cuité-PB, 2017.

Figura 13. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Sensopercepção. Cuité-PB, 2017.

Figura 14. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Segurança Física e do Meio Ambiente. Cuité-PB, 2017.

Figura 15. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Terapêutica e Prevenção. Cuité-PB, 2017.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Processo de trabalho da Enfermagem	16
2.2 Raciocínio clínico para a elaboração de diagnósticos de enfermagem em árvores de decisão	19
3 METODOLOGIA	23
4 RESULTADOS E DISCURSSÃO	25
4.1 Oxigenação	26
4.2 Hidratação	28
4.3 Nutrição	29
4.4 Eliminação	30
4.5 Sono e Repouso	33
4.6 Atividade Física	35
4.7 Sexualidade e Reprodução	38
4.8 Cuidado Corporal	39
4.9 Integridade Física	41
4.10 Regulação Vascular	44
4.11 Regulação Térmica	45
4.12 Regulação Neurológica	46
4.13 Sensopercepção	49
4.14 Segurança Física e do Meio Ambiente	50
4.15 Terapêutica e Prevenção	52
5 CONCLUSÕES	54
REFERÊNCIAS	56
ANEXOS	64

Anexo A

65

Anexo B

68

Introdução

As doenças contagiosas são caracterizadas pela transmissão por contato direto, também transmitidas pelo indivíduo doente para o sadio, por objetos contaminados, tosse, espirro, gotículas de saliva e relações sexuais desprotegidas. Já as doenças infecciosas são doenças provocadas por organismos, como bactérias, vírus, fungos ou parasitas (BRASIL, 2010). Neste contexto, durante essa pesquisa será utilizada a terminologia de doenças infectocontagiosas.

No Brasil, a mortalidade por essas doenças vem declinando desde século XX. Inicialmente com uma queda brusca, e recentemente mais lenta, embora persistente. Entre 2000 e 2010, a mortalidade teve uma redução de 4,7 para 4,3. Esse decréscimo se deve ao expressivo êxito alcançado pela área da saúde em relação às doenças passíveis de prevenção por imunização e ações de educação e saúde com a população (DUARTE; BARRETO, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde, até fevereiro de 2017, o Brasil obteve 110.907 óbitos por doenças infectocontagiosas. Na região Nordeste aconteceu 24.390 óbitos por doenças infectocontagiosas e no estado da Paraíba foram 1.659 casos, sendo 857 do sexo masculino e 802 do sexo feminino (BRASIL, 2017).

O controle dessas doenças acontece por meio de políticas públicas eficientes e de esforços concentrados nas diferentes esferas de governo junto à população, com medidas de ação e controle desenvolvidas por uma equipe multiprofissional (BARRETO et al., 2011).

Segundo Cardoso e Hennington (2011) a equipe multiprofissional em saúde tem um papel importante no declínio do padrão epidemiológico, visto que tem como estratégia redesenhar os processos de trabalho, promover a qualidade dos serviços, se envolver em algum momento na assistência, conformando um saber capaz de dar conta da complexidade dos problemas de saúde, levando projetos assistenciais mais integrais e resolutivos, que promovam mudanças nos processos de trabalho e nas formas de atuar sobre o processo saúde-doença.

Junto à equipe multiprofissional, destaca-se a Enfermagem, categoria que vem crescendo cientificamente, mostrando-se competente quanto as suas capacidades de resolutividade diante do paciente, tendo uma visão crítica sobre o processo saúde-doença. Além disso, para se consolidar como ciência, construiu uma metodologia própria de trabalho, denominada processo de enfermagem, conceituado como um instrumento metodológico e sistemático de prestação de cuidados, nele é utilizado uma metodologia de organização, planejamento e execução de ações sistematizadas, que são realizadas pela equipe durante o

período em que o indivíduo se encontra sob a assistência de enfermagem (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010; SANTOS, 2014).

A Resolução nº 358 de 2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) aponta o processo de enfermagem como um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional, e deve ser realizado em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. O processo se organiza em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes que são coleta de dados ou histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009).

Ademais, o COFEN, por meio da Resolução nº 429 de 2012, enfatiza a obrigatoriedade e responsabilidade do profissional de enfermagem em registrar no prontuário do paciente informações inerentes ao processo de cuidar (COFEN, 2012). Bem como, elaborar um Guia de recomendações para os registros de enfermagem, respaldado pela Resolução nº 514 de 2016, que tem como objetivo nortear os profissionais de enfermagem para a prática dos registros no prontuário do paciente, garantindo a qualidade das informações que serão utilizadas por toda equipe de saúde (COFEN, 2016).

Dentre as etapas do processo de enfermagem, evidencia-se o diagnóstico de enfermagem, que é definido como o julgamento clínico sobre as respostas do paciente, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais, reais ou potenciais (NANDA, 2015).

O diagnóstico de enfermagem possibilita a interpretações dos dados coletados, a orientação, planejamento e a implementação das intervenções, para a obtenção de melhores resultados, além de constituírem em elementos fundamentais para a assistência de enfermagem baseada em evidências, considerando as necessidades e a segurança dos pacientes (LUZIA; VICTOR; LUCENA, 2014).

Também, é considerado para a maioria dos enfermeiros, como uma fase muito difícil, devido não terem uma clareza de critérios para elegê-lo, falta de uma metodologia e de referências literárias para elaboração de um diagnóstico, e muitas vezes construído a partir do diagnóstico médico (PARRA; VASCONCELLOS; SOUZA, 2015).

A tomada de decisão quanto ao diagnóstico de enfermagem envolve habilidades cognitivas, interpessoais e atitudes do profissional. O pensamento crítico é considerado um componente essencial de responsabilidade profissional e da qualidade da assistência que vai ser prestada (BITTENCOURT; CROSSETTI, 2013).

Uma nova ferramenta que pode contribuir para agilizar a tomada de decisão quanto à elaboração dos diagnósticos de enfermagem, são as árvores de classificação, que consistem em instrumentos gráficos e permitem uma visão mais clara, ampla e precisa dos diferentes caminhos que podem tomar as múltiplas alternativas de decisão, baseadas em probabilidades condicionais (MARTINS et al., 2016).

Martins et al. (2016) construíram uma árvore de classificação com indicadores clínicos para a predição correta do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário em pessoas com hipertensão arterial. Chaves (2011) criou árvores de decisão para o auxílio na determinação dos diagnósticos Padrão respiratório ineficaz e Desobstrução ineficaz das vias aéreas em crianças com infecção respiratória aguda. E Funchal, Madsen e Adamatti (2015) apresentaram um estudo da utilização de técnicas de mineração de dados no contexto da classificação de risco em unidades de pronto atendimento, utilizando a técnica de árvores de decisão, tendo em vista sua ampla utilização em problemas de classificação.

Apesar de auxiliarem na tomada de decisão e fortalecerem a Enfermagem no âmbito científico e assistencial, estudos com esta abordagem ainda são escassos. Além disso, é importante salientar que mesmo com a melhoria na qualidade de vida da população, países em desenvolvimento ainda apresentam uma alta taxa de morbidade e mortalidade por doenças infectocontagiosas, atingindo principalmente a população com baixa condição econômica e pouca escolaridade (ARAÚJO, 2012). Considerando esse quadro epidemiológico, que a taxa de mortalidade no Brasil ainda é elevada quando comparada com as taxas dos países desenvolvidos, dessa forma é importante desenvolver estudos voltados a esse tema possibilitando uma melhor assistência aos pacientes.

Dessa maneira, esse estudo propõe a determinação de diagnósticos de enfermagem a partir de indicadores empíricos propostos em um histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. Reconhecendo a importância epidemiológica dessas doenças, como também a contribuição científica, devido a incipiência de estudos desta natureza. Assim, foi traçada como questão norteadora: quais os diagnósticos de enfermagem podem ser elaborados a partir de um histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. Cumpre assinalar, que esse histórico foi validado no estudo de Andrade (2016).

Para responder à questão norteadora foi definido o seguinte objetivo: utilizar árvores de classificação para a elaboração de diagnósticos de enfermagem a partir de um histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas.

Revisão da Literatura

2.1 Processo de trabalho da Enfermagem

O processo de enfermagem tem a finalidade de sistematizar a assistência, e possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever a resposta da clientela aos problemas de saúde ou aos processos vitais, além disso, determina que os aspectos dessas respostas exijam uma intervenção profissional (MARTINO et al., 2014).

Segundo Santos (2014), Florence Nightingale, precursora da Enfermagem moderna, idealizou a profissão embasada em reflexões e questionamentos que construíssem um arcabouço de conhecimentos científicos diferentes daqueles da medicina, estabelecendo que o saber da enfermagem devesse ser direcionado à pessoa, às condições nas quais ela vivia e como o ambiente poder agir positivamente ou não sobre a saúde das pessoas.

O processo de enfermagem já vinha sendo aplicado nos Estados Unidos e Reino Unido, quando na década de 70, chegou ao Brasil invadindo as escolas de enfermagem e fortemente influenciado pela teoria de enfermagem de Wanda de Aguiar Horta, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas que visualiza o paciente em suas necessidades psicoespirituais, psicossociais e psicobiológicas (SANTOS, 2014).

As teorias de enfermagem constituem uma série de conceitos que descrevem o padrão da realidade, são usadas para modificar e orientar a pesquisa. Originam-se em dois métodos, o raciocínio dedutivo que examina a ideia geral e depois as ações e ideias específicas; e o raciocínio indutivo que se constrói a partir de pensamentos para concluir as ideias gerais. Elas oferecem racionalidade e conhecimentos para as ações da enfermagem, com base nas descrições organizadas, melhorando as habilidades para solucionar problemas, com ações organizadas e que tenham finalidade, oferecendo foco para as atividades de cuidado (SILVEIRA; ROBAZZI, 2014).

As teorias de enfermagem surgiram para fundamentar a profissão como ciência e promover qualificação profissional. O processo de enfermagem, quando baseado em uma teoria, garante mais segurança na assistência do enfermeiro, além de respaldo e caráter científico. O mesmo foi introduzido no Brasil por Wanda de Aguiar Horta por meio de um modelo teórico denominado Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB). Seu modelo abrange leis que regem os fenômenos naturais: a lei do equilíbrio (homeostase), a lei da adaptação e a lei do holismo (SOUZA et al., 2016).

Horta, assiste ao paciente em suas necessidades psicoespirituais, psicossociais e psicobiológicas. As necessidades psicobiológicas são consideradas forças, instintos ou

energias inconscientes que surgem sem planejamento, por exemplo, a vontade de banhar-se e repousar. As necessidades psicossociais são manifestações que ocorrem no indivíduo por meio de instintos do nível psicossocial, como a necessidade de comunicar-se, de viver em grupo e realizar trocas sociais. E as necessidades psicoespirituais são aquelas por meio das quais o homem procura compreender o que vivencia de inexplicável cientificamente, transcendendo e ultrapassando as linhas que limitam sua experiência no mundo (SILVEIRA; ROBAZZI, 2014).

A Resolução nº 358 do COFEN discorre sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem em todos os ambientes sejam eles públicos ou privados. E aborda as fases do processo de enfermagem, que se divide em cinco etapas: Coleta de dados ou Histórico de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação de Enfermagem e Avaliação de Enfermagem. Este processo representa o instrumento de trabalho do enfermeiro com objetivo de identificação das necessidades do paciente apresentando uma proposta ao seu atendimento e cuidado, direcionando a equipe de enfermagem nas ações a serem realizadas (COFEN, 2009).

A primeira etapa do processo, a de coleta de dados ou histórico de enfermagem, permite ao profissional de saúde identificar problemas, determinar diagnósticos, planejar e implementar a sua assistência. São coletados dados subjetivos, objetivos, históricos e atuais. Estes podem ser obtidos, utilizando-se: a entrevista, a observação, o exame físico, os resultados de provas diagnósticas, a revisão de prontuário e a colaboração de outros profissionais. É um processo sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações e respostas em um dado momento do processo saúde e doença (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011).

A segunda etapa, o diagnóstico de enfermagem é processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, utiliza-se do raciocínio e julgamento clínicos que culmina com a tomada de decisão sobre os possíveis diagnósticos de enfermagem em relação ao paciente em um dado momento do processo saúde e doença, constituindo a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados (SANTOS et al., 2014).

No Brasil, os sistemas de classificações utilizados para obter a padronização nos diagnósticos de enfermagem, são classificação diagnóstica da NANDA-I (North American Nursing Diagnoses Association), e a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). A NANDA-I está organizada em 13 domínios, 47 classes e 201 diagnósticos de

enfermagem. Sua estrutura é composta por 7 eixos que direcionam o processo diagnóstico, o eixo 1 - conceito diagnóstico; eixo 2 - sujeito do diagnóstico; eixo 3 - julgamento; eixo 4 - localização; eixo 5 - idade; eixo 6 - tempo; eixo 7 - situação do diagnóstico. A construção do enunciado é estabelecida a partir da combinação de valores dos eixos 1, 2 e 3 e quando necessário acrescentasse os demais eixos (MATA et al., 2012). Cada um destes diagnósticos é estruturado por quatro componentes principais: enunciado diagnóstico, definição, características definidoras, fatores relacionados ou fatores de risco (MONTEIRO et al., 2013).

A CIPE é um sistema de linguagem de enfermagem unificado que contempla os fenômenos, intervenções e resultados de enfermagem como elementos primários de sua construção (MAZONI et al., 2010). É baseada no modelo de sete eixos, foco, julgamento, cliente, ação, meios, localização e o tempo, onde os mesmos podem ser utilizados na composição dos diagnósticos incluindo no título um termo do eixo foco e um do eixo julgamento, complementando com os outros eixos (CUBAS; SILVA; ROSO, 2010).

O planejamento de enfermagem, a terceira etapa, é a determinação dos resultados que se espera alcançar e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas. Envolve a avaliação das condições de saúde dos pacientes e, desse modo, o direcionamento das ações terapêuticas que serão empreendidas, organização dos diferentes procedimentos e previsão/provisão dos materiais e recursos que são necessários. São priorizados os problemas identificados na fase anterior, colocando em primeiro lugar o mais grave, os outros problemas são colocados em ordem decrescentes de importância, em seguida são desenvolvidos objetivos e resultados mensuráveis de curto e longo prazo para o paciente (SANTOS et al., 2013).

Para mensurar e apresentar os resultados da prática dos enfermeiros foi criada a classificação dos resultados de enfermagem NOC (*Nursing Outcome Classification*), que pode ser considerada uma classificação complementar às taxonomias da NANDA-I e da NIC (*Nursing Intervention Classification*). A NOC apresenta uma estrutura em 7 domínios, 31 classes e uma lista composta de 385 resultados com definições, uma lista de indicadores e escalas de mensuração que podem ser utilizados na avaliação de pacientes, famílias e comunidades. Apresentando resultados de enfermagem que podem ser medidos ao longo de um continuum, ou seja, refletindo uma condição real do paciente (MONTEIRO et al., 2013).

A implementação, quarta etapa, é a realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de planejamento de enfermagem, nela monitora a resposta do paciente em relação ao

tratamento, garantindo que não ocorra complicações, fazendo avaliações frequentes contribuindo positivamente na qualidade da assistência (SANTOS; LIMA; MELO, 2014).

A classificação das intervenções de enfermagem NIC, propicia a documentação e registro clínico, a uniformização da comunicação do cuidado, a integração de dados em sistemas informatizados, além de servir como fonte de dados para pesquisas, aferição de produtividade, avaliação de competência e para subsidiar pagamentos por serviços e estruturar currículos para o ensino do cuidado de enfermagem (SAMPAIO et al., 2011). Atualmente está organizada em 7 domínios com 30 classes, 542 intervenções e mais de 12 mil atividades, com os seguintes elementos: título da intervenção, código de registro taxonômico, definição, atividades prioritárias, atividades complementares e referências. Cada intervenção possui um título, uma definição e uma lista de atividades que podem ser executadas pela equipe de enfermagem no cuidado ao paciente, família ou comunidade (SAMPAIO et al., 2011; MONTEIRO et al., 2013).

E a quinta e última etapa, avaliação de enfermagem é um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças, consiste em fazer julgamentos de valor para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado, e cabe ao enfermeiro ter a visão crítica da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem para que seja concluído com sucesso o cuidado com o paciente (CHAVES; TANAKA, 2012).

Cabe ao enfermeiro, a liderança e autonomia na execução desse processo fazendo com que alcance os resultados de enfermagem esperados. É privativo do enfermeiro o diagnóstico, a prescrição das ações e as intervenções a serem realizadas, o que possibilita uma visão mais crítica, objetivando uma assistência de qualidade de maneira a alcançar os resultados esperados (COFEN, 2009).

