

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

SONCIARAI MARTINS BALDIN

**NECESSIDADES HUMANAS E DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM
HIV/AIDS EM UTI**

**FLORIANÓPOLIS
2010**

SONCIARAI MARTINS BALDIN

**NECESSIDADES HUMANAS E DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM
HIV/AIDS EM UTI**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.
Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

Orientadora: Dr^a. Maria Bettina Camargo Bub

**FLORIANÓPOLIS
2010**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

B177n Baldin, Sonciarai Martins
Necessidades humanas e diagnósticos de enfermagem na
assistência a pessoas com HIV/aids em UTI. 2 [dissertação] /
Sonciarai Martins Baldin ; orientadora, Maria Bettina Camargo
Bub. - Florianópolis, SC, 2010.

137 p. tabs., figuras, quadros

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Necessidades básicas. 3. Diagnóstico
de enfermagem. 4. HIV (Vírus). 5. Cuidados com os doentes.
I. Bub, Maria Bettina Camargo. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III.
Titulo.

CDU 616-083

SONCIARAI MARTINS BALDIN

**NECESSIDADES HUMANAS E DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM
HIV/AIDS EM UTI**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 20 de outubro de 2010, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.

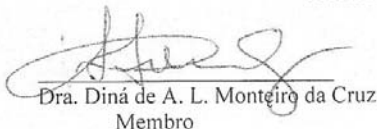


Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

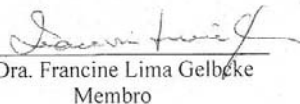
Banca Examinadora:



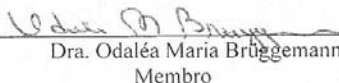
Dra. Maria Bettina Camargo Bub
Presidente



Dra. Diná de A. L. Monteiro da Cruz
Membro



Dra. Francine Lima Gelbcke
Membro



Dra. Odaléa Maria Brüggemann
Membro

AGRADECIMENTOS

À Deus...

À minha Família: meus pais, José e Arlete, minha irmã, Clarissa e minha sogra, Cida, por sempre serem um porto seguro.

À Família do coração, minhas amigas e amigos: Melissa, Francine, Silvana, Kênia, Carla e Ramon, Eduardo, Leandro e Gustavo pelos momentos juntos e por fazerem parte da minha vida.

As amigas Joéli e Roberta, em especial, pelo incentivo, por me ouvirem e pelas direções apontadas...

A amiga Soraia, por sempre ser uma referência para mim.

À Orientadora Bettina, por me fazer ver as coisas com um outro olhar, por me permitir parar e pensar...

Aos membros das bancas, professoras: Dr^a. Odaléa Maria Brüggemann, Dr^a. Diná de A. L. Monteiro da Cruz, Dr^a. Francine Lima Gelbcke, Dr^a. Betina Meireles e à Doutoranda Rode Dilda Machado da Silva.

As professoras Dr^a. Silvia Nassar, Dr^a. Rosany M. Dufloth, Dr^a. Grace Dal Sasso, Dr^a. Sayonara Barbosa, Dr^a. Maria de Lourdes de Souza pelos conhecimentos adquiridos sobre a pesquisa quantitativa.

À enfermeira Tatiane, pela amizade, pelo carinho e pelo apoio enquanto trabalhamos juntas na UTI.

A toda a equipe da UTI do HNR, em especial, Adriana, Aline, Karyne, Márcia, Cristiane, Fernanda, Gilda, Patrícia Paizano, Marta e Valéria.

A direção do HNR por permitir realização do estudo.

As colegas do mestrado, em especial, Suelen, Fernanda e Janelice, por dividirem inquietações, que eram minhas também e por aprendermos juntas...

Aos colegas do NEFIS, em especial Patrícia, por sua serenidade e pelas agradáveis conversas...

À Claudia e Francini da PEN.

Ao apoio financeiro do CNPq.

A uma pessoa muito especial em minha vida: Sávio, por me amar, entender e respeitar, incondicionalmente, e por ter me esperado...

E a todos os demais que me acompanharam e que em algum momento contribuíram para a realização desse estudo...

Obrigada!

BALDIN, Sonciarai Martins. **Necessidades humanas e diagnósticos de enfermagem na assistência a pessoas com HIV/aids em UTI**. 2010. 137 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Orientadora: Dr^a. Maria Bettina Camargo Bub