Portanto, o enfermeiro precisa de raciocínio clínico e conhecimento sobre todas as etapas do processo, promovendo assim uma assistência adequada e planejada. O que garante a autonomia, reconhecimento profissional, reconhecimento por parte dos pacientes e respaldo por parte da equipe multiprofissional (AMORIM; MARCUCCI, 2011).

2.2 Raciocínio clínico para a elaboração de diagnósticos de enfermagem em árvores de decisão

As árvores de decisão auxiliam no raciocínio clínico, permitem uma rápida visualização da ocorrência de um diagnóstico, e podem ser utilizadas nos processos de triagem clínica mantendo a acurácia das inferências diagnósticas (MARTINS et al., 2016).

As árvores de decisão estão estruturadas em nós e galhos (nós derivados ou terminais) que correspondem a uma classe, e nós de decisão que contém um teste sobre algum atributo. São algoritmos que se baseiam na estratégia de divisão e conquista que consiste na divisão do problema em subproblemas, esses algoritmos apresentam uma estrutura não linear e um número finito de elementos e nodos; sua representação gráfica torna mais simples sua prática, podendo ser seguido como um passo a passo, começando pelo nó raiz (principal) até seus nós folhas, onde cada nó da árvore é um atributo e para cada atributo uma decisão será tomada (FUNCHAL; MADSEN; ADAMATTI, 2015).

As árvores de decisão servem como apoio ao raciocínio clínico do enfermeiro, que ao serem adotadas, para a sua construção é utilizado um conjunto limitado de característica definidoras. Essas características são classificadas como presentes e ausentes, aumentando a probabilidade de ocorrência ou não do diagnóstico de enfermagem, otimizando assim o tempo para a inferência diagnóstica (MARTINS et al., 2016).

O processo de inferência diagnóstica é o meio de se chegar a uma conclusão através de um raciocínio lógico, ou seja, é a compreensão final do problema chegando ao diagnóstico a ser utilizado como prioritário. Por essa razão, o processo de tomada de decisão pode ser facilitado pelo uso de árvores de decisão, visto que estas permitem diminuir o grau de incertezas das inferências (CHAVES, 2011).

Com isso é de fundamental importância, a tomada de decisão por parte dos enfermeiros com interação com o paciente, envolvendo observações a serem feitas referente à sua condição de saúde, avaliação dos dados e conjunto de ações de enfermagem que devem ser tomadas com ou em nome do cliente. Tornando uma avaliação rápida e eficaz das intervenções e resultados a serem alcançados (CHAVES, 2011).

Os diagnósticos de enfermagem são elaborados a partir da identificação precoce e avaliações subsequentes do paciente e permitem uma avaliação rápida da eficácia das intervenções e uma análise dos resultados alcançados. Essa avaliação do paciente associada aos sinais e sintomas que compõem as características definidoras do diagnóstico de enfermagem é realizada por meio da inferência diagnóstica, que é o raciocínio clínico do problema, chegando a uma conclusão final e ao diagnóstico de enfermagem a ser trabalhado, deve ser realizada por enfermeiros diagnosticadores capacitados, que a partir dos dados

coletados e a concordância de testes estatísticos delimitam os nós primário e secundário que a árvore deve formar (MARTINS et al., 2016).

Sendo assim, a árvore de decisão chega a sua decisão e ramificação pela execução de uma sequência de testes, o qual cada nó interno da árvore corresponde a um teste do valor de uma das propriedades, e os ramos deste nó são identificados com os possíveis valores do teste (FUNCHAL; MADSEN; ADAMATTI, 2015).

A elaboração e utilização dessas novas tecnologias de informação tem o propósito de transformar para melhor os processos de trabalho em saúde, permitindo a ampliação dos serviços que será prestado ao paciente de forma mais direcionada. Essas tecnologias melhoram a capacidade de capturar dados clínicos, armazenar, agregar e analisar os dados, e possibilitam uma melhor compreensão da qualidade e eficácia da assistência que está sendo prestada ao paciente (SILVA, 2014).

Dentre essas novas tecnologias, destaca-se a criação de *softwares* na área de saúde para melhorar e agilizar a assistência ao paciente, eles são capazes de processar informações mais rápidas, e permitem uma visão mais ampla das necessidades e evolução do paciente (LIMA, 2012).

No Brasil, existem estudos voltados para a criação de *software*, como o de Lima (2012) que desenvolveu um *software* que dominava diagnósticos e intervenções de enfermagem com o auxílio da CIPE em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal; outro estudo foi o de Oliveira, Barros e Oliveira (2010) que desenvolveram um *software* para implementar a SAE utilizando a denominação NANDA para os diagnósticos de enfermagem e o de Tanurre (2012), que implementou um Sistema de Informação com o Processo de Enfermagem em Terapia Intensiva para pacientes adultos com a classificação NANDA, NIC e NOC.

Esses sistemas de informação em saúde devem ser instrumentos padronizados que tem como principal objetivo o fornecimento de informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas de saúde da população, subsidiando a tomada de decisões. Visa detectar focos prioritários, levando a um planejamento responsável e à execução de ações que condicionem a realidade às transformações necessárias, diminuindo as probabilidades de incertezas (MEDEIROS, 2016).

Por esse motivo, essas novas tecnologias devem fazer parte do cotidiano da enfermagem, uma vez que os enfermeiros na sua prática diária processam e documentam muita informação que, além de garantir a produção de prova documental da assistência,

constitui um recurso para os processos de gestão, de formação e investigação, bem com a promoção da continuidade dos cuidados (MOTA, 2010).

Metadologia

Trata-se de uma pesquisa metodológica do tipo aplicada. Uma pesquisa metodológica e costuma envolver métodos complexos e sofisticados, com a intenção de organizar os dados e a direção da pesquisas, obtendo uma validação e avaliação das ferramentas e métodos (POLIT; BECK, 2011).

A pesquisa aplicada tem como objetivo produzir conhecimentos para aplicação de seus resultados, contribuindo para fins práticos, visando à solução mais ou menos imediata do problema encontrado na realidade, procura resolver problemas ou necessidades concretas e imediatas (VILAÇA, 2010).

A pesquisa foi desenvolvida com base no estudo de Andrade (2016), em que foi realizada a validação de um histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas (ANEXO A), por meio da análise de conteúdo com especialistas e a da validação clínica com pacientes hospitalizados nas unidades de internação de doenças infectocontagiosas do Hospital Universitário Lauro Wanderley e do Hospital Universitário Alcides Carneiro.

Desta forma, foi utilizado o histórico de enfermagem validado no estudo de Andrade (2016) para subsidiar a elaboração de diagnósticos de enfermagem para pacientes hospitalizados com doenças infectocontagiosas. É importante salientar que os diagnósticos de enfermagem elaborados abordaram a necessidade psicobiológica, tendo em vista sua grande representatividade nos pacientes hospitalizados nas unidades de internação estudadas.

Para elaboração dos diagnósticos de enfermagem, foram construídas árvores de classificação demonstrando o raciocínio clínico, manuseando como ferramenta ilustrativa de imagens, o *software CMap Tools*. Além disso, para a construção dos diagnósticos, utilizou-se o sistema de classificação NANDA-I (2015-2017).

A pesquisa foi conduzida de acordo com a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aborda as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012), e na Resolução COFEN nº 311/2007 (COFEN, 2007), que reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Ademais, este estudo faz parte de um projeto guarda-chuva aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, designado via Plataforma Brasil, segundo parecer nº 1.663.005 e CAAE: 43249115.7.5183 (ANEXO B).

Resultados e Discussão

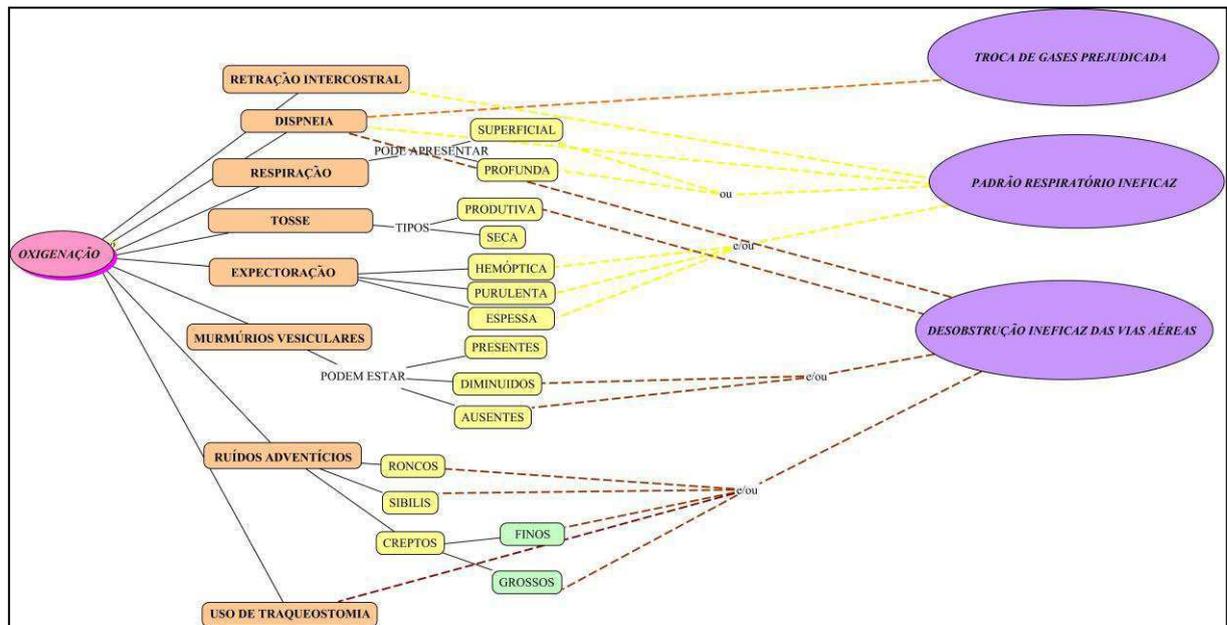
Este capítulo vai abordar a discussão dos diagnósticos de enfermagem elaborados para as necessidades psicobiológicas, que são: oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, atividade física, sexualidade e reprodução, cuidado corporal, integridade física, regulação vascular, regulação térmica, regulação neurológica, sensopercepção, segurança física e do meio ambiente e terapêutica e prevenção.

Cada necessidade psicobiológica apresenta indicadores empíricos. Os mesmos são ferramentas utilizadas para observar ou mensurar algo, ou seja, consistem em manifestações, observadas ou mensuradas, das necessidades humanas básicas afetadas no paciente, elas mostram alterações em situações consideradas normais ou esperadas, e é por meio de sua identificação que se pode evitar a instalação ou agravamento de problemas (SANTANA et al., 2014).

No sistema de classificação da NANDA-I encontra-se o termo característica definidora, que são sinais e sintomas que podem ser úteis para investigar dados e informações dos pacientes em níveis de gravidade, risco, hospitalização e mortalidade (MARTINS et al., 2012). Portanto, destaca-se singularidade entre os termos indicadores empíricos e características definidoras.

4.1) Oxigenação:

Figura 1. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Oxigenação. Cuité-PB, 2017.



Dados: Fonte da Pesquisa, 2017.

A oxigenação é visualizada a partir no movimento de ar para dentro e para fora do pulmão, por meio da ventilação, difusão e do transporte de oxigênio para os tecidos periféricos e da remoção de dióxido de carbono das vias aéreas (GARCIA; CUBAS, 2012).

No momento em que ocorre a alteração dos padrões normais de oxigenação em um indivíduo, o mesmo demonstra sinais e sintomas, os quais auxiliam o profissional de saúde a detectar os diagnósticos que auxiliarão a realização de uma terapêutica adequada.

De acordo com a Figura 1, podemos destacar alguns diagnósticos de enfermagem prioritários para a necessidade de oxigenação, como a troca de gases prejudicada, a desobstrução ineficaz das vias aéreas e o padrão respiratório ineficaz.

Os diagnósticos de enfermagem respiratórios são geralmente prioritários, pois afetam diretamente a oxigenação tissular, sendo esta uma função vital. A identificação destes diagnósticos é particularmente importante em pessoas portadoras de afecções do trato respiratório, devido ao comprometimento que ocasiona nas vias aéreas (PASCOAL et al., 2015).

A “troca de gases prejudicada” é o excesso ou o déficit na oxigenação e/ou eliminação de dióxido de carbono na membrana alvéolo capilar (NANDA, 2015). Apresenta como indicador empírico, a dispneia. Rossetto e Luna (2015) no seu estudo abordam a influenza (H1N1), como uma doença altamente contagiosa, que afeta de forma aguda o sistema respiratório apresentando a dispneia como o sintoma mais frequente dos casos classificados como confirmados.

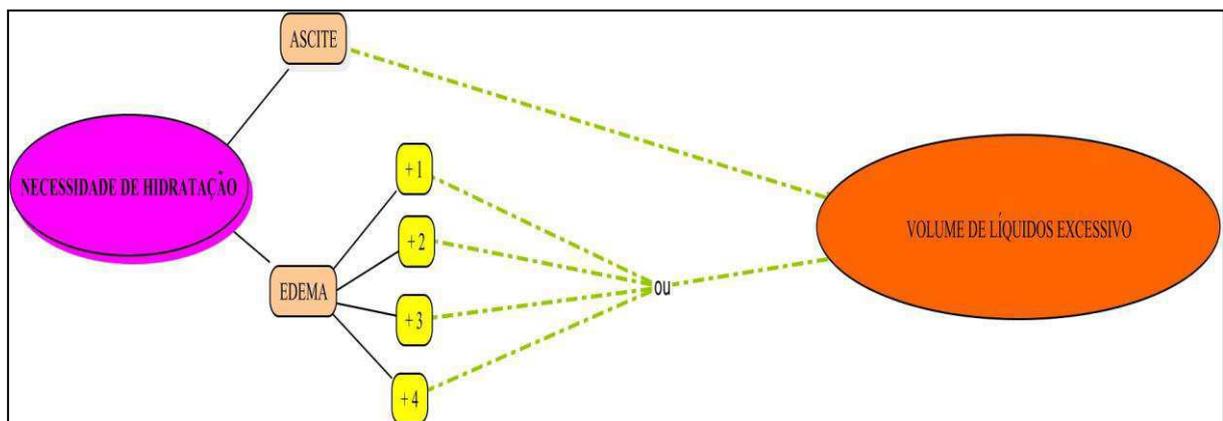
Outro indicador empírico importante para a troca de gases prejudicada é a cianose, que é causada por um déficit de oxigenação do sangue e um acúmulo consequente de gás carbônico, tornando o sangue mais escuro, conferindo à pele, às mucosas e aos leitos ungueais uma coloração azul-arroxeadada, que pode ser vista, sobretudo nas extremidades (ABCMED, 2012).

A “desobstrução ineficaz das vias aéreas” é a incapacidade de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório para manter a via aérea desobstruída (NANDA, 2015). Este diagnóstico foi relacionado aos indicadores empíricos de retração intercostal, dispneia, respiração superficial e profunda e expectoração hemóptica, purulenta e espessa. E o “padrão respiratório ineficaz” é inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada (NANDA, 2015). Tem como indicadores empíricos a dispneia, tosse produtiva, murmúrios vesiculares diminuídos ou ausentes, ruídos adventícios do tipo ronco, sibilos e creptos e ao uso de traqueostomia.

Ambos os diagnósticos tem a presença de indicadores empíricos relacionados à tuberculose que é considerada um grave problema de saúde pública no mundo, levando o paciente à morte na maioria dos casos. Os sinais e sintomas da doença pulmonar ativa são tosse, às vezes, com muco ou sangue, dor torácica, fraqueza ou cansaço, perda de peso, febre e sudorese noturna (FERRI et al., 2014).

4.2) Hidratação:

Figura 2. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Hidratação. Cuité-PB, 2017.



Dados: Fonte da Pesquisa, 2017.

A hidratação é a necessidade de que os líquidos corporais, composto pela água sejam mantidos em nível ótimo, com o objetivo de favorecer o metabolismo corporal (GARCIA; CUBAS, 2012).

Quando alterado esse metabolismo corporal, o paciente começa a apresentar alguns sinais e sintomas característicos de patologias. Em relação aos indicadores empíricos da Figura 2, elencamos o diagnóstico de volume de líquido excessivo, como prioritário.

O diagnóstico de enfermagem “volume de líquido excessivo” é a retenção aumentada de líquidos isotônicos (NANDA, 2015). Possui ascite e edema como seus indicadores empíricos.