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

RESUMO

Assistir pessoas com HIV/aids internadas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um desafio para enfermeiros e enfermeiras, tal é a gravidade da condição de saúde e a complexidade da assistência requerida. O processo de enfermagem e o diagnóstico de enfermagem como uma de suas etapas é a ferramenta utilizada por enfermeiros e enfermeiras para direcionar o cuidado. O objetivo da pesquisa foi descrever as necessidades humanas e diagnósticos de enfermagem, características definidoras e fatores relacionados e de risco da classificação diagnóstica da *NANDA-International* (NANDA-I) na assistência a pessoas com HIV/aids em UTI. Pesquisa do tipo observacional-descritiva, de metodologia quantitativa, realizada numa UTI de Florianópolis/SC, no período de setembro a dezembro de 2009. Amostra do tipo não-probabilística, temporal. Os sujeitos foram 10 pessoas adultas com diagnóstico confirmado de HIV/aids internadas na UTI naquele período. A pesquisadora elaborou os diagnósticos de enfermagem diariamente durante a permanência dos sujeitos na UTI, a partir de informações obtidas por meio do histórico de enfermagem, anamnese e exame físico. Os dados relacionados aos diagnósticos identificados foram registrados num instrumento desenvolvido especialmente para este fim, a partir do modelo de Benedet e Bub e da classificação diagnóstica da *NANDA-I*. Análise foi realizada por meio de frequências absoluta e relativa. Os resultados foram apresentados na forma de dois artigos. No artigo 1 foram descritas as necessidades humanas e os diagnósticos de enfermagem mais frequentes na assistência a pessoas com HIV/aids em UTI. Destacaram-se as necessidades: Integridade física, Hidratação, Segurança física e meio ambiente, Cuidado corporal, Alimentação, Regulação térmica, Atividade física, Oxigenação e Comunicação. Dentre os 43 diagnósticos observados, 11 ocorreram com frequência acima de 80% nas 61 avaliações realizadas: Proteção alterada, Risco para infecção,

Integridade da pele prejudicada, Integridade tissular prejudicada, Risco para prejuízo da integridade da pele, Síndrome do déficit do autocuidado, Risco para desequilíbrio dos fluidos corporais, Risco para déficit no volume de líquidos, Desobstrução ineficaz das vias aéreas, Incapacidade para manter respiração espontânea e Comunicação prejudicada. A partir do conhecimento das necessidades e dos diagnósticos mais evidentes, pode-se planejar intervenções de cuidados direcionadas a este grupo de pessoas na terapia intensiva. No artigo 2 foram descritos os componentes dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I dentre os mais freqüentes observados na assistência a pessoas com HIV/aids na UTI. Foram identificados 11 diagnósticos com freqüência acima de 80% nos quais haviam 55 fatores relacionados e 56 características definidoras nas pessoas nas avaliações realizadas na UTI. Foram 31 fatores de risco vinculados aos diagnósticos mais frequentes. A ciência dos componentes dos diagnósticos permite direcionar as intervenções de cuidado de enfermagem para as necessidades das pessoas com HIV/aids em UTI. O diagnóstico de enfermagem é o resultado do raciocínio e do julgamento clínico acerca da condição de saúde da pessoa, a partir do qual é possível planejar de forma mais precisa as intervenções de responsabilidade dos enfermeiros e enfermeiras. Ou seja, intervir preventivamente e minimizar riscos nas pessoas com HIV/aids na UTI de acordo com as necessidades e os diagnósticos mais freqüentes identificados.

Palavras-chave: Necessidade humana; diagnóstico de enfermagem; HIV, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; cuidados intensivos.

BALDIN, Sonciarai Martins. **Human needs and nursing diagnoses in the care of people with HIV /AIDS in the ICU.** 2010. 137p. Dissertation. Florianópolis: Federal University of Santa Catarina, 2010.

ABSTRACT

Care people with HIV/AIDS admitted to the intensive unit care is a challenge for nurses, such is the severity of health condition and complexity of care required. The nursing process and nursing diagnosis as one of its step is the tool used by nurses to guide the care. The research aim was to describe human needs and nursing diagnoses, defining characteristics and related factors and of risk of the diagnostic classification of NANDA-International (NANDA-I) to assist people with HIV /AIDS in the ICU. The research was observational-descriptive, quantitative methodology, conducted in an ICU of Florianópolis/SC, in the period from September to December 2009. Sample non-probabilistic, temporal. The subjects were 10 adults with confirmed diagnoses HIV /AIDS admitted to the ICU during this period. The researcher developed the nursing diagnoses daily during the ICU stay of subjects, from information obtained through the history of nursing, medical history and physical examination. Analysis was performed by means of absolute and relative frequencies. The results were presented in the form of two articles. In the first article, we described the human needs and nursing diagnoses more frequent in assisting people with HIV /AIDS in the ICU. Highlights were the needs: Physical integrity, Hydration, Physical security and environment, Body care, Food, Temperature control, Physical activity, Oxygenation and Communication. Among the 43 diagnoses observed, 11 occurred at frequencies above 80% in the 61 evaluations performed. Modified protection, Risk for infection, Impaired skin integrity, Impaired tissue integrity, Risk for impaired skin integrity, Self-care deficit syndrome, Risk for imbalance of body fluids, Risk for fluid volume deficit, Ineffective airway, Inability to maintain spontaneous breathing and Communication impaired. From the knowledge of needs and diagnoses more evident, can be planned care interventions targeted at this group of people in intensive care. Were described in second article the components of the nursing diagnoses of NANDA-I among the most frequently observed in the care of people with HIV /AIDS in the ICU. 11 diagnoses were identified with frequencies above 80% in which 55 were related factors and 56 defining characteristics in people in the