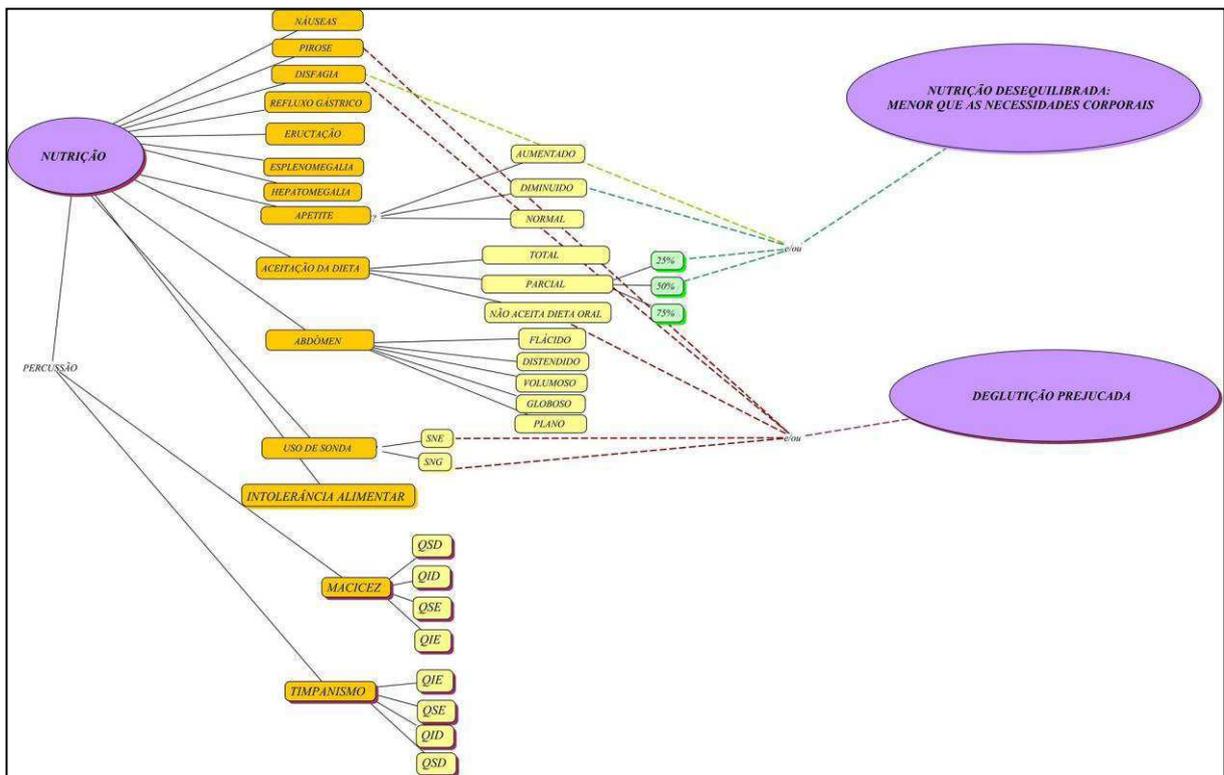
Costa et al. (2013) relataram em seu estudo alguns sintomas que acompanham a ascite, como taquicardia, hipotensão, oligúria ou anúria, assim como icterícia e distúrbios de coagulação. Este remete que há lesão a nível renal, tendo em vista que os rins não são capazes de remover sódio suficiente para eliminar o líquido (BASILIO et al., 2016).

Indivíduos com leishmaniose visceral em sua forma mais grave apresentam comprometimento do estado geral, edema dos membros inferiores, que pode evoluir para anasarca. Outras manifestações importantes incluem hemorragias icterícia e ascite (ORTIZ, ANVERSA; 2015).

Além disso, indivíduos com doença de chagas não é identificada previamente, apresentam um quadro clínico edema subcutâneo, aumento do volume de linfonodos, hepatomegalia e esplenomegalia. Como também, apresenta edema elástico das pálpebras em um dos olhos, indolor, o chagoma de inoculação se apresenta como uma formação cutânea pouco saliente, endurecida, avermelhada, pouco dolorosa e circundada por edema elástico (DIAS et al., 2016).

4.3) Nutrição:

Figura 3. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Nutrição. Cuité -PB, 2017.



Dados: Fonte da Pesquisa, 2017.

Nutrição é a necessidade de obter os elementos necessários para o consumo e a utilização de energia e nutrientes em nível celular, com o objetivo de manter a saúde e a vida.

A nutrição envolve os processos de ingestão, digestão, absorção e captação dos nutrientes para utilizar no metabolismo corporal (GARCIA; CUBAS, 2012).

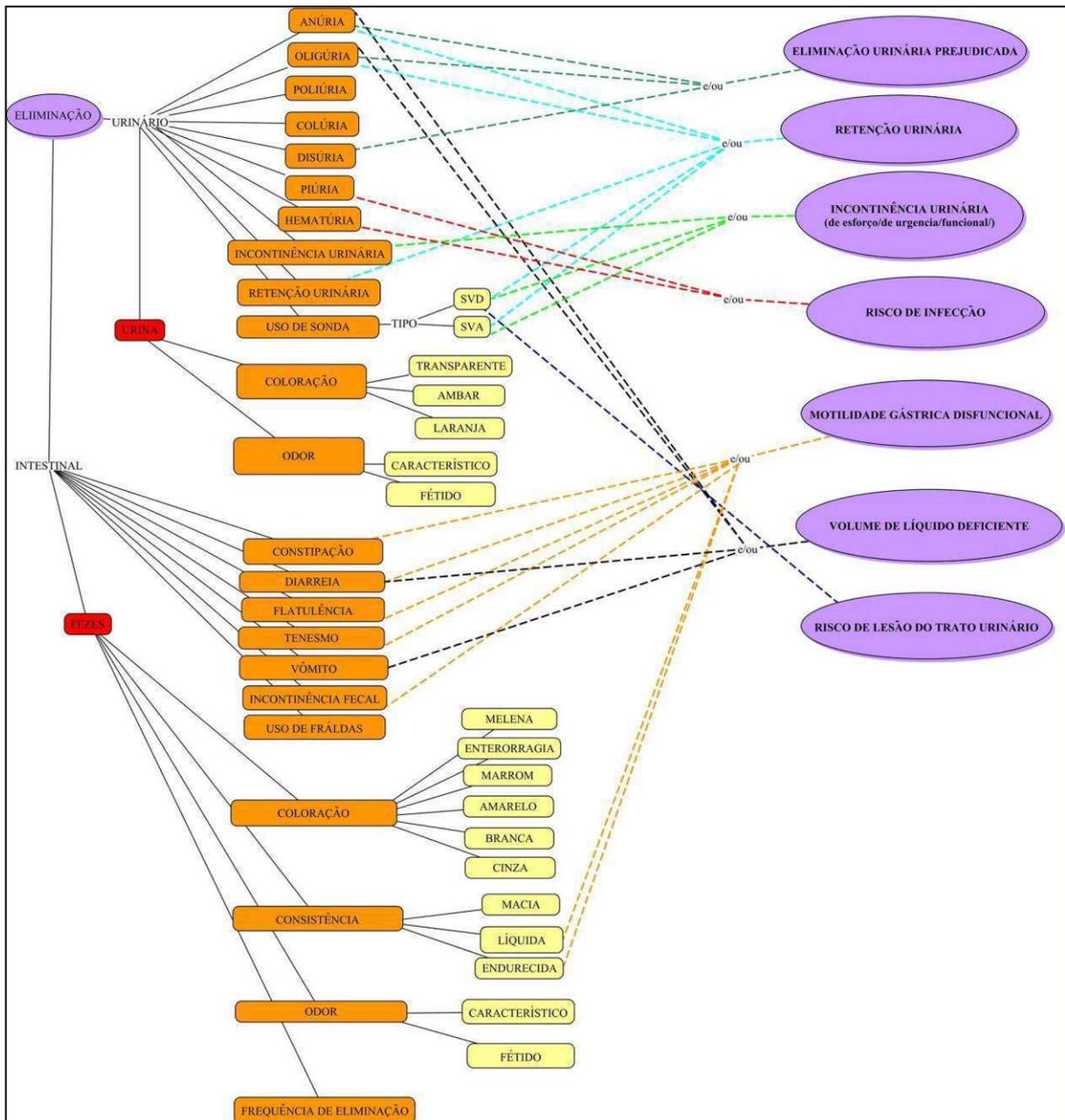
Dentro da necessidade de nutrição e levando em consideração os indicadores empíricos na Figura 3, relacionamos os seguintes diagnósticos de enfermagem: deglutição prejudicada e nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais.

A “nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais” é definida como a ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer as necessidades metabólicas, a “deglutição prejudicada” está ligada ao funcionamento anormal do mecanismo da deglutição associado a déficits na estrutura da função oral, faríngea ou esofágica (NANDA, 2015). Ou seja, a nutrição desequilibrada é uma consequência da deglutição prejudicada. Ambos possuem indicadores empíricos, relacionados a não aceitação da dieta oral, ao uso de sonda nasogástrica e nasoentérica, apetite diminuído, aceitação parcial da dieta (25 a 50%), pirose, e disfagia.

Os sinais e sintomas desencadeados pela doença de Chagas levam o paciente portador a desenvolver uma série de alterações em distintos sistemas do corpo humano. Sua transmissão pode acarretar lesões a nível gástrico e digestivo, ocasionadas por lesões dos plexos nervosos, causando disfagia, regurgitação, epigastralgia, odinofagia, soluços e ptialismo. Devido à complexidade do diagnóstico e tratamento dos distúrbios da deglutição observa-se, que a equipe de enfermagem têm um papel importante no cuidado dos pacientes com fatores relacionados ao desequilíbrio da nutrição, pois são os profissionais que na hora das refeições, podem observar os sinais e sintomas de disfagia e por meio da identificação, avaliação e estabelecimento de intervenções de enfermagem podem melhorar o tratamento e atuar na prevenção das complicações relacionadas (ALBINI et al. 2013).

4.4) Eliminação:

Figura 4. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Eliminação. Cuité-PB, 2017.



Dados: Fonte da Pesquisa, 2017.

Eliminação é a necessidade de retirar substâncias indesejáveis ou presentes em quantidades excessivas com o objetivo de manter a homeostase corporal (GARCIA; CUBAS, 2012).

Levando em consideração os indicadores empíricos quando o processo de eliminação passa a ser deficiente, de acordo com a Figura 4, foram apontados os diagnósticos de enfermagem eliminação urinária prejudicada, retenção urinária, incontinência urinária de esforço, risco de infecção, volume de líquido deficiente e risco de lesão do trato urinário.

A “eliminação urinária prejudicada” é a disfunção na eliminação da urina (NANDA, 2015). Possui indicadores como anúria, oligúria e disúria.

A febre amarela pode ocasionar manifestações hepáticas e renais, que se não tratada, evolui para o óbito em apenas uma semana, caracteriza-se pela instalação de quadro de insuficiência hepato-renal, representado por icterícia, oligúria, anúria e albuminúria, acompanhado de manifestações hemorrágicas e prostração intensa (BRITO et al., 2014).

O diagnóstico “retenção urinária” está relacionado ao esvaziamento vesical incompleto e a “incontinência urinária de esforço” corresponde à perda repentina de urina com atividades que aumentam a pressão intra-abdominal (NANDA, 2015). Apresentam indicadores empíricos a retenção urinária, incontinência urinária, e o uso de sonda vesical de demora e sonda vesical de alívio.

Poucos estudos enfatizam doenças infectocontagiosas que apresentam sinais e sintomas relacionados à retenção urinária, entretanto, um estudo realizado pelo departamento vigilância epidemiológica nacional, demonstrou que a raiva pode manifestar-se de forma paralisante, causando parestesia e ocasionando alterações a nível renal, causado por espasmos musculares, desse modo podendo afetar a eliminação de urina do indivíduo (BRASIL, 2012).

O “risco de infecção” é definido como a vulnerabilidade à invasão e multiplicação de organismos patogênicos, que pode comprometer a saúde (NANDA, 2015). Tem piúria e hematúria como seus indicadores empíricos. Levando em consideração ao risco de infecção qualquer paciente acometido por uma doença infectocontagiosa que esteja em âmbito hospitalar estar exposto a este risco.

O diagnóstico de enfermagem “motilidade gastrointestinal disfuncional” é a atividade peristáltica aumentada, diminuída, ineficaz ou ausente no sistema gastrointestinal (NANDA, 2015). Possui indicadores empíricos constipação, tenesmo, flatulências, fezes endurecidas e líquidas, diarreia e incontinência fecal.

Segundo o Ministério da Saúde, a Cólera se caracteriza por uma doença infecciosa intestinal aguda, causada pela enterotoxina do *Vibrio cholerae*. Pode se apresentar de forma grave, com diarreia aquosa e profusa, com ou sem vômitos, dor abdominal e câibras (BRASIL, 2017).

No estudo de Andrade (2016) foi validado um instrumento de coleta de dados a partir de indicadores empíricos numa clínica de doença infectocontagiosa com 65 pacientes internados, onde 13 destes pacientes apresentaram constipação. Levando em consideração

esse e outros estudos, a maioria dos pacientes que são acometidos por doenças infectocontagiosas, apresentam diarreia como seu principal sintoma.

Um dos aspectos clínicos do botulismo intestinal é a presença de constipação intestinal, dor abdominal e comprometimento respiratório resultante da ingestão de esporos presentes em alimentos contaminados, a exemplo de conservas vegetais, produtos cárneos cozidos, pescados defumados, e alguns queijos (BEZERRA et al., 2016).

O “volume de líquido deficiente” é definido como a diminuição do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular (NANDA, 2015). Refere-se à desidratação, perda de água apenas, sem mudança no sódio, e tem como indicadores empíricos vômito, diarreia, anúria e oligúria.

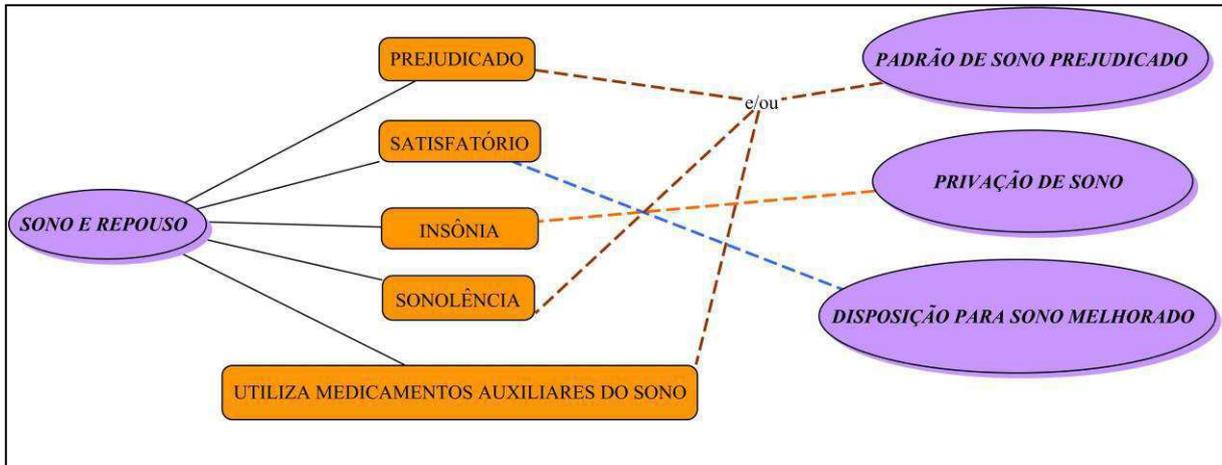
Nas doenças diarreicas agudas, causadas por distintos agentes etiológicos, como bactérias, vírus e parasitos, que tem como a principal manifestação o aumento do número de evacuações, acompanhada por náuseas e vômitos, desidratação e até distúrbios eletrolíticos (BRASIL, 2010)

Já o “risco de lesão do trato urinário” está relacionado à vulnerabilidade a dano às estruturas do trato urinário em decorrência de uso de cateteres, que pode comprometer a saúde (NANDA, 2015). E seu indicador empírico é o uso de sonda vesical de demora.

A Infecção do Trato Urinário (ITU), conforme Paschoal e Bonfim (2012) é ocasionada por distintos fatores, desde alterações anatômicas de cada indivíduo, causas metabólicas, bem como aumento da proliferação bacteriana nos órgãos responsáveis pela excreção urinária. Essas alterações causam a obstrução do trato urinário, criando situações propícias à proliferação, e com a distensão vesical, diminui a capacidade de defesa bactericida da mucosa. A partir dessa série de alterações, por vezes se faz necessário o uso de sonda vesical de demora, este que pode trazer benefícios ao paciente, entretanto pode ocasionar um ambiente propício para o surgimento da ITU, tendo em vista que o volume residual existente no momento da cateterização predispõe o maior surgimento de infecções bacterianas.

4.5) Sono e Repouso:

Figura 5. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Sono e Repouso. Cuité-PB, 2017.



Dados: Fonte da Pesquisa, 2017.

Sono e repouso é a necessidade de manter, por um período diário, a suspensão natural e periódica da consciência, o corpo e a mente em estado de imobilidade parcial ou completa e as funções corporais parcialmente diminuídas, a fim de restaurar o vigor para fazer as atividades cotidianas (GARCIA; CUBAS, 2012).

Com relação à Figura 5, os diagnósticos de enfermagem elencados foram: padrão de sono prejudicado, privação de sono e disposição para sono melhorado.

O “padrão de sono prejudicado” correlaciona-se a interrupções, limitadas pelo tempo, da quantidade e da qualidade do sono, decorrente de fatores externos (NANDA, 2015). Tem como indicadores empíricos o sono e repouso prejudicado, sonolência e o uso de medicamentos auxiliares do sono.

A “privação de sono” é caracterizada por períodos prolongados de tempo sem sono (suspensão sustentada natural e periódica do estado de consciência relativa), (NANDA, 2015). Apresenta insônia, como seu indicador empírico.

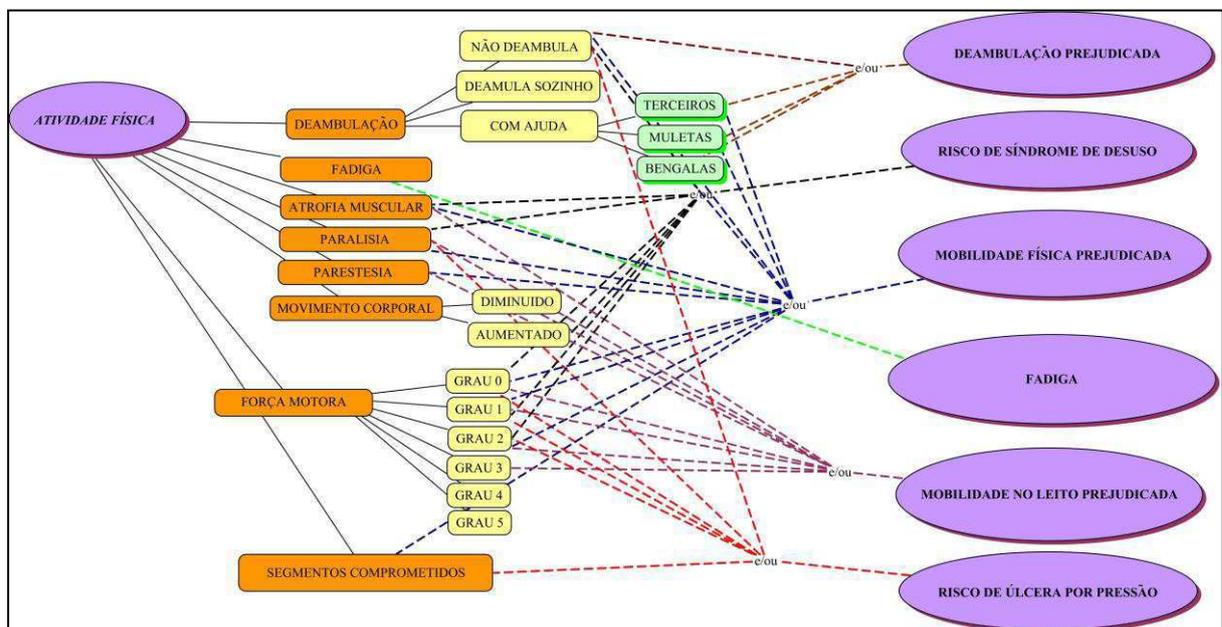
A “disposição para sono melhorado” que é o padrão de suspensão natural e periódica da consciência relativa para propiciar o descanso, sustentando um estilo de vida desejável e que pode ser fortalecido (NANDA, 2015), e o sono e repouso satisfatório está interligado a seu indicador empírico.

Ao se referir aos diagnósticos que estão relacionados a padrão de sono prejudicado e privação do sono, destaca-se a Hanseníase, e sua correlação a tais sinais e sintomas, se dá devido ao seu tratamento medicamentoso, que corresponde a rifampicina, a clofazimina e a dapsona, em que alguns de seus efeitos colaterais envolvem cianose, fadiga, desmaios e insônia (BRASIL, 2017).

Levando em consideração que a maioria das doenças infectocontagiosas alteram o padrão de sono, acarretando um padrão de sono indesejável, a adesão ao tratamento medicamentoso da hanseníase afeta diretamente os padrões de normalidade do sono e repouso, assim como demonstrado em uma pesquisa realizada por Baldan e Santos (2012), em que 38% dos entrevistados apresentaram alterações no sono ao iniciar a terapêutica.

4.6) Atividade Física:

Figura 6. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Atividade Física. Cuité-PB, 2017.



Dados: Fonte da Pesquisa, 2017.

Atividade física é a necessidade de mover-se intencionalmente, usando a capacidade de controlar e relaxar os grupos musculares, com o objetivo de evitar lesões tissulares e exercitar-se (GARCIA; CUBAS, 2012).

De acordo com a Figura 6, a deambulação prejudicada, o risco de síndrome do desuso, mobilidade física prejudicada, fadiga, mobilidade no leito prejudicada e risco de úlcera por pressão foram os diagnósticos de enfermagem escolhidos quando o paciente perde a capacidade de realizar movimentos.

Assis et al. (2013) demonstram em seu estudo a escala de *Oxford* para mensurar a força motora dos pacientes, a escala vai de grau 0 a grau 5, cujo grau 0 representa força ausente e não se observa sinais de contração muscular, grau 1 - força mínima existindo sinais de discreta contratilidade sem movimentos de articulações, grau 2 - força fraca apresentando mobilidade em todos os sentidos normais com eliminação da gravidade, grau 3 - força regular, possuindo movimentos de amplitude normal contra a ação da gravidade, grau 4 - força motora boa com mobilidade integral contra a ação da gravidade e de certo grau de resistência e por ultimo grau 5 – força normal, com mobilidade completa contra resistência acentuada e contra a ação da gravidade.

Pacientes com perda na capacidade de movimentação apresentam diagnósticos como a “deambulação prejudicada” que é limitação do movimento independente de andar em um determinado ambiente (NANDA, 2015). E tem como indicadores empíricos a não deambulação e a deambulação com ajuda de terceiros, muletas ou bengalas.

A “mobilidade no leito prejudicada” é definida como limitação de movimento independente de uma posição para outra no leito (NANDA, 2015), e tem como indicador empírico a atrofia muscular, paralisia, parestesia, e força motora grau 0 a 3.

Já a “mobilidade física prejudicada” se descreve como a limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades (NANDA, 2015). Tem indicador empírico a atrofia muscular, paralisia, parestesia, força motora do grau 0 ao 4 e segmentos comprometidos.

O “risco de síndrome do desuso” relaciona-se a vulnerabilidade à deterioração de sistemas do corpo como resultado de inatividade musculoesquelética prescrita ou inevitável que pode comprometer a saúde (NANDA, 2015). Possui como indicadores empíricos a não deambulação, atrofia muscular, paralisia e força motora grau 0, 1 e 2.

Ao se analisar a correlação dos diagnósticos de enfermagem envolvidos no que se refere à atividade física, surgem três doenças que afetam diretamente o sistema de mobilidade do corpo humano, que são: chikungunya, tétano e dengue.

A febre de chikungunya é uma infecção que apresenta alguns sintomas semelhantes aos da dengue: dores articulares e musculares, cefaleia, febre, náusea, fadiga e exantema. Porém, o que a distingue da dengue, é a presença de fortes dores nas articulações, ocasionando a artralgia persistente, tendo como consequência a redução da produtividade e da qualidade de vida. Por ser uma doença recentemente descoberta e que apresentou forte

incidência no Brasil, ainda não há tratamento antiviral específico (DONALISIO; FREITAS, 2015).

Outra doença relacionada aos diagnósticos de enfermagem elencados é o tétano, tendo em vista que é uma infecção aguda não contagiosa, causada pela ação de exotoxinas produzidas pelo *Clostridium tetani*. Essas toxinas provocam um estado de hiperexcitabilidade do sistema nervoso central, inicialmente manifestando-se com febre baixa ou ausente, hipertonia muscular mantida, hiperreflexia e espasmos ou contraturas paroxísticas (BRASIL, 2010). Por causar hipertonia dos músculos, o tétano ocasiona a dificuldade de deambulação, tendo em vista que afeta os membros inferiores (SILVA, 2012).

Outro diagnóstico encontrado foi a “Fadiga”, denominado como a sensação opressiva e prolongada de exaustão e capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual (NANDA, 2015).

Associou-se a Dengue aos diagnósticos relacionados à atividade física, tendo em vista que o paciente apresenta prostração e fadiga, prejudicando assim sua mobilidade e que poderá apresentar o risco de síndrome de desuso devido permanecer determinado tempo restrito ao leito específico (DONALISIO; FREITAS, 2015).

É importante ressaltar que a ausência de cuidados relacionados à mobilidade física do indivíduo, causa intensos danos a sua saúde e impactos que podem ser levados durante toda a sua vida. Um estudo realizado por Camara (2016) demonstra que alguns sintomas, como a forte artralgia, fadiga e a disfunção do sistema imune, podem durar semanas ou meses, interferindo nas atividades ocupacionais do indivíduo, causando fraqueza muscular generalizada e paralisia.

Por último, o diagnóstico “risco de úlcera por pressão”, relativo a vulnerabilidade à lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre saliência óssea, em consequência de pressão, ou pressão combinada com forças de cisalhamento (NANDA, 2015). E seus indicadores empíricos são a não deambulação, paralisia, força motora grau 0 a 2 e segmentos comprometidos.

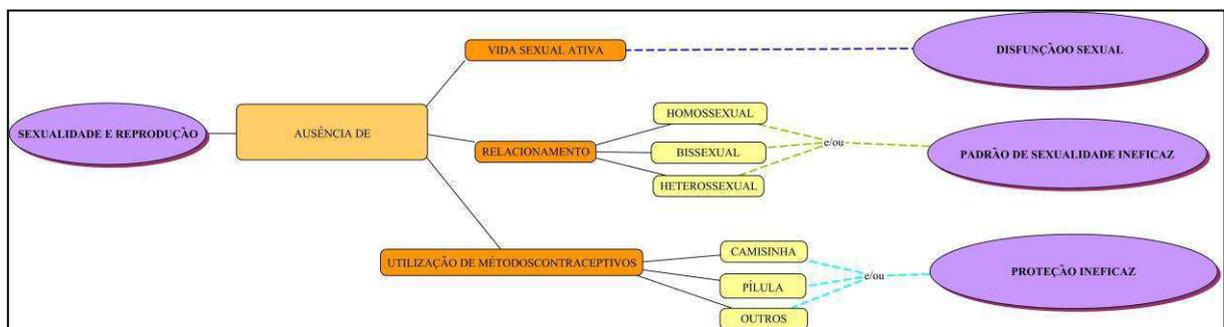
Simões et al. (2016) e Lastória e Abreu (2012) apontam a hanseníase como uma doença crônica que pode causar lesões físicas irreversíveis. Ocasionalmente uma queda na qualidade de vida dos portadores por apresentarem lesões e perda da sensibilidade.

Essa doença foi associada a tal diagnóstico tendo em vista que a lesão nervosa causada pela hanseníase determina alterações sensitivas e motoras. Essas modificações causam fraquezas musculares e deformidades que contribuem diretamente para o desarranjo ósseo da

estrutura na qual foi afetada, o que provoca novos pontos de pressão nas regiões afetadas, como também a diminuição ou abolição da sensibilidade, refletindo na diminuição da proteção fisiológica necessária para a prevenção de inúmeras lesões cutâneas (BRITO et al. 2012).

4.7) Sexualidade e Reprodução

Figura 7. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Sexualidade e Reprodução. Cuité - PB, 2017.



Dados: Fonte da Pesquisa, 2017.

Sexualidade e reprodução é a necessidade de integrar aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais, com o objetivo afetivo-sexual de, com um parceiro, obter prazer e procriar (GARCIA; CUBAS, 2012).

A Figura 7 demonstra os diagnósticos de enfermagem relacionados à necessidade de sexualidade e reprodução, os quais foram elencados: disfunção sexual, padrão de sexualidade ineficaz e proteção ineficaz.

A “disfunção sexual” é o modo no qual o indivíduo passa por mudança na função sexual, nas fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, entretanto, sendo vista como insatisfatória, não recompensadora e inadequada (NANDA, 2015). Tem a ausência de vida sexual ativa como seu indicador empírico. Como exemplo os indivíduos portadores do HIV, que são estigmatizados pela sociedade pela sua condição saúde-doença, passando por problemas social, psicológico ou alguma doença oportunista que leve a disfunção sexual.

O “padrão de sexualidade ineficaz” está relacionado a expressões de preocupação quanto à sua própria sexualidade (NANDA, 2015). E possuem como indicadores empíricos a

ausência de relacionamento homossexual, heterossexual e bissexual, podendo estar correlacionados a conflitos de valores, como também a mudanças no comportamento sexual.

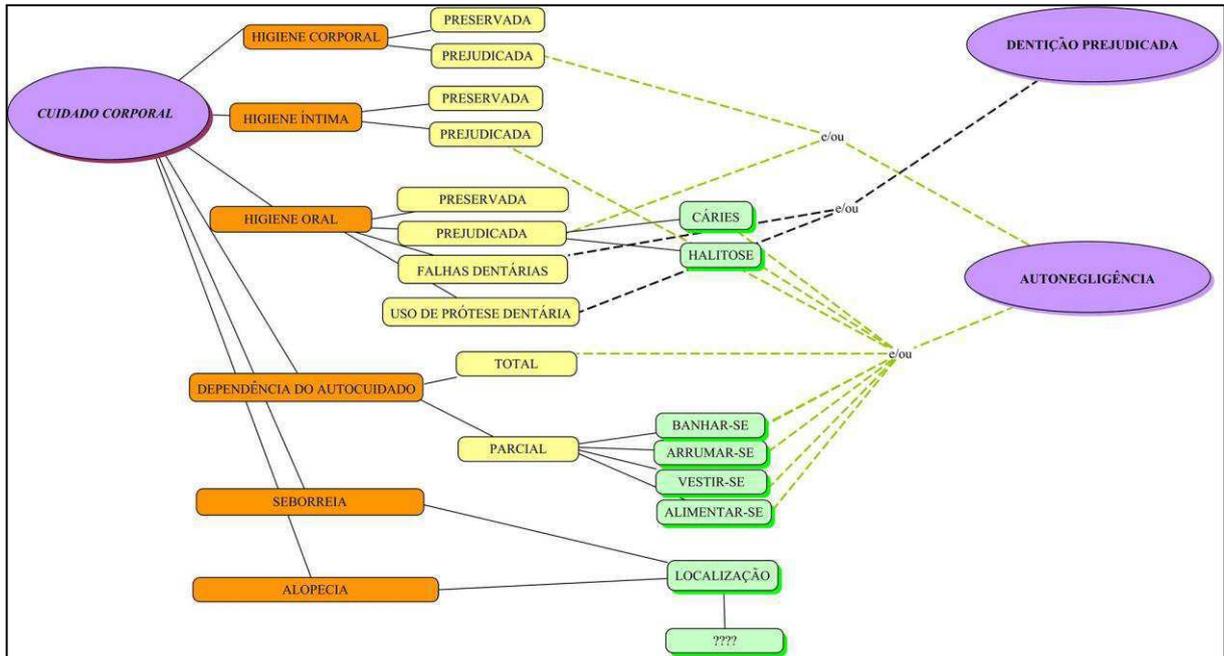
É importante ressaltar que o caráter privado da sexualidade humana compreende escolhas, como por exemplo: com quem se relaciona sexualmente, sentimentalmente, intimamente, etc, parcerias de casamentos, namoros ou companheirismo, identidades sexuais da "pessoa" ou do "indivíduo" (SILVA, 2013). De acordo com AGUINSKY (2013), o gênero é compulsoriamente inscrito no corpo assim que esse nasce e, antes mesmo de nascer, no conjunto de expectativas e pressuposições de comportamentos, gostos e subjetividades.