assessments performed in the ICU. There were 31 risk factors linked to diagnoses more frequently. The science of the components of the diagnosis allows direct the intervention of nursing care for the needs of people with HIV /AIDS in the ICU. The nursing diagnosis is the result of reasoning and clinical trial on the condition of health person, from which you can plan more precisely the interventions of nurse's responsibility. In other words, preventive action and minimize risks in people with HIV /AIDS in the ICU according to the needs and the most common diagnoses identified.

Keywords: Human need; nursing diagnosis, HIV, Acquired immunodeficiency syndrome; intensive care.

BALDIN, Sonciarai Martins. **Necesidades humanas y diagnósticos de enfermería en la asistencia a personas con HIV/aids en UTI.** 2010. 137p. Dissertación. Florianópolis: Universidad Federal de Santa Catarina, 2010.

RESUMEN

Asistir personas con HIV/aids internadas en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) es un desafío para enfermeros y enfermeras, tal es la gravedad de la condición de salud y la complejidad de la asistencia requerida. El proceso de enfermería y el diagnóstico de enfermería como una de sus etapas es la herramienta utilizada por enfermeros y enfermeras para orientar el cuidado. El objetivo de la investigación fue describir las necesidades humanas y diagnósticos de enfermería, características definidoras y factores relacionados y de riesgo de la clasificación diagnóstica de la *NANDA-International* (NANDA-I) en la asistencia a personas con HIV/aids en UTI. Investigación de tipo observacional-descriptiva, de metodología cuantitativa, realizada en una UTI de Florianópolis/SC, en el período de septiembre a diciembre de 2009. Muestra de tipo no - probabilística, temporal. Los sujetos fueron 10 personas adultas con diagnóstico confirmado de HIV/aids internadas en la UTI en aquel período. La investigadora elaboró los diagnósticos de enfermería diariamente durante la permanencia de los sujetos en la UTI, a partir de informaciones obtenidas por medio del histórico de enfermería, anamnesis y examen físico. Los datos relacionados a los diagnósticos identificados fueron registrados en un instrumento desarrollado especialmente para este fin, a partir del modelo de Benedet y Bub y de la clasificación diagnóstica de la NANDA-I. El Análisis fue realizado por medio de frecuencias absoluta y relativa. Los resultados fueron presentados en la forma de dos artículos. En el artículo 1 fueron descritas las necesidades humanas y los diagnósticos de enfermería más frecuentes en la asistencia a personas con HIV/aids en UTI. Se destacaron las necesidades: Integridad física, Hidratación, Seguridad física y medio ambiente, Cuidado corporal, Alimentación Regulación térmica, Actividad física, Oxigenación y Comunicación. Entre los 43 diagnósticos observados, 11 ocurrieron con frecuencia superior a 80% en las 61 evaluaciones realizadas: Protección alterada, Riesgo para infección, Integridad de la piel perjudicada, Integridad tisular perjudicada, Riesgo para perjuicio de la integridad de la piel, Síndrome de déficit de autocuidado, Riesgo para desequilibrio de los fluidos

corporales, Riesgo para déficit en el volumen de líquidos, Desobstrucción ineficaz de las vías aéreas, Incapacidad para mantener respiración espontánea y Comunicación perjudicada. A partir del conocimiento de las necesidades y de los diagnósticos más evidentes, se pueden planear intervenciones de cuidados orientadas a este grupo de personas en terapia intensiva. En el artículo 2 fueron descritos los componentes de los diagnósticos de enfermería de la NANDA-I entre los más frecuentes observados en la asistencia a personas con HIV/aids en la UTI. Fueron identificados 11 diagnósticos con frecuencia superior a 80% en los cuales habían 55 factores relacionados y 56 características definidoras en las personas en las evaluaciones realizadas en la UTI. Fueron 31 factores de riesgo vinculados a los diagnósticos más frecuentes. La ciencia de los componentes de los diagnósticos permite orientar las intervenciones de cuidado de enfermería para las necesidades de las personas con HIV/aids en UTI. El diagnóstico de enfermería es el resultado del raciocinio y del juicio clínico acerca de la condición de salud de la persona, a partir del cual es posible planear de forma más precisa las intervenciones de responsabilidad de los enfermeros y enfermeras. O sea, intervenir preventivamente y minimizar riesgos en las personas con HIV/aids en la UTI de acuerdo con las necesidades y los diagnósticos más frecuentes identificados.