Ainda na discussão dos Diagnósticos de Enfermagem, elencou-se “proteção ineficaz” conceituado como a diminuição na capacidade de proteger-se de ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões (NANDA, 2015).

Em pesquisa realizada por Bastos et al. (2012), enfatizou-se que devido a falta de adesão de contraceptivos de barreira, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) tornaram-se um dos grandes problemas contemporâneos da Saúde Pública, trazendo implicações objetivas e subjetivas para a sociedade em seus múltiplos aspectos. Pela sua magnitude, transcendência, vulnerabilidade e controle, as ISTs devem ser priorizadas enquanto agravos em saúde pública.

4.8) Cuidado Corporal:

Figura 8. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Cuidado Corporal. Cuité-PB, 2017.



Dados: Fonte da Pesquisa, 2017.

O Cuidado corporal é a necessidade de realizar as atividades com o objetivo de preservar o asseio corporal e a apresentação pessoal (GARCIA; CUBAS, 2012).

Quando o cuidado corporal passa a ser insuficiente para manter as boas condições de higiene, o corpo começa a apresentar falhas em manter um bom padrão de saúde e bem estar aceito pela sociedade. Com isso foi elencado para a Figura 8 os diagnósticos de enfermagem dentição prejudicada e autonegligência.

A “dentição prejudicada” está relacionada a um distúrbio nos padrões de desenvolvimento/erupção dentário ou na integridade estrutural dos dentes (NANDA, 2015). E seus indicadores empíricos são as falhas dentárias e ao uso de próteses dentárias.

Os autores Antunez e Mathias (2013), enfatizam que o início de sinais e sintomas das ISTs e da AIDS pode ocorrer na cavidade oral, assim como as manifestações secundárias. O sangramento gengival ocorre, tendo em vista o poder de infectividade da mucosa oral, a má escovação e a alteração da integridade da mesma. Tais fatores elevam o risco de contaminação.

A “autonegligência” é definida como um conjunto de comportamentos culturalmente estruturados envolvidos em uma ou mais atividades de autocuidado, em que há falha em manter um padrão de saúde e bem-estar socialmente aceito (NANDA, 2015). As causas

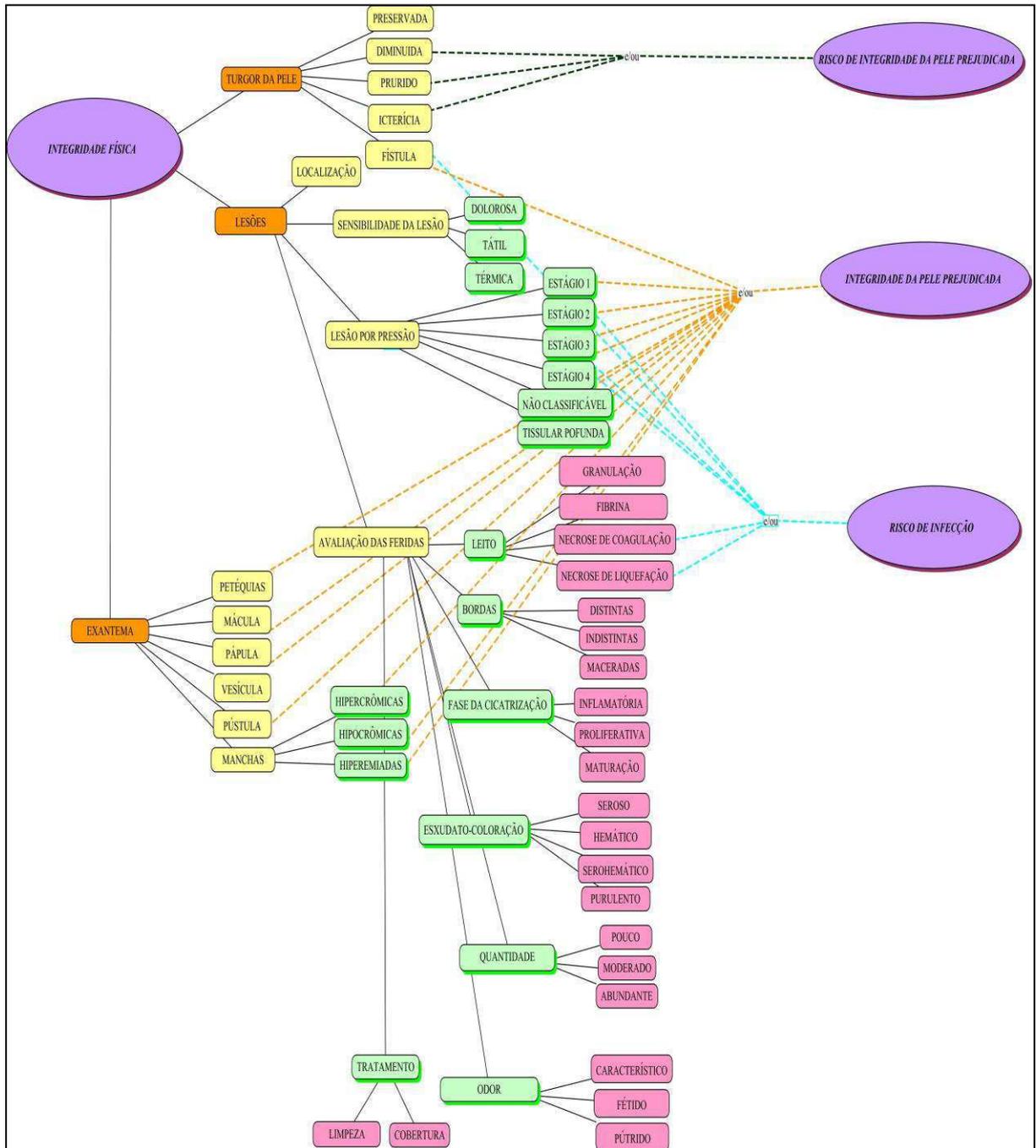
relativas a essas alterações estão ligadas a higiene corporal e íntima prejudicadas, dependência parcial do auto cuidado para banhar-se, arrumar-se, vestir-se e alimentar-se.

Um estudo realizado com uma população idosa de um hospital brasileiro de Pernambuco constatou que a autonegligência é considerada um fator de violência contra si, sendo caracterizada como o comportamento que ameaça sua própria saúde ou segurança, excluindo a situação na qual uma pessoa toma uma decisão consciente e voluntária de se ocupar de atos que ameaçam sua saúde ou segurança. Essa pesquisa demonstrou que a autonegligência foi o fator de violência mais presente na vivência de idosos (CORREIA et al. 2012).

Conforme Cavalcante (2015) a autonegligência pode estar relacionado também à recusa em agir de forma prudente em relação a si mesmo, causando danos que podem ser até mesmo irreversíveis.

4.9) Integridade Física

Figura 9. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Integridade Física. Cuité-PB, 2017



Dados: Fonte da Pesquisa, 2017.

Integridade física é a necessidade de manter as características orgânicas de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso para proteger o corpo (GARCIA; CUBAS, 2012).

Foi escolhido o “Risco de integridade da pele prejudicada”, “Integridade da pele prejudicada” e “Risco de infecção” como diagnósticos prioritários para a necessidade de integridade da pele.

A “integridade da pele prejudicada” ocorre quando há a alteração da epiderme e/ou derme (NANDA, 2015). Os indicadores empíricos desse diagnóstico é a presença de fistulas, exantema dos tipos petéquias, mácula, papula e pústula, lesão por pressão grau 1, 2, 3 e 4 e manchas hiperocrômicas, hipocrômicas e hiperemiadas.

O “risco de integridade da pele prejudicada” liga-se a vulnerabilidade à alteração na epiderme e/ou derme, que pode comprometer a saúde (NANDA, 2015). E tem como características definidoras o turgor da pele diminuído, a presença de prurido e icterícia.

Relacionado ao comprometimento da integridade da pele, destaca-se a varicela, ocasionada pelo vírus *Herpes Zoster*, caracterizada pelo surgimento de exantema de aspecto máculo-papular e distribuição centrípeta, que, após algumas horas, torna-se vesicular, evolui rapidamente para pústulas e, posteriormente, forma crostas, em 3 a 4 dias. A principal característica clínica é o polimorfismo das lesões cutâneas, que se apresentam nas diversas formas evolutivas, acompanhadas de prurido (BRASIL, 2017).

Os estudos de Maia et al. (2015) e Mota e Costa (2016) relatam a varicela como doença frequente na infância e altamente contagiosa, afetando principalmente crianças menores de 12 anos e ao longo do tempo tem-se assistido a um aumento da incidência da em adultos imunes na faixa etária dos 20 a 29 anos.

Conforme Rocha et al. (2015), a leishmaniose tegumentar, apresenta manifestações por meio de lesões de pele de maneira localizada e caracterizada por uma única lesão, ou de forma difusa, com presença de diversas lesões distribuídas em distintas regiões do corpo. É observado em alguns pacientes, ocorre à evolução para a forma mucosa, esta que é secundária às lesões cutâneas, surgindo meses ou anos após a resolução das lesões de pele. O autor ainda cita que a ferida cutânea corresponde à ulceração de bordas elevadas, endurecidas e de fundo com tecido de granulação.

O sarampo é considerado uma doença infecciosa de acometimento agudo, e natureza viral, tido como extremamente contagioso. Após instalado no organismo humano, acompanha uma série de sinais e sintomas, os quais são: hipertermia, acompanhada de tosse e coriza, conjuntivite e exantema máculo-papular, podendo progredir no sentido céfalo-caudal (JESUS et al., 2015).

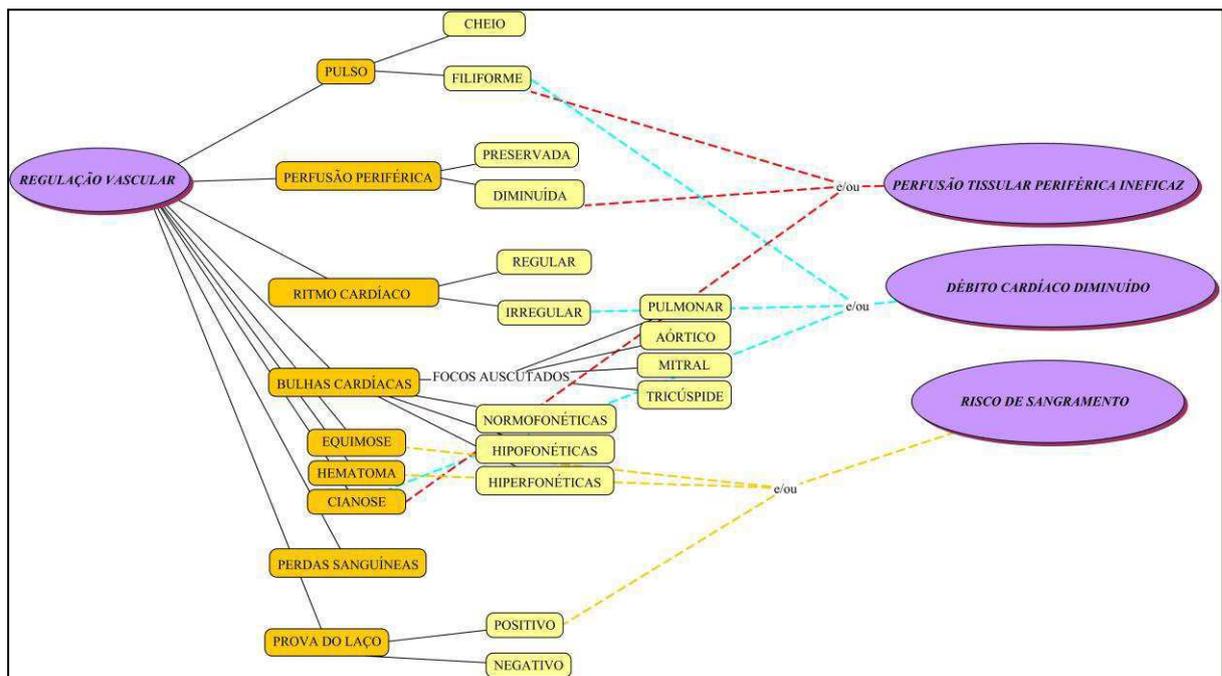
No tocante aos outros indicadores empíricos não correlacionados com diagnósticos de enfermagem, destaca-se que a NANDA, na classe 3 - função tegumentar apresenta ausência de diagnósticos de enfermagem envolvendo os processos de secreção e excreção pela pele. Desta forma, sugerem-se novos estudos nesta área.

E por último o “risco de infecção” que é a vulnerabilidade à invasão multiplicação de organismos patogênicos, que pode comprometer a saúde (NANDA, 2015). E apresenta a lesão por pressão grau 1, 2 e 3, leito da ferida com presença de fibrina, necrose de coagulação e liquefação e bordas da ferida maceradas, como suas características definidoras.

Apesar de o diagnóstico apresentado estar relacionado a fatores de risco, já existe a presença da infecção quando há indicadores empíricos como: necrose de liquefação, exsudato com coloração purulenta, em quantidade abundante e com odor pútrido.

4.10) Regulação Vascular:

Figura 10. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Regulação Vascular. Cuité-PB, 2017.



Dados: Fonte da Pesquisa, 2017.

A regulação vascular é a necessidade de que sejam transportados e distribuídos, por meio do sangue, nutrientes vitais para os tecidos e removidas as substâncias desnecessárias, com o objetivo de manter a homeostase dos líquidos corporais e a sobrevivência do organismo (GARCIA; CUBAS, 2012).

A “Perfusão tissular periférica ineficaz” conceitua-se como a redução da circulação sanguínea para a periferia, capaz de comprometer a saúde (NANDA, 2015). E possui como indicador empírico o pulso filiforme, a perfusão periférica diminuída e cianose.

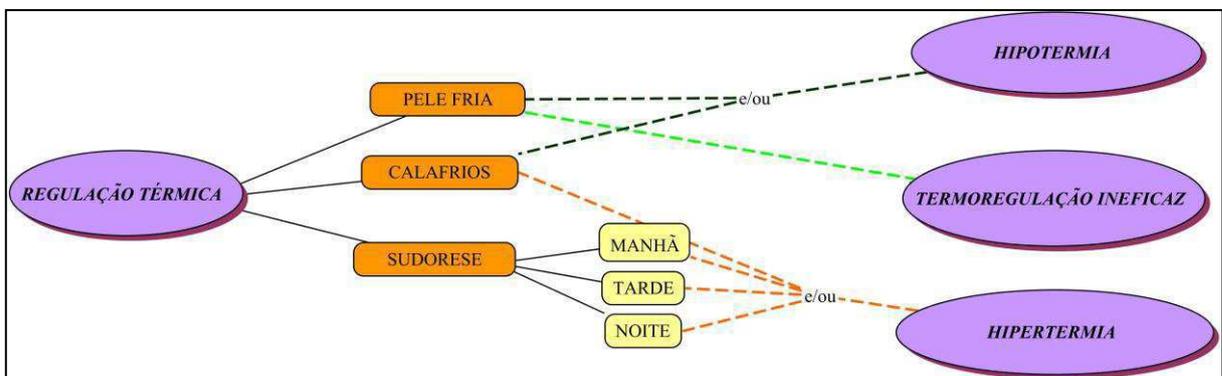
O “débito cardíaco diminuído” ocorre quando há quantidade insuficiente de sangue bombeado pelo coração para atender às demandas metabólicas corporais (NANDA, 2015). E seus indicadores empíricos são pulso filiforme, ritmo cardíaco irregular e cianose.

O “Risco de sangramento” é considerado uma vulnerabilidade à redução no volume de sangue que pode comprometer a saúde (NANDA, 2015). E tem como indicadores empíricos hematoma, equimose, perdas sanguíneas e prova do laço positiva.

Correlacionando esses diagnósticos, pode-se elencar a dengue como uma doença que afeta o sistema vascular, tendo em vista que é uma infecção que se não tratada corretamente, pode evoluir para sua forma mais grave. Nesta condição haverá hemorrágica, que é causada pela extrema fragilidade capilar, que pode ser demonstrada através da prova do laço, essa fragilidade é decorrente do aumento de permeabilidade vascular, seguida de extravasamento plasmático (RODRIGUES, 2014). Ademais, a má função vascular endotelial, de acordo com Silva e Lucena (2011), pode causar equimoses, as quais causam alteração na colocação da pele e extravasamento de sangue para o espaço intersticial.

4.11) Regulação Térmica:

Figura 11. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Regulação Térmica. Cuité-PB, 2017.



Dados: Fonte da Pesquisa, 2017.

Regulação térmica é necessidade de obter equilíbrio entre a produção e a perda de energia térmica, com o objetivo de manter a temperatura corporal (GARCIA; CUBAS, 2012).

Ao que se refere aos diagnósticos elencados referente a regulação térmica, na Figura 11, temos: hipotermia, termorregulação ineficaz e hipertermia (NANDA, 2015).

A “hipotermia” é definida como a temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais (NANDA, 2015). E apresenta como indicador a pele fria e presença de calafrios.

Mencionando a “termorregulação ineficaz”, a flutuação da temperatura entre hipotermia e hipertermia (NANDA, 2015). Seu indicador empírico é a pele fria.

A “hipertermia” é a temperatura corporal elevada acima dos parâmetros normais. Apresenta como indicador empírico, a sudorese.

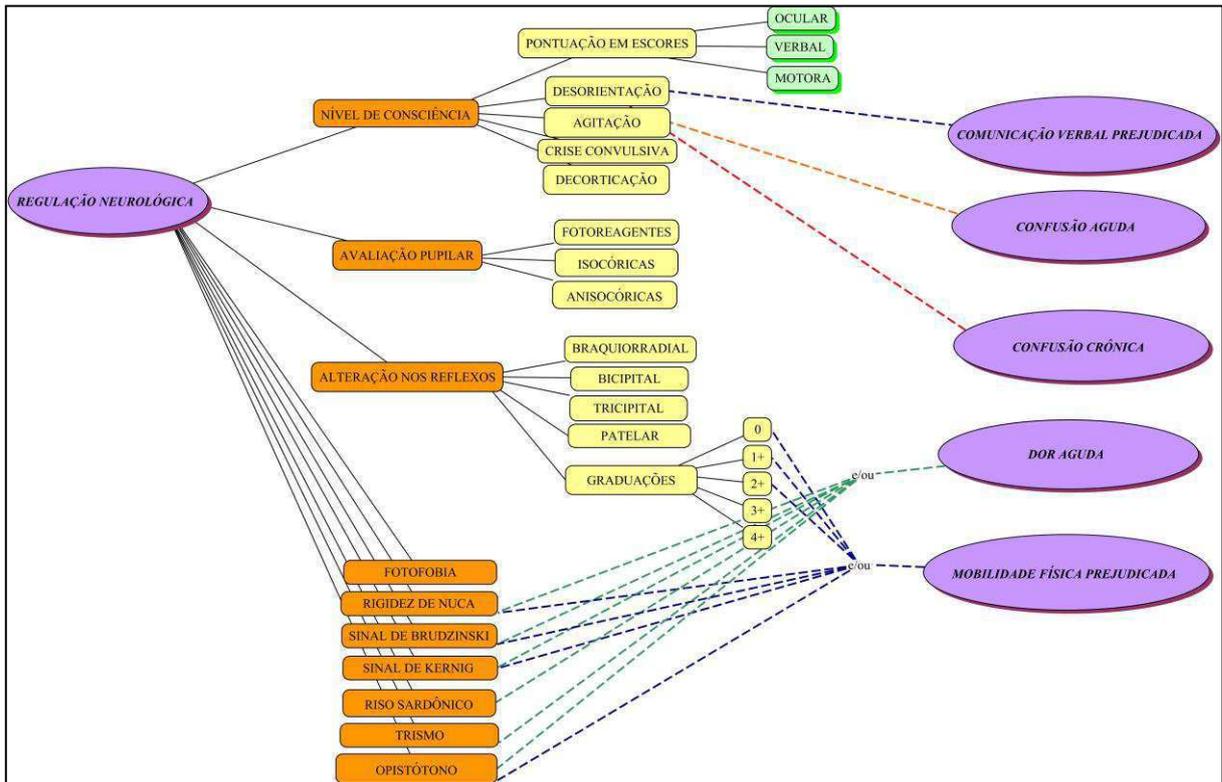
Quanto se remete a presença de febre, observa-se na maioria das doenças infecciosas, o fator que predispõe seu surgimento está relacionado a presença de agentes infecciosos, como vírus e/ou bactérias, os quais induzem as células do sistema imunológico a produzir substâncias que elevam a temperatura do corpo humano como um fator de proteção, alertando para a presença de fatores prejudiciais ao organismo (BRITO et al. 2014).

Um estudo realizado por Bernardi (2012) descreveu os sinais e sintomas prevalentes da leptospirose, que são a febre alta repentina, mal-estar, dor muscular especialmente na panturrilha, de cabeça e no tórax, hiperemia conjuntival, tosse, cansaço, calafrios, náuseas, diarreia, desidratação, exantemas e meningite.

A malária em seu período inicial é caracterizada por febre alta acompanhada de calafrios, suores e cefaleia, que ocorrem em padrões cíclicos a partir da segunda semana de doença, a depender da espécie do parasito infectante. Em alguns pacientes, sintomas prodrômicos também podem surgir, a exemplo de náuseas, vômitos, astenia, fadiga, anorexia (FILHO et al., 2013).

4.12) Regulação Neurológica:

Figura 12. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Regulação Neurológica. Cuité-PB, 2017.



Dados: Fonte da Pesquisa, 2017.

Regulação neurológica é a necessidade de preservar ou restabelecer o funcionamento do sistema nervoso, com vistas a controlar e coordenar as funções e as atividades do corpo e alguns aspectos do comportamento (GARCIA; CUBAS, 2012).

Na figura 12, concernente a necessidade de regulação neurológica, quatro diagnósticos de enfermagem surgiram após análises de distintos sinais e sintomas, os quais foram: comunicação verbal prejudicada, confusão aguda, dor aguda, e mobilidade física prejudicada.

A “comunicação verbal prejudicada” é expressa como a habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e/ou usar um sistema de símbolos (NANDA, 2015). Tem a desorientação como seu indicador empírico.

A “confusão aguda” tem por definição o início abrupto de distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que ocorrem durante um breve período de tempo (NANDA, 2015). E como seu indicador empírico tem a agitação.

Dor aguda” é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão, de início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos

de seis meses (NANDA, 2015). Sinal de brudzinsk, rigidez de nuca, sinal de kernig, riso sardônico, trismo e opistótono são seus indicadores empíricos.

A “mobilidade física prejudicada” é a limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades, e seus sinais podem estar ligados a amplitude limitada de movimento, capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras, movimentos descontrolados ou não coordenados (NANDA, 2015). Seus indicadores empíricos são rigidez de nuca, sinal de brudzinsk, sinal de kernig e opitótono.

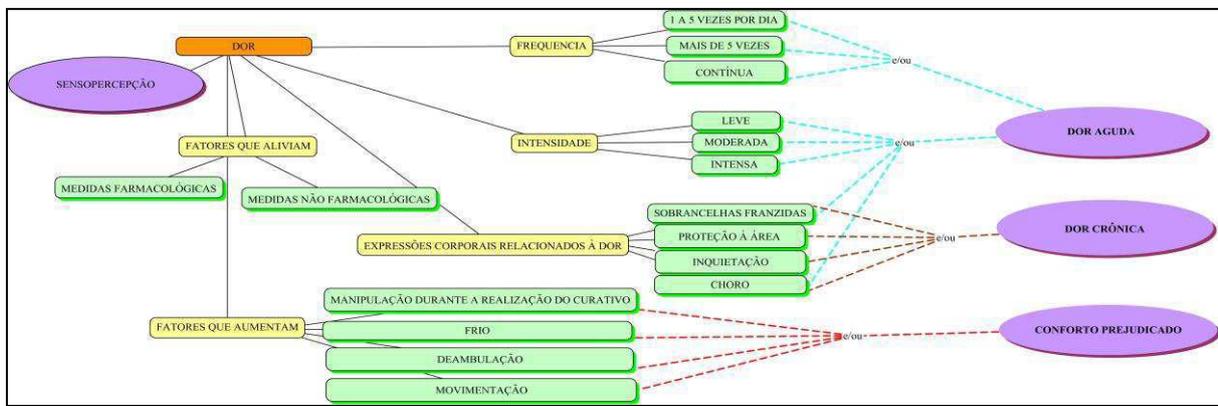
No que se refere aos sinais neurológicos, destaca-se a meningite, que caracteriza-se por febre, cefaleia intensa, náusea, vômito, rigidez de nuca, prostração e confusão mental, sinais de irritação meníngea, acompanhados de alterações do líquido cefalorraquidiano. Dependendo do grau de comprometimento encefálico, o paciente poderá apresentar também convulsões, paralisias, tremores, transtornos pupilares, hipoacusia e ptose palpebral (EMMERICK et al., 2014).

O botulismo apresenta sinais e sintomas que acompanham o início da infecção podem ser gastrointestinais ou neurológicos. Os sintomas neurológicos que surgem são a cefaleia, vertigem, tontura, visão turva, ptose palpebral, diplopia, disfagia, disartria e boca seca. O quadro neurológico propriamente dito se caracteriza por uma paralisia flácida motora descendente (JULIANO; CARDOSO, 2014).

Alguns indicadores empíricos relacionados a orientação, percepção de tempo, local e pessoa e para a avaliação das pupilas não estão ligados a diagnósticos de enfermagem. Isto é posto na NANDA, classe 2. Desta forma, sugerem-se estudos na área.

4.13) Sensopercepção:

Figura 13. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Sensopercepção. Cuité-PB, 2017.



Dados: Fonte da Pesquisa, 2017.

Sensopercepção é a necessidade de perceber e interpretar os estímulos sensoriais, com o objetivo de interagir com os outros e com o ambiente (GARCIA; CUBAS, 2012).

No eixo da sensopercepção, estão dispostos na Figura 13, os diagnósticos de enfermagem elencados referentes a Necessidade de Sensopercepção foram: “Conforto Prejudicado”, “Dor aguda” e “Dor crônica”.

O “conforto prejudicado” é definido como falta percebida de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e social

“, 2015). E seus indicadores empíricos são manipulação durante a realização de curativos, frio, deambulação e movimentação.

A “dor aguda” é a experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível (NANDA, 2015). Intensidade (leve, moderada e intensa) e frequência (1 a 5 vezes por dia, mais de 5 vezes e contínua) como seus indicadores empíricos.

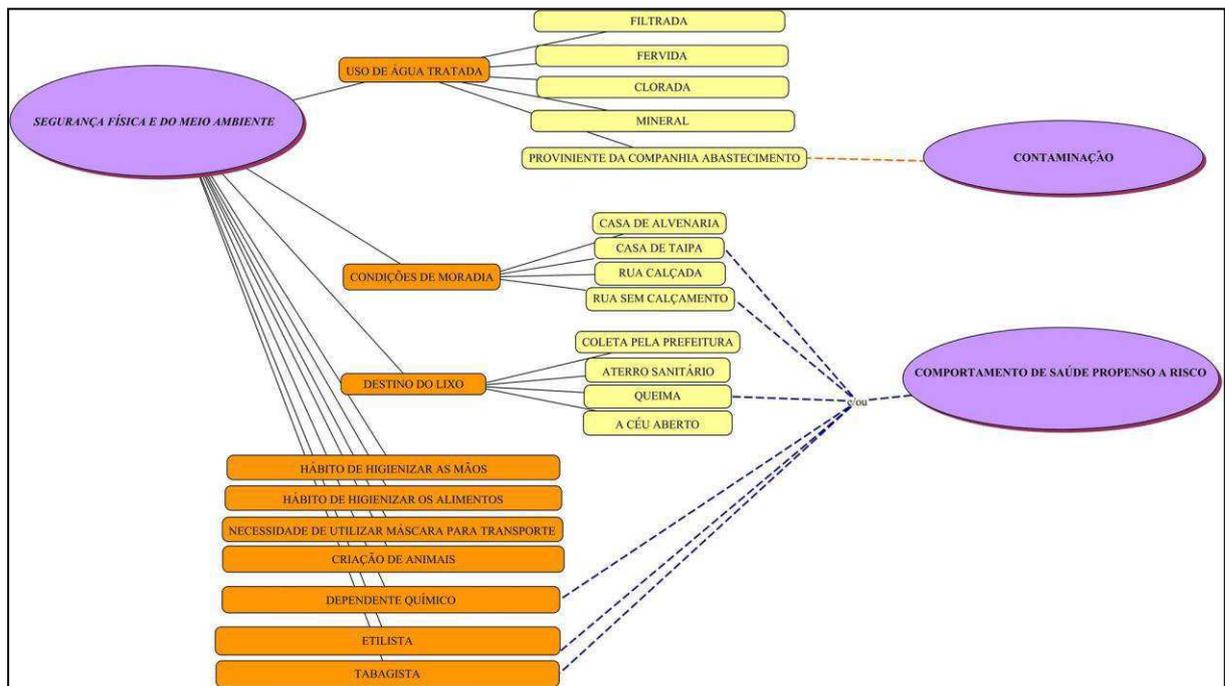
A “dor crônica” corresponde a experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão, início súbito ou lento, de qualquer intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem término antecipado ou previsível e com duração maior que três (>3) meses (NANDA, 2015). E sobrancelhas franzidas, proteção à área, inquietação e choro são definidas como seu indicador empírico.

Considerando uma resposta fisiológica a algum tipo de estímulo, e como no caso dos diagnósticos de “dor aguda” e “dor crônica” são nocivos, é importante destacar que a maioria das doenças infectocontagiosas apresentam esses sintomas, como exemplo a hanseníase e o tétano.

A avaliação clínica desses sinais e sintomas são imprescindíveis para encontrar uma terapêutica que traga resultados, como também é significativo que o paciente seja assistido de forma biopsicossocial, tendo em vista que alterações na sensopercepção afetam fatores sociais, culturais, de saúde e doença (SILVA; LUCENA, 2011).

4.14) Segurança Física e do Meio Ambiente:

Figura 14. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Segurança Física e do Meio Ambiente. Cuité-PB, 2017.



Dados: Fonte da Pesquisa, 2017.

Segurança física e do meio ambiente é a necessidade do indivíduo, da família e da coletividade de se proteger e de manter um meio ambiente livre de agentes agressores, visando preservar a segurança física e socioambiental (GARCIA; CUBAS, 2012).

A Figura 14 demonstra os diagnósticos de enfermagem relacionados a “Necessidade de Segurança Física e do Meio Ambiente”. Através da conexão dos distintos hábitos de saúde então elencados, os diagnósticos foram: “Contaminação” e “Comportamento de saúde propenso a risco”.

A “contaminação” é definido como a exposição a contaminantes ambientais em doses suficientes para causar efeitos adversos à saúde (NANDA, 2015). Seus indicadores são o uso de água tratada, fervida, filtrada, clorada, mineral e proveniente da companhia de

abastecimento, que relativamente o uso das água não filtrada, fervida ou clorada, pode trazer risco ao indivíduo que a manipular.

O “comportamento de saúde propenso a risco” é interpretado como a incapacidade de modificar estilo de vida/comportamentos de forma compatível com mudanças no estado de saúde (NANDA, 2015). Hábitos de higienizar as mãos e os alimentos, a criação de animais condições ambientais precárias, baixa condição econômica e excesso de álcool e tabaco, são seus indicadores empíricos.

A prevenção de algumas doenças infectocontagiosas está relacionada à manutenção de hábitos corretos de higiene e a presença de saneamento básico por onde a infecção desenvolve-se. A exemplo disso cita-se a hepatite A, dengue, leptospirose, etc.

Um estudo realizado por Oliveira et al. (2012), demonstrou que a ocorrência da Leptospirose ocorre decorrente do surto de inundações que assola as populações nos mais diversos estados do Brasil. A autora menciona ainda que é de suma importância que a população que reside em ambientes propensos a inundações evite entrar ou permanecer desnecessariamente em áreas alagadas ou enlameadas sem a devida proteção individual, bem como a adoção das medidas de desinfecção de domicílios após as enchentes, e descartar lixo em local adequado.

A febre tifoide é uma doença bacteriana aguda, que ocorre principalmente em locais de baixo nível socioeconômico, e precariedade de saneamento, higiene pessoal e ambiental. No Brasil, a infecção ocorre sob a forma endêmica, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, tendo em vista que essas regiões apresentam características ambientais e sociais para o surgimento. Os meios nos quais as bactérias se proliferam são: água, esgoto, água do mar, ostras e mariscos e leite e seus derivados. Também é conhecida como a “doença das mãos sujas” tem como prevenção a realização de métodos simples de higiene, como lavagem das mãos antes e após uso do banheiro, higienização e lavagem correta de alimentos, frutas, saneamento básico adequado, e limpeza e desinfecção de recipientes que armazenam água para consumo humano (BRASIL, 2010).