Palabras clave: Necesidade humana; diagnóstico de enfermería; VIH, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; cuidados intensivos.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANA - *American Nurses Association*
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDC – *Centers for Disease Control*
CD8⁺ – Linfócitos T citotóxicos
CD4⁺ – Linfócitos T *helper*
CEPSH – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
DNA – Ácido Desoxirribonucléico
EIA - *Enzyme Immuno Assay*
ELISA – *Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay*
GRID - *Gay-related Immunodeficiency*
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HIV-1 - Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 1
HIV-2 - Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 2
HNR – Hospital Nereu Ramos
MEIA - *Microparticle Enzyme Assay*
MS – Ministério da Saúde
PE – Processo de Enfermagem
RNA – Ácido Ribonucléico
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem
SC – Santa Catarina
SNOMED - *Systemized Nomenclature of Medicine*
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UNAIDS – *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
VQLN – Variável Qualitativa Nominal
VQLO – Variável Qualitativa Ordinal
VQTD – Variável Quantitativa Discreta
VQTC – Variável Quantitativa Contínua

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Resumo dos critérios de definição de caso de aids em adultos com 13 anos ou mais.....	30
---	-----------

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO 1

Figura 1 . Diagrama do raciocínio no estabelecimento de necessidades, objetivos de cuidado e avaliação..... **62**

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1. Frequência das Necessidades Humanas Básicas nas avaliações das pessoas com HIV/aids na UTI do HNR. Florianópolis/SC, 2009..... **58**

Tabela 2. Diagnósticos de Enfermagem com frequência maior do que 80% na assistência a pessoas com HIV/aids na UTI do HNR. Florianópolis/ SC, 2009..... **59**

ARTIGO 2

Tabela 1 – Características definidoras e fatores relacionados mais frequentes dos diagnósticos da NANDA-I na assistência de enfermagem a pessoas com HIV/aids na UTI do HNR. Florianópolis/SC, 2009..... **72**

Tabela 2 – Diagnósticos e fatores de risco da NANDA-I mais frequentes na assistência de enfermagem as pessoas com HIV/aids na UTI do HNR. Florianópolis/SC, 2009..... **74**

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	15
LISTA DE QUADROS	17
LISTA DE FIGURAS	19
LISTA DE TABELAS.....	21
1 INTRODUÇÃO	25
1.1 EPIDEMIOLOGIA DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS	25
1.2 O HIV E A SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA	27
1.3 CUIDADOS INTENSIVOS A PESSOA COM HIV/AIDS	32
1.4 NECESSIDADES HUMANAS E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA ASSISTENCIA	34
2 OBJETIVOS	39
2.1 OBJETIVO GERAL	39
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
3 MÉTODO.....	41
3.1 DESENHO DO ESTUDO	41
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	41
3.3 AMOSTRA	42
3.3.1 Seleção dos sujeitos.....	42
3.4 VARIÁVEIS	43
3.4.1 Variáveis.....	43
3.5 COLETA DOS DADOS	47
3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	49
3.7 DISCUSSÃO DOS DADOS.....	49
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	50
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
4.1 ARTIGO 1 - NECESSIDADES HUMANAS E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM HIV/AIDS EM UTI	53
4.2 ARTIGO 2 - COMPONENTES DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM HIV/AIDS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS	81

REFERÊNCIAS.....	83
GLOSSÁRIO.....	89
APÊNDICES	103
ANEXOS.....	131

1 INTRODUÇÃO

A denominação dada inicialmente a síndrome da imunodeficiência adquirida - aids foi Gay-related Immunodeficiency - GRID, em virtude da questão do comportamento homossexual com múltiplos parceiros. Posteriormente, esta viria a ser substituída por outra denominação, razoavelmente descritiva, sem ser pejorativa. Assim, Donald Armstrong (1984), chefe do Serviço de Moléstias Infecciosas do New York's Memorial Sloan-Kettering Cancer Center foi quem, pela primeira vez, sugeriu a denominação de aids, referente a Acquired Immunological Deficiency Syndrome, logo aceita universalmente (BASILIO-DE-OLIVEIRA, 2005).

Hoje o nome aids foi transformado em substantivo comum na língua, no dicionário Sacconi (2009) da língua portuguesa aparece com a descrição: “AIDS ou aids (substantivo feminino) sigla inglesa de *Acquired Immunological Deficiency Syndrome*, síndrome da imunodeficiência adquirida, doença sexualmente transmissível, causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)”.

Nos países latinos, usa-se a denominação SIDA ou sida, e o Brasil é o único país dentre estes que adotou a denominação proveniente da sigla inglesa. No Brasil, aconselha-se a não usar o termo SIDA em respeito às mulheres com nome Aparecida, comumente apelidadas de Cidas, inclusive pela conotação de fundo religioso ligado a Nossa Senhora Aparecida, padroeira do país (BASILIO-DE-OLIVEIRA, 2005; PAULA, PADOIN, SCHAURICH, 2007; SACCONI, 2009).

1.1 EPIDEMIOLOGIA DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS

No mundo, no ano de 2008, foram registrados 33,4 milhões de pessoas vivendo com o HIV, destas, 31,3 milhões são adultos e 2,7 milhões foram notificadas em virtude da infecção por este vírus. Na América Latina, no mesmo ano, foram registrados 170.000 novos infectados, elevando para 2 milhões o número de pessoas convivendo com o HIV na região (UNAIDS, 2009).

Os primeiros casos de HIV/aids no Brasil ocorreram no início da década de 1980 e desencadearam medo, pânico, negação e preconceito na população (SCHNEIDER et al., 2008). Hoje, na terceira década de

epidemia, poucos países como o Brasil, destacam-se na prevenção de centenas de milhares de novas infecções a partir de um conjunto bem sucedido de iniciativas de prevenção e de um programa de acesso universal a medicação anti-retroviral. Assim, a aids passou a ser vista e vivida no Brasil como doença que tem tratamento (PAULA; PADOIN; SCHAURICH, 2007).

Desde o ano de 1980 até o ano de 2009 já são 544.846 casos de pessoas vivendo com aids no país e há uma estimativa que gira em torno de 34.480 mil novos casos registrados no ano de 2008 de pessoas infectadas pelo HIV, sendo que se estima a existência de 630 mil pessoas vivendo com o HIV no país. Outro dado de estatísticas oficiais traz que a incidência de casos de aids por 100.000 habitantes no país, em 2008, é de 18,2 casos (BRASIL, 2009; UNAIDS, 2008).

No Brasil, a região sul apresenta a mais alta taxa de incidência do país, com 29,3 casos por 100.000 habitantes, seguido da região Sudeste com 19,9 e Norte com 18,6. O Rio Grande do Sul foi o estado com maior taxa de incidência, no ano de 2008, com 41,2 casos por 100.000 hab., seguido de Roraima com 31,7 e Santa Catarina (SC) com 29,6 casos. Em SC a estimativa é de 60.000 infectados pelo HIV. O primeiro caso de aids no Estado foi notificado em 1984. Desde este ano até 2009 (o estado tem uma população estimada atualmente de 6.049.234 habitantes) foram registrados 26.057 casos de aids (BRASIL, 2009; SC, 2007).

Segundo dados do perfil epidemiológico da aids em SC, a epidemia é de caráter litorâneo, pois as regiões de Florianópolis e do Vale do Itajaí, são as que apresentam as maiores taxas de mortalidade (SCHNEIDER et al., 2008).

Na Região Sul, o coeficiente de mortalidade (por 100.000 hab.) por aids é 9,3, sendo o mais alto do Brasil. Os óbitos por aids nesta região ocupam o segundo lugar no país, de 1980 até o ano de 2008 este número foi de 35.183 casos; no Brasil este número é de 217.091 casos. Em SC, em 2008, foram registrados 553 óbitos, sendo que de 1980 até 2008 totalizaram 7.589 óbitos por aids (BRASIL, 2009).

Em outros dados apresentados recentemente pelo Ministério da Saúde (MS), não somente a taxa de mortalidade pode caracterizar a epidemia como litorânea em SC, mas as altas taxas de incidência também sustentam esta afirmativa.

A cidade de Florianópolis, no ano de 2007, apareceu como a segunda capital brasileira com maior taxa de incidência (por 100.000 hab.) de casos de aids no Brasil - 57,4 - estando a sua frente a capital do Rio Grande do Sul com taxa de 111,5. Na relação de taxa de incidência

(por 100.000 hab) dos casos de aids nas cidades do Brasil com 50.000 habitantes ou mais, Florianópolis ocupa o 12º lugar entre as cidades apresentadas, tendo Camboriú com 91,3 casos, Itajaí com 81,2 e Balneário Camboriú com 67,9, ocupando o 2º, 4º e 9º lugares respectivamente (BRASIL, 2009).

A aids transformou-se numa questão de saúde pública, pois desafia o mais amplo conceito de bem-estar, que não se restringe a saúde física, mas inclui as saúdes psicológicas, social, cultural, econômica e política. É uma pandemia de características especiais, que acomete o ser humano nos âmbitos orgânico, psicológico e social, implicando em conseqüências para a sociedade, e constituindo-se em uma das principais lutas da ciência contemporânea (BASILIO-DE-OLIVEIRA, 2005).

1.2 O HIV E A SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

A infecção das pessoas pelo HIV assume um panorama diferente dos anos anteriores e adquire características de doença crônica (com o advento de novas e eficazes terapias anti-retrovirais) com o aumento na expectativa de vida das populações com acesso ao tratamento, caso da realidade brasileira. A *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) divulgou que houve aumento na sobrevida das pessoas infectadas pelo HIV em 11 anos, mesmo aquelas sem tratamento (BRASIL, 2007).