4.15) Terapêutica e Prevenção:

Figura 15. Diagnósticos de Enfermagem da Necessidade de Terapêutica e Prevenção. Cuité-PB, 2017.



Dados: Fonte da Pesquisa, 2017.

Terapêutica e prevenção é a necessidade de lidar com eventos do ciclo vital e situações do processo saúde e doenças, o que inclui buscar atenção profissional com o objetivo de promover, manter e recuperar a saúde, de prevenir doenças e agravos à saúde, readaptar ou habilitar funções (GARCIA; CUBAS, 2012).

Diante da análise da Figura 15, que se trata do diagnóstico de enfermagem relacionado a necessidade de Terapêutica e Prevenção, e com relação aos seus sinais e sintomas, foi elencado dos diagnósticos: “Risco de resposta alérgica” e “Contaminação”.

O “risco de resposta alérgica”, se trata do risco de uma resposta ou reação imunológica exagerada a substâncias (NANDA, 2015). Associando este diagnóstico aos seus indicadores empíricos que são reações alérgicas e efeitos colaterais, pode-se constatar que os fatores que podem desencadear essa ameaça são medicamentos, produtos químicos ou substâncias presentes no ambiente.

“Contaminação” se refere a uma síndrome, ocasionada pela transmissão de agentes etiológicos que afetam a saúde do indivíduo que o está ingerindo (NANDA, 2015). Os indicadores que podem estar relacionados a esse diagnóstico é a inserção de cateteres periféricos e doenças crônicas.

Relacionando situações ligadas a Necessidade de Terapêutica e Prevenção, pode-se destacar as dificuldades encontradas na adesão ao tratamento da tuberculose. Um estudo realizado por ALVES et al. (2012), demonstrou que o abandono do tratamento, se constitui um dos principais desafios para os profissionais que acompanham a terapêutica. Um dos fatores predisponentes é o não comparecimento do doente ao serviço de saúde por mais de trinta dias consecutivos, drogadição, situações de vulnerabilidade social, falta de acesso à

informação, ou até mesmo quando as ações de controle da doença não são embasadas na visão holística do paciente pelo próprio profissional. O autor ainda discorre que a falta de sucesso do tratamento, tendo como causa o abandono, ocasiona o prolongamento do estado infeccioso, aumentando os riscos de transmissão e desenvolvimento de bacilos multiresistentes, causando resistência aos medicamentos utilizados no tratamento.

Conclusões

Diante do estudo em questão, o qual objetivava a elaboração de Diagnósticos de Enfermagem relacionando as doenças infectocontagiosas, pode-se discernir que o escopo foi atingido, tendo em vista a utilização do NANDA como referência principal de pesquisa dos diagnósticos, onde este pode suprir o principal propósito deste estudo, através das pesquisas e associação aos sinais e sintomas de cada doença.

A elaboração de árvores de classificação permite uma visão mais rápida dos diferentes caminhos que certo diagnóstico pode tomar, tornando a decisão mais rápida e eficiente no processo de tomada de decisões, desenvolvendo um raciocínio clínico quanto à resolubilidade do problema.

Propõe-se que este estudo possa nortear os profissionais de enfermagem, levando-os a construir sua assistência e cuidados baseados nas etapas que formam o processo de enfermagem, pois no decorrer das pesquisas e estudos, pode-se perceber que a interligação das cinco etapas, torna a assistência mais precisa, contribui para o fortalecimento da profissão enquanto ciência, como também é o que norteia o raciocínio clínico e a tomada de decisão diagnóstica, de resultados e de intervenções.

As principais fragilidades encontradas no decorrer deste estudo foram à escassez de pesquisas recentes relacionadas ao tema em questão, tendo em vista que as mesmas pairavam principalmente pelos anos de 2009 a 2011, como também pesquisas relacionadas à conexão de doenças infectocontagiosas e os diagnósticos de enfermagem. Espera-se que este estudo possa motivar o desenvolvimento de outras pesquisas, em cenários correlatos ou distintos.

Destaca-se como principal limitação do estudo, o reduzido quantitativo de diagnósticos disponíveis na NANDA, o que ocasionou a não correlação com alguns indicadores empíricos. Desta forma, sugerem-se estudos futuros com a utilização de outros sistemas de classificação para a completude do raciocínio diagnóstico.

Ressalta-se a necessidade de ampliar a discussão sobre essa temática, no sentido de validar os diagnósticos de enfermagem traçados junto a equipes profissionais com experiência na área e com pacientes internados em clínicas da infectologia, possibilitando a implementação de um instrumento de coleta de dados fidedigno para a assistência prestada.

Referências

ABCMED, 2012. **Cianose: o que é?**. Disponível em: <<http://www.abc.med.br/p/pele-saudavel/297740/cianose+o+que+e.htm>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

ALBINI, R. M. N. et al. Conhecimento da enfermagem sobre cuidados a pacientes disfágicos internados em unidade de terapia intensiva. **Rev. CEFAC**, v.15, n.6, p.1512-1524, nov./dez.2013.

ALVES, R. S. et al. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.3, p.650-7, jul./set.2012.

AMORIM, D.S.; MARCUCCI, R.M.B. Raciocínio clínico aplicado ao Processo de Enfermagem: revisão integrativa. **Rev Enferm UNISA**, v.12, n.1, p. 43-7, 2011.

ANDRADE, L. L. Validação de um histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. 2016, 201f. **Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem**, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

ANTUNEZ, M. E. M.; MATHIAS, C. R. J. C. Saúde oral e doenças sexualmente transmissíveis. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 78-79, abril 2013.

ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.21, n.4, p. 533-38, out./dez. 2012.

ASSIS, T. R. et al. Efeito de um programa de exercícios para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico de múltiparas. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.35, n.1, p.10-15, 2013.

BARRETO, M. L. et al. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. **The Lancet**. p. 47-60, 2011.

BASÍLIO, I. L. D. et al. Análise do líquido ascítico de pacientes portadores de doença hepática. **Revista Saúde e Ciência**, v.5, n.1, p.23-36, 2016.

BASTOS, A. Q. et al. Produção científica sobre dst/hiv/aids: análise de periódicos de enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 26, n. 1, p. 423-435, jan./abr. 2012.

BALDAN, S. S.; SANTOS, B. M. O. Hanseníase: uma abordagem na perspectiva de promoção de saúde. **Hansenologia Internationalis**, v. 37, n.2, p.11-21, 2012.

BERNARDI, I. Leptospirose e saneamento básico. 2012, 18f. **Monografia apresentada a Especialização em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina**, como requisito parcial para Obtenção do título de Especialista em Saúde Pública. Florianópolis, 2012.

BEZERRA, M. P. F. et al. Uma reflexão sobre o botulismo alimentar (*Clostridium botulinum*). **Revista Desafios**, v. 03, n. 02, 2016.

BITTENCOURT, G. K. G. D.; CROSSETTI, M. G. O. Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.2, p.341-347, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde – SUS – Cólera. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/cólera> Acesso em: 05 fev. 2017.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n.º 311, de 8 de fevereiro de 2017**. Dispõe sobre a aprovação a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Acesso em: 15 de mar de 2017.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n.º 514**, de 05 de maio de 2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem. Brasília, 2016.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n.º 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, seção 1, 23 de out. 2009.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n.º 429, de 15 de fevereiro de 2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte- tradicional ou eletrônico. Diário Oficial da União, Brasília, seção 1, n. 110, 8 de jun. 2012.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. **Indicadores de Mortalidade por doenças transmissíveis**. DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c17.def>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

BRASIL, Ministério da saúde. **Portal da Saúde – SUS – Varicela**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/varicela-herpes-zoster> Acesso em: 05 fev. 2017.

BRITO, L. B. M. et al. Febre amarela: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, V. 08, n. 03, p.61-65, Set./Nov. 2014.

BRITO, J. C. et al. Saúde, subjetividade e trabalho: o enfoque clínico e de gênero. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v.37, n.126, p.316-329, 2012.

BRUM, A. K. R. et al. Programa para cuidadores de idosos com demência: relato de experiência. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.66, n.4, p.619-624, jul./ago. 2013.

CARDOSO, C. G.; HENNINGTON, E. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p. 85-112, 2011.

CAMARA, T. N. L. Arboviroses emergentes e novos desafios para a saúde pública no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.50, n.36, 2016.

CAVALCANTE, A. C. S. et al. A clínica do idoso em situação de vulnerabilidade e risco de suicídio. **Revista Trivium Est. Interd**, v.1, p.74-87, 2015.

CHAVES, L. D. P.; TANAKA, O. Y. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.5, p. 1274-278, 2012.

CHAVES, D. B. R. Árvores de decisão para inferência de desobstrução ineficaz de vias aéreas e respiratório ineficaz de crianças com infecção respiratória aguda. 2011. 96 f. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará**. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2011.

CORREIRA, T. M. P et al. Perfil dos idosos em situação de violência atendidos em serviço de emergência em Recife-PE. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.529-536, 2012.

COSTA, P. B. et al. Construção e validação de manual educativo para a promoção do aleitamento materno. **Rev Rene.**, v.14, n.6, p.1160-7, 2013.

CUBAS, M. R.; SILVA S. H.; ROSSO M. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. **Rev. Eletr. Enf**, v.12, n. 1, p. 186-94, 2010.

DIAS, J. C. P. et al. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.25, n.7, p.86, 2016.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.21, n.4, p. 529-32, out./dez. 2012.

DONALISIO, M. R.; FREITAS, A. R. R. Chikungunya no Brasil: um desafio emergente. **Rev bras epidemiol**, v.18, n.1, p.283-5, jan./mar. 2015.

EMMERICK, I. C. M. et al. Estimativas corrigidas de casos de meningite, Brasil 2008-2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.23, n.2, p.215-226, abr./jun. 2014

FERRI, A. O. et al. Diagnóstico da tuberculose: uma revisão. *Revista Liberato*, Novo Hamburgo, v. 15, n. 24, p.105-212, jul./dez. 2014.

FERREIRA, G. G.; AGUINSKY, B. G. Movimentos sociais de sexualidade e gênero: análise do acesso às políticas públicas. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 223-232, jul./dez. 2013.

FUNCHAL, J. P.; MADSEN, C. A.; ADAMATTI, D. F. Classificação Automática de dados para a descoberta de conhecimentos: um estudo de caso para classificação de risco na área da saúde. **Revista Brasileira de Computação Aplicada**, Passo Fundo, v.7, n. 2, p. 41-51, 2015.

GARCIA, T. R.; CUBAS, M. C. Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem: subsídios para a sistematização da prática profissional. **Elsevier**, Rio de Janeiro, 2012.

JESUS, H. S. et al. Investigação de surto de sarampo no Estado do Pará na era da eliminação da doença no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.10, p.2241-2246, out. 2015.

JULIANO, J. A. F.; CARDOSO, A. M. Clostridium botulinum e suas toxinas: uma reflexão sobre os aspectos relacionados ao botulismo de origem alimentar. **Estudos**, Goiânia, v. 41, n. 3, p. 657-670, jul./set. 2014.

LASTÓRIA, J. C.; ABREU, M. A. M. M. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. **Diagn Tratamento**, v.17, n.4, p.173-179, 2012.

LUZIA, M. F.; VICTOR, M. A. G.; LUCENA, A. F. Diagnóstico de enfermagem risco de quedas: prevalência e perfil clínico de pacientes hospitalizados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 22, n. 2, p. 262-68, mar./abr. 2014.

LIMA, F. C. L. et al. Contribuição da documentação eletrônica de enfermagem para aferição dos custos dos cuidados de higiene corporal. **Journal Health Informatics**, São Paulo, v.4, p.108-13, dez, 2012.

MAIA, C. et al. Estudo Clínico-Epidemiológico da Infecção Complicada por Vírus Varicela-Zoster na Idade Pediátrica. **Acta Med Port**, v. 28, n.6, p. 741-748, Nov./Dez. 2015.

MARTINO, M. M. F. et al. Análise da aplicação do processo de enfermagem em um hospital governamental. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.8, n.5, p. 1247-253, mai. 2014.

MARTINS L. C. G. et al. Árvore de classificação para avaliação de estilo de vida sedentário entre hipertensos. **Invet Educ Enferm**, Medellín, v.34, n.1, p. 113-119, jan/abr. 2016.

MARTINS Q. C. S. et al. Definições conceituais e operacionais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem débito cardíaco diminuído. **Rev Enferm UFSM**, v.2, n.2, p.420-433, mai./ago. 2012.

MATA L. R. F. et al. Elaboração de diagnósticos e intervenções à luz de diferentes sistemas de classificações de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n.6, p. 1512-18, 2012.

MAZONI S. R. et al. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e a contribuição brasileira. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 2, p. 285-9, 2010.

MEDEIROS, A. L. Uso da Tecnologia da Informação Móvel e Sem Fio para a Sistematização da Assistência de Enfermagem na Área Obstétrica. 2016. 184f. **Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde**, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa (PB) – 2016.

MOTA L. Sistemas de informação de enfermagem: um estudo sobre a relevância da informação para os médicos [Dissertação]. **Faculdade de Medicina da Universidade do Porto**; Portugal, 2010.

MONTEIRO, D. R. et al. Estudos sobre validação de conteúdo em interface com os sistemas de classificação de enfermagem: revisão de literatura. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.7, p. 4130-137, 2013.

MOTA, A. M.; COSTA, F. A. C. Óbitos e internações relacionados ao vírus varicela-zoster antes da introdução da vacinação universal com a vacina tetravalente. **J. Pediatria**, Porto Alegre, v.92, n.4, jul./ago. 2016.

NANDA, DIAGNÓSTICO DE ENFERMGEM: definições e classificações. **Artmed**, Brasil, 10º ed., p. 488, 2015-2017.

OLIVEIRA, B. G. R. B. et al. Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de Reparo de Feridas. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v.14, n.1, p.156-63, jan./mar. 2012.

ORTIZ, R. C.; ANVERSA, L. Epidemiologia da leishmaniose visceral em Bauru, São Paulo, no período de 2004 a 2012: um estudo descritivo. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.24, n.1, Jan./Mar. 2015.

PASCOAL L. M. et al. Troca de gases prejudicada: acurácia das características definidoras em crianças com infecção respiratória aguda. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Universidade Federal do Maranhão, 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. **Artmed**, Porto Alegre, 2011.

ROCHA, T. J. M. et al. Aspectos epidemiológicos dos casos humanos confirmados de leishmaniose tegumentar americana no Estado de Alagoas, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, v.6, n.4, p.49-54, 2015.

RODRIGUES, F. M. Estudo retrospectivo sobre casos de dengue no município de iporá–goiás (2009 A 2013). 2014, 28f. **Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás**. Goiânia, 2014.

ROSSETTO, E. V.; LUNA, E. J. A. Aspectos clínicos dos casos de influenza A(H1N1)pdm09 notificados durante a pandemia no Brasil, 2009-2010. **Einstein**, v.13, n.2, p.177-182, 2015.

SAMPAIO, R. S. et al. A classificação das intervenções de Enfermagem na prática clínica de enfermeiros brasileiros. **Acta Paul Enferm**, v.24, n.1, p.120-6, 2011.

SANTANA, J. S. et al. Indicadores empíricos para consulta de enfermagem de pacientes hipertensos em unidades de saúde da família. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.8, n.7, p.1947-1955, jul. 2014.

SANTOS, A. P. S. et al. Diagnósticos de enfermagem de recém-nascidos com sepse em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.22, n.2, p. 255-261, mar./abr. 2014.

SANTOS, J. L. G. et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.66, n.2, p.257-63, mar./abr. 2013.

SANTOS, J. S.; LIMA, L. M.; MELO, I. A. Sistematização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva: revisão bibliográfica. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Aracaju, v.2, n.2, p. 45-58, 2014.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.64, n.2, p. 355-58, mar./abr. 2011.

SANTOS, W. N. Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. **J Manag Prim Health Care**, v.5, n.2, p. 153-58, 2014.

SCHAURICH, D.; CROSSETT, M. G. O. Produção do conhecimento sobre teorias de Enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v.14, n.1, p. 182-88, 2010.

SILVA, K. L. Desenvolvimento de um Software para Apoio á Tomada de Decisão na Identificação de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem. 2014. 215f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

SILVA, E. R. R. S. et al. **Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas**. p.336, Artmed, Porto Alegre, 2011.

SILVA, A. K. L. S. Diversidade sexual e de gênero: a construção do sujeito social. **Rev. NUFEN [online]**. v.5, n.1, p.12-25, Jan./Jul. 2013.