Em contrapartida, existem outros aspectos relevantes da epidemia: a tendência da maior infecção em mulheres; o desafio de evitar a transmissão materno-infantil do HIV e o cuidado às crianças e adolescentes HIV positivas (PAULA; PADOIN; SCHAURICH, 2007). Assim, ainda se faz necessário pensar neste agravo, incurável até o presente momento.

Publicações a respeito dos artigos que tratam do perfil epidemiológico, social e demográfico das pessoas com HIV/aids enfatizam especialmente os fatores de risco que levam a esta condição de saúde. Mostram que o padrão da transmissão do HIV no país está mudando, há uma desaceleração nas taxas de incidência e tendências na epidemia como a heterossexualidade, feminização, envelhecimento e empobrecimento dos soropositivos. Assim, os indicadores epidemiológicos mostram um aumento no número de casos associados à relação heterossexual, com conseqüente aumento na proporção de

mulheres infectadas (COSTA et al, 2009).

O HIV é um vírus RNA, que pertence à família *Lentiviridae*, e se caracteriza pela presença da enzima transcriptase reversa, que permite a transcrição do Ácido Ribonucléico viral (RNA) em Ácido Desoxirribonucléico (DNA) e depois vai se integrar ao genoma da célula do hospedeiro, passando a ser chamado de provírus. O DNA viral é então copiado em RNA mensageiro, que é transcrito em proteínas virais e ocorre, assim, a montagem do vírus e posteriormente a gemulação. As principais células infectadas são aquelas que apresentam a molécula CD4 em sua superfície, principalmente os linfócitos CD4 e os macrófagos. A molécula CD4 age como um receptor do vírus mediando à invasão celular (HINRICHSEN, 2005; RACHID, SCHECHTER, 2008).

Existem dois tipos diferentes de vírus HIV: o HIV-1 e HIV-2, contudo é o HIV-1 o responsável pela infecção humana e é dividido em dois subgrupos: M e O. O HIV-2 é encontrado somente na África, até o momento, e raramente tem sido descrito no Brasil (HINRICHSEN, 2005).

A transmissão do HIV para a pessoa ocorre conhecidamente pelo sangue e derivados, esperma (relações sexuais) e da mãe para o filho (transmissão vertical). A principal forma de transmissão é a sexual (tanto nas relações homossexuais como nas heterossexuais, sendo um risco bidirecional). A transmissão por sangue e derivados, vem diminuindo desde a criação dos testes para triagem nos bancos de sangue, contudo, a transmissão sanguínea pelo uso de seringas compartilhadas por usuários de drogas endovenosas, ainda preocupa por seu aumento. A transmissão vertical durante a gestação, ocorre no momento do parto e durante o aleitamento aumenta à medida que progride a imunodeficiência da mãe (HINRICHSEN, 2005).

A história natural da infecção pelo HIV caracteriza-se por uma progressiva imunodeficiência e várias infecções causadas por patógenos agressivos, comuns em indivíduos imunocompetentes, podendo causar significativa morbidade antes que a pessoa desenvolva a aids. A infecção pelo HIV é um conjunto de problemas desde a fase inicial até uma fase avançada, com manifestações clínicas que se tornam mais complexas e atípicas à medida que progride a imunodeficiência da pessoa (RACHID; SCHECHTER, 2008).

A definição de caso de aids adotada pelo MS no Brasil, segue alguns critérios e passa por sucessivas revisões desde a sua primeira versão no ano de 1987. Em 2004 foi publicada uma revisão da definição de caso de aids pelo MS que considera, em adultos acima de

13 anos, como principais critérios definidores o Critério Rio de Janeiro/Caracas, sem alterações, associado às adaptações na evidência clínica de imunodeficiência estabelecidas no Critério CDC Modificado, que passou a ser denominado de Critério CDC Adaptado (incluiu a reativação da doença de Chagas na lista das doenças indicativas de aids) (Quadro 1).

As doenças consideradas indicativas de aids dentro da definição de caso do MS são: câncer cervical invasivo, candidose de esôfago, traquéia, brônquios ou pulmões; citomegalovirose em qualquer local que não fígado, baço e linfonodos; criptococose extrapulmonar; criptosporidíase intestinal crônica (mais de 1 mês); herpes simples mucocutâneo (mais de 1 mês); histoplasmose disseminada em órgãos que não exclusivamente pulmão ou linfonodos cervicais/hilares; isosporidíase intestinal crônica (mais de 1 mês); leucoencefalopatia multifocal progressiva; linfomas não-Hodgkin de células B; linfoma primário de cérebro; pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*; qualquer micobacteriose disseminada em órgãos que não pulmão, pele ou linfonodos cervicais/hilares (exceto hanseníase ou tuberculose); reativação da doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite); sepse recorrente por *Salmonella* não-tifóide e toxoplasmose cerebral.

Ainda deve-se considerar na definição de caso de aids uma escala de sinais e sintomas com pontuação mínima de dez: 2 pontos: anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia; astenia (mais de 1 mês, excluída a tuberculose como causa básica); caquexia (perda involuntária de mais de 10% do peso corporal, excluída a tuberculose como causa básica); dermatite persistente; diarréia (mais de 1 mês); febre (\geq 1 mês, excluída a tuberculose como causa básica); linfadenopatia (dois ou mais sítios) e tosse persistente (excluída a tuberculose como causa básica); 5 pontos: candidose oral ou leucoplasia pilosa; disfunção do sistema nervoso central; herpes zoster em indivíduos com até 60 anos de idade e tuberculose pulmonar, pleural ou de linfonodos localizados numa única região e 10 pontos: outras formas de tuberculose e sarcoma de Karposi.

Critério CDC Adaptado

Existência de um teste de triagem reagente ou um confirmatório ou dois testes rápidos positivos para detecção de anticorpos anti-HIV

+

Evidência de imunodeficiência: diagnóstico de, pelo menos, uma doença indicativa de aids e/ ou contagem de linfócitos T CD4 < 350 células/mm³

E/ OU

Critério Rio de Janeiro/ Caracas

Existência de um teste de triagem reagente ou um confirmatório ou dois testes rápidos positivos para detecção de anticorpos anti-HIV.

+

Somatório de, pelo menos, dez (10) pontos, de acordo com uma escala de sinais, sintomas ou doenças.

OU

Critério Excepcional Óbito

Menção de aids/sida ou termos equivalentes em algum campo da Declaração de Óbito (DO).

+

Investigação epidemiológica inconclusiva.

ou

Menção de infecção pelo HIV ou termos equivalentes em algum campo da DO, além de doença(s) associada(s) à infecção pelo HIV.

+

Investigação epidemiológica inconclusiva.

Fonte: Ministério da Saúde, 2008.

Quadro 1 - Resumo dos critérios de definição de caso de aids em adultos com 13 anos ou mais.

Quanto aos critérios excepcionais de definição de casos de aids em adultos, permaneceu o Critério Excepcional Óbito revisto, único critério excepcional no caso de óbitos, utilizado quando a investigação em prontuário for inconclusiva, ou seja, aquela na qual, após a busca em prontuários, o caso não possa ser descartado ou enquadrado num dos critérios principais, pelo não registro de dados clínicos/ laboratoriais (BRASIL, 2004; BRASIL, 2008).

A aids, como já foi mencionada, se caracteriza por ser uma

disfunção grave e progressiva do sistema imunológico da pessoa infectada pelo HIV. Sua evolução é marcada pela destruição de linfócitos T CD4 e pode ser dividida didaticamente em três fases: fase aguda (síndrome de soroconversão), fase assintomática e a fase sintomática (RACHID; SCHECHTER, 2008).

A fase aguda pode manifestar-se semanas após a infecção inicial pelo HIV, com manifestações que podem se assemelhar de um quadro gripal até mononucleose, apresentando febre, astenia, faringite, mialgia, artralgia, cefaléia, dor retro orbicular e linfadenopatia. Ainda podem aparecer adenomegalias de gânglios axilares, occipitais e cervicais, exantemas no tronco e em membros e com menor frequência manifestações gastrointestinais; e as manifestações neurológicas podem ser: cefaléia, fotofobia, meningite, neuropatia periférica e/ou síndrome de Guilliam-Barré. Os exames complementares geralmente demonstram leucopenia transitória, linfocitose atípica, plaquetopenia, aumento de enzimas hepáticas ou outras alterações inespecíficas. Existe uma redução inicial do número total de linfócitos, seguida de aumento transitório do número de linfócitos CD8 e a inversão da relação CD4/CD8. Durante a síndrome de soroconversão - fase aguda - a carga viral plasmática com frequência é bastante elevada, em geral superior a 500.000 cópias/ml (BRASIL, 2008; HINRICHSEN, 2005; RACHID, SCHECHTER, 2008).

A fase assintomática da infecção pelo HIV, durante anos, acreditou-se ser um período de latência, durante o qual haveria pouca ou nenhuma replicação viral. Contudo, estudos publicados a partir de 1995 demonstraram que, do ponto de vista virológico e imunológico, não existe latência, mesmo indivíduos assintomáticos e imunocompetentes produzem vírus que têm uma meia-vida plasmática curta. Nesta fase há uma vigilância para avaliar o risco de evolução da imunodeficiência. Dentre estas ações está o controle do hemograma, uma vez que a anemia indica um pior prognóstico: queda da hemoglobina e do hematócrito, leucopenia e linfopenia. A contagem de linfócitos CD4 e CD8, bem como a avaliação da carga viral, também devem ser realizadas. A contagem de linfócitos CD4 é o principal parâmetro para o início da terapia anti-retroviral e profilaxia de infecções (RACHID; SCHECHTER, 2008).