SILVEIRA, R. C. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. Avaliação de enfermagem ao adulto e idoso e teoria das necessidades humanas básicas: uma reflexão. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.8, n.10, p. 3525-32, out. 2014.

SIMÕES, S. et al. Qualidade de vida dos portadores de hanseníase num município de médio porte. **Medicina**. Ribeirão Preto, v.49, n.1, p.60-67, 2016.

SOUZA T. L. et al. Necessidades humanas básicas alteradas em pacientes pós-transplante renal: estudo transversal. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 15, n. 2, p. 265-275, jun. 2016.

TENURRE, M. C. **Construção e avaliação da aplicabilidade de um software com o processo de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva para adultos**. 2012. 324f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

VILAÇA, M. L. C. Pesquisa e ensino: considerações e reflexões. **E-scrita**, Revista do Curso de Letras da UNIABEU - Nilópolis, v.I, n.2, Mai./Ago. 2010.

VITORINO, R. R. et al. Esquistossomose mansônica: diagnóstico, tratamento, epidemiologia, profilaxia e controle. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v.10, n.1, p. 39-45, jan./fev. 2012.

Anexos

ANEXO A

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PARA INDIVÍDUOS HOSPITALIZADOS COM DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS		
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
Data do atendimento: ___/___/___ Data de admissão: ___/___/___ Enfermaria: _____ Leito: _____		
Nome: _____		
Data de nascimento: ___/___/___ Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Estado civil: _____		
Profissão: _____ Procedência: _____		
Motivo de internação: _____		
Diagnóstico médico: _____		
SINAIS VITAIS E DADOS ANTROPOMÉTRICOS		
Temperatura axilar: _____ °C Frequência de pulso: _____ bpm Frequência cardíaca: _____ bpm		
Pressão arterial: _____ mmHg Frequência respiratória: _____ irpm Saturação de oxigênio: _____ %		
Peso: _____ kg Altura: _____ cm Circunferência abdominal: _____ cm		
AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS		
Necessidades psicobiológicas		
Oxigenação		
Respiração: <input type="checkbox"/> superficial <input type="checkbox"/> profunda Tosse: <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> produtiva Expectoração: <input type="checkbox"/> espessa <input type="checkbox"/> hemóptica <input type="checkbox"/> purulenta		
Murmúrios vesiculares: <input type="checkbox"/> presentes <input type="checkbox"/> ausentes <input type="checkbox"/> diminuídos, localização: _____		
Ruídos adventícios: <input type="checkbox"/> roncos <input type="checkbox"/> sibilos <input type="checkbox"/> creptos finos <input type="checkbox"/> creptos grossos, localização: _____		
<input type="checkbox"/> Uso de traqueostomia <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Retração intercostal		
Hidratação		
<input type="checkbox"/> Ascite <input type="checkbox"/> Edema: <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+ Localização: _____		
Nutrição		
<input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Refluxo gástrico <input type="checkbox"/> Eructação <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Hepatomegalia		
Apetite: <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> diminuído <input type="checkbox"/> normal Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> total <input type="checkbox"/> parcial (<input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75%) <input type="checkbox"/> não aceita dieta oral Uso de sonda: <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE Abdômen: <input type="checkbox"/> distendido <input type="checkbox"/> flácido <input type="checkbox"/> globoso <input type="checkbox"/> volumoso <input type="checkbox"/> plano		
Maciez: <input type="checkbox"/> QSD <input type="checkbox"/> QSE <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> QIE Timpanismo: <input type="checkbox"/> QSD <input type="checkbox"/> QSE <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> QIE		
<input type="checkbox"/> Intolerância alimentar, tipo: _____		
Eliminação		
<input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Piúria <input type="checkbox"/> Hematúria		
<input type="checkbox"/> Incontinência urinária <input type="checkbox"/> Retenção urinária <input type="checkbox"/> Incontinência fecal <input type="checkbox"/> Uso de fraldas		
Uso de sonda: <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> SNG aberta <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Flatulência <input type="checkbox"/> Tenesmo <input type="checkbox"/> Vômito		
Urina: <i>coloração</i> (<input type="checkbox"/> transparente <input type="checkbox"/> âmbar <input type="checkbox"/> laranja) <i>odor:</i> (<input type="checkbox"/> característico <input type="checkbox"/> fétido)		
Feces: <i>coloração</i> (<input type="checkbox"/> marrom <input type="checkbox"/> amarela <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> cinza) <input type="checkbox"/> enterorragia <input type="checkbox"/> melena, <i>consistência:</i> (<input type="checkbox"/> macia <input type="checkbox"/> líquida <input type="checkbox"/> endurecida), <i>odor:</i> (<input type="checkbox"/> característico <input type="checkbox"/> fétido), <i>frequência de eliminação:</i> _____ vezes ao dia		
Sono e repouso		
Sono e repouso: <input type="checkbox"/> satisfatório <input type="checkbox"/> prejudicado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência		
<input type="checkbox"/> Utilização medicamentos auxiliares do sono, quais: _____		
Atividade física		
Deambulação: <input type="checkbox"/> não deambula <input type="checkbox"/> deambula sozinho <input type="checkbox"/> com ajuda (<input type="checkbox"/> terceiros <input type="checkbox"/> muletas <input type="checkbox"/> bengalas)		
<input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Atrofia muscular <input type="checkbox"/> Paralisia <input type="checkbox"/> Parestesia Movimento corporal: <input type="checkbox"/> diminuído <input type="checkbox"/> aumentado		
Força motora: <input type="checkbox"/> Grau 0 <input type="checkbox"/> Grau 1 <input type="checkbox"/> Grau 2 <input type="checkbox"/> Grau 3 <input type="checkbox"/> Grau 4 <input type="checkbox"/> Grau 5		
Segmentos comprometidos: _____		
Sexualidade e reprodução		
<input type="checkbox"/> Vida sexual ativa Relacionamento: <input type="checkbox"/> homossexual <input type="checkbox"/> bissexual <input type="checkbox"/> heterossexual		
Utilização de métodos contraceptivos: <input type="checkbox"/> camisinha <input type="checkbox"/> pílula <input type="checkbox"/> outros, quais: _____		
Cuidado corporal		
Higiene corporal: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> prejudicada Higiene íntima: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> prejudicada		
Higiene oral: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> prejudicada <input type="checkbox"/> Cáries <input type="checkbox"/> Falhas dentárias <input type="checkbox"/> Uso de prótese dentária <input type="checkbox"/> Halitose		
Dependência do autocuidado: <input type="checkbox"/> total <input type="checkbox"/> parcial (<input type="checkbox"/> banhar-se <input type="checkbox"/> arrumar-se <input type="checkbox"/> vestir-se <input type="checkbox"/> alimentar-se)		
<input type="checkbox"/> Seborreia <input type="checkbox"/> Alopecia, localização: _____		
Integridade física		
Turgor da pele/elasticidade da pele: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> diminuída <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Fístula		
<input type="checkbox"/> Lesões, localização: _____		
Exantema: (<input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Mácula <input type="checkbox"/> Pápula <input type="checkbox"/> Vesícula <input type="checkbox"/> Pústula) <input type="checkbox"/> Crosta		
Manchas: <input type="checkbox"/> hiperocrômicas <input type="checkbox"/> hipocrômicas <input type="checkbox"/> hiperemiadas Sensibilidade das lesões: <input type="checkbox"/> dolorosa <input type="checkbox"/> tátil <input type="checkbox"/> térmica		
<input type="checkbox"/> Lesão por pressão: <input type="checkbox"/> estágio 1 <input type="checkbox"/> estágio 2 <input type="checkbox"/> estágio 3 <input type="checkbox"/> estágio 4 <input type="checkbox"/> não classificável <input type="checkbox"/> tissular profunda		

continuação
Avaliação das feridas: <i>leito</i> (<input type="checkbox"/> granulação <input type="checkbox"/> fibrina <input type="checkbox"/> necrose de coagulação <input type="checkbox"/> necrose de liquefação) <i>bordas</i> (<input type="checkbox"/> distintas <input type="checkbox"/> indistintas <input type="checkbox"/> maceradas) <i>fase de cicatrização</i> (<input type="checkbox"/> inflamatória <input type="checkbox"/> proliferativa <input type="checkbox"/> maturação) <i>exsudato - coloração</i> (<input type="checkbox"/> seroso <input type="checkbox"/> hemático <input type="checkbox"/> serohemático <input type="checkbox"/> purulento) <i>odor</i> (<input type="checkbox"/> característico <input type="checkbox"/> fétido <input type="checkbox"/> pútrido) <i>quantidade</i> (<input type="checkbox"/> pouco <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> abundante) Tratamento: limpeza: _____ e cobertura: _____
Regulação vascular Pulso: <input type="checkbox"/> cheio <input type="checkbox"/> filiforme Perfusão periférica: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> diminuída Ritmo cardíaco: <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> irregular Bulhas cardíacas: <input type="checkbox"/> normofonéticas <input type="checkbox"/> hipofonéticas <input type="checkbox"/> hiperfonéticas (<i>focos auscultados:</i> <input type="checkbox"/> pulmonar <input type="checkbox"/> aórtico <input type="checkbox"/> tricúspide <input type="checkbox"/> mitral) <input type="checkbox"/> Equimose <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Cianose Prova do laço: <input type="checkbox"/> positiva <input type="checkbox"/> negativa <input type="checkbox"/> Perdas sanguíneas, localização: _____
Regulação térmica <input type="checkbox"/> Pele fria <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Sudorese (<input type="checkbox"/> manhã <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noite)
Regulação neurológica Nível de consciência: <i>pontuação dos escores</i> (ocular[] verbal[] motora[]) <input type="checkbox"/> Desorientação <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Crise convulsiva <input type="checkbox"/> Decorticação Avaliação pupilar: <input type="checkbox"/> pupilas fotorreagentes <input type="checkbox"/> isocóricas <input type="checkbox"/> anisocóricas Alteração nos reflexos: <input type="checkbox"/> braquiorrádial <input type="checkbox"/> bicipital <input type="checkbox"/> tricipital <input type="checkbox"/> patelar Gradações: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+ <input type="checkbox"/> Fotofobia <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca <input type="checkbox"/> Sinal de Brudzinski <input type="checkbox"/> Sinal de Kerning <input type="checkbox"/> Riso sardônico <input type="checkbox"/> Trismo <input type="checkbox"/> Opistótono
Sensopercepção <input type="checkbox"/> Dor, localização: _____ Frequência: <input type="checkbox"/> 1 a 5 vezes por dia <input type="checkbox"/> mais de 5 vezes <input type="checkbox"/> contínua Intensidade: <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> intensa Expressões corporais relacionadas à dor: <input type="checkbox"/> sobrancelhas franzidas <input type="checkbox"/> proteção à área <input type="checkbox"/> inquietação <input type="checkbox"/> choro Fatores que aliviam: <input type="checkbox"/> medidas farmacológicas <input type="checkbox"/> medidas não farmacológicas, quais: _____ Fatores que aumentam: <input type="checkbox"/> movimentação <input type="checkbox"/> deambulação <input type="checkbox"/> frio <input type="checkbox"/> manipulação durante a realização do curativo
Segurança física e do meio ambiente Uso de água tratada: <input type="checkbox"/> filtrada <input type="checkbox"/> fervida <input type="checkbox"/> clorada <input type="checkbox"/> mineral <input type="checkbox"/> proveniente da companhia de abastecimento Condições de moradia: <input type="checkbox"/> casa de alvenaria <input type="checkbox"/> casa de taipa <input type="checkbox"/> rua calçada <input type="checkbox"/> rua sem calçamento Destino do lixo: <input type="checkbox"/> coleta pela prefeitura <input type="checkbox"/> aterro sanitário <input type="checkbox"/> queima <input type="checkbox"/> a céu aberto <input type="checkbox"/> Hábito de higienizar as mãos <input type="checkbox"/> Hábito de higienizar os alimentos <input type="checkbox"/> Necessidade utilizar máscaras para transporte <input type="checkbox"/> Criação de animais, quais: _____ <input type="checkbox"/> Dependente químico, tipo de dependência: _____ <input type="checkbox"/> Etilista, desde quando: _____ frequência de consumo ao dia: _____ <input type="checkbox"/> Tabagista, desde quando: _____ frequência de consumo ao dia: _____
Terapêutica e prevenção <input type="checkbox"/> Reações alérgicas <input type="checkbox"/> Efeitos colaterais <input type="checkbox"/> Efeitos adversos, descrição: _____ <input type="checkbox"/> Doenças crônicas, descrição: _____ <input type="checkbox"/> Sinais flogísticos de inserção dos cateteres <input type="checkbox"/> Situações que interferem no tratamento, descrição: _____
Necessidades psicossociais
Comunicação <input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Disartria Uso de linguagem: <input type="checkbox"/> verbal <input type="checkbox"/> não verbal <input type="checkbox"/> Respostas desconexas Interação com as pessoas: <input type="checkbox"/> pouco comunicativo <input type="checkbox"/> comunicativo <input type="checkbox"/> Habilidades para escrever
Gregária Quem reside na casa/apto: <input type="checkbox"/> mora sozinho <input type="checkbox"/> familiares <input type="checkbox"/> amigos Número de pessoas com quem reside: [] <input type="checkbox"/> Desejo de participar de atividades cotidianas Quem mais auxilia no tratamento: <input type="checkbox"/> familiares <input type="checkbox"/> amigos
Segurança emocional <input type="checkbox"/> Agressividade <input type="checkbox"/> Angústia <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Apatia <input type="checkbox"/> Carência afetiva <input type="checkbox"/> Choro <input type="checkbox"/> Desejo de se isolar <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Desejo de morrer <input type="checkbox"/> Inconstância de humor <input type="checkbox"/> Irritabilidade <input type="checkbox"/> Sentimento de estigma e preconceito <input type="checkbox"/> Tristeza <input type="checkbox"/> Medo/fobia, descrição: _____
Autoestima, autoconfiança e autorrespeito <input type="checkbox"/> Falta de autoconfiança Atitudes relacionadas à autoimagem: _____ Percepções sobre a autoimagem: _____ Fontes de motivação: _____ Atributos positivos em si mesmo: _____
Educação para a saúde e aprendizagem Nível de escolaridade: <input type="checkbox"/> não alfabetizado <input type="checkbox"/> ensino fundamental <input type="checkbox"/> ensino médio <input type="checkbox"/> graduação <input type="checkbox"/> pós-graduação Experiências anteriores: <input type="checkbox"/> doenças <input type="checkbox"/> cirurgias <input type="checkbox"/> tratamentos, descrição: _____ Conhecimento sobre problema de saúde: <input type="checkbox"/> nenhum <input type="checkbox"/> diagnóstico <input type="checkbox"/> como adquiriu <input type="checkbox"/> forma de transmissão <input type="checkbox"/> sinais e sintomas <input type="checkbox"/> ação dos medicamentos O que a família sabe sobre o problema de saúde: <input type="checkbox"/> nada <input type="checkbox"/> diagnóstico <input type="checkbox"/> como adquiriu <input type="checkbox"/> forma de transmissão <input type="checkbox"/> sinais e sintomas <input type="checkbox"/> ação dos medicamentos
Necessidades psicoespirituais
Religiosidade e espiritualidade

Crenças: espirituais religiosas culturais Necessidade da presença de um líder espiritual
Religião: católica evangélica adventista testemunha de jeová candomblé outras, _____

ANEXO B

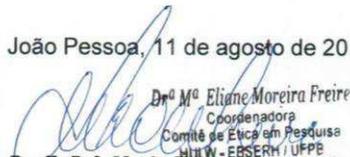


UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS-CEP

**CERTIDÃO**

Com base na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, do Ministério da Saúde, que regulamenta a ética na pesquisa em seres humanos, **certificamos** que o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW, da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, em Reunião Ordinária realizada no dia 26 de julho 2016, **APROVOU** o Relatório final da pesquisa intitulada “VALIDAÇÃO DE UM HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PARA INDIVÍDUOS HOSPITALIZADOS COM DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS”, da pesquisadora Lidiane Lima de Andrade, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE nº 43249115.7.5183, conforme Parecer CEP/HULW nº 1.663.005, tendo a citada pesquisa sido concluída e enviada à Plataforma Brasil.

João Pessoa, 11 de agosto de 2016.


Dr^a M^a Eliane Moreira Freire
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
HULW - EBSERH / UFPB

Prof. Dr. Maria Eliane Moreira Freire
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW – 4º andar. Campus I – Cidade Universitária.
Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900 CNPJ: 24098477/007-05
Fone: (83) 32167964 — Fone/fax: (083)32167964 E-mail – comitedeetica@hulw.ufpb.br