Na fase sintomática a aids é a manifestação mais grave da imunodepressão, apresentando sinais e sintomas como: perda de peso progressiva (superior a 10% do peso anterior), astenia, febre intermitente, mialgias, sudorese noturna e herpes Zoster. Em fases mais avançadas pode surgir candidíase oral, leucoplasia pilosa, perda de peso

acentuada, diarreia de longa duração sem causa aparente e febre prolongada (> um mês de duração). Algumas pessoas podem evoluir com síndrome consuptiva progressiva e grave, podendo chegar ao óbito sem desenvolver infecções ou neoplasias definidoras de aids (sarcoma de Karposi, linfoma não-Hodgkin, neoplasias intra-epiteliais anal e cervical). Em fases mais avançadas ocorrem as infecções oportunistas (causadas por vírus, fungos, bactérias, protozoários) como a tuberculose, pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*, toxoplasmose cerebral, candidíase e meningite por criptococos, entre outras (BRASIL, 2008; HINRICHSEN, 2005; RACHID, SCHECHTER, 2008).

Além do conhecimento descrito sobre as características do diagnóstico, fisiopatologia e manifestações do HIV/aids nas pessoas infectadas existem outras dimensões do conhecimento da enfermagem que necessitam ser abordadas. Em uma revisão sobre as contribuições da enfermagem na produção do conhecimento sobre HIV/aids em teses e dissertações brasileiras destacaram-se nos conteúdos dos trabalhos analisados os temas: cuidado de enfermagem, práticas educativas, transmissão vertical do HIV/aids, o viver soropositivo, perfil epidemiológico e a saúde do trabalhador. Resultado que corrobora com outros estudos de revisão do conhecimento realizados na área (ARAÚJO, ARAÚJO, DAMASCENO, 2006; COSTA et al, 2009; OLIVEIRA et al, 2006).

O interesse em estudos sobre a área HIV/aids tem aumentado na última década no país e o enfoque maior das publicações da área da enfermagem tem sido sobre o cuidado, sugerindo uma reorientação das práticas de saúde e o destaque para a importância de sistematizar as atividades de enfermagem, desenvolver e avaliar o processo de cuidar de pessoas com HIV/aids e sua família, tendo em vista a mudança do perfil desta população (COSTA et al, 2009).

1.3 CUIDADOS INTENSIVOS A PESSOA COM HIV/AIDS

Hoje, profissionais e voluntários em diversas organizações, governamentais e não governamentais, aliados às políticas públicas de saúde, juntam esforços em programas e campanhas de prevenção, controle da transmissão e tratamento do HIV/aids, em uma luta pela conscientização da gravidade e impacto da epidemia existente no país.

Num artigo sobre a assistência as pessoas com HIV/aids no Brasil, foram mostrados níveis elevados de internações no Sudeste e Sul

do país, e este último com tendência crescente (PORTELA; LOTROWSKA, 2006).

Na cidade de Florianópolis, as internações hospitalares por doenças infecciosas e parasitárias, no ano de 2006, foram de 1.013 internações, enquanto que o total de internações por outras causas (doenças do aparelho circulatório, aparelho digestivo, aparelho respiratório, neoplasias, etc.) foi de 15.577. Dentre estas internações 39,9% foram por HIV/aids (404 casos), as quais apresentaram um tempo de permanência de 17 dias, enquanto que a média de dias de internação dos outros agravos é de 8,9 (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2006). Na UTI do Hospital Nereu Ramos (HNR), no ano de 2008, a média geral de permanência foi 13 dias e a média geral de permanência no hospital, de 18 dias (SC, 2008).

Em 2008, de acordo com informações obtidas no setor de estatísticas e no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) do HNR, houve 1.393 internações, das quais 100 na UTI e destas, 26 foram de pessoas com HIV/aids. Do total de 65 óbitos registrados no ano na UTI, 22 foram de pessoas com HIV/aids. A taxa de mortalidade institucional ficou em 47,52% no ano de 2008, com total de 158 óbitos registrados na instituição (SC, 2008).

Na UTI do HNR são atendidas as pessoas em condição de urgência e emergência que necessitam de suporte intensivo de vida, suporte este que implica no estabelecimento de prioridades, na agilidade e continuidade dos cuidados, apoio técnico-administrativo, e comunicação entre os membros da equipe de saúde, além do diálogo com a família das pessoas que estão sendo assistidas. Diante da complexidade e dinamismo dos acontecimentos inerentes a condição de saúde das pessoas com HIV/aids na UTI, é fundamental planejar, organizar e registrar adequadamente a assistência.

Desde o ano de 1986, quando foi regulamentada a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, nº 7.498 de junho de 1986, que existe uma base para sustentar e apoiar as ações de planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem no país como um todo. No que diz respeito à terapia intensiva, a lei do exercício traz ser privativo do enfermeiro e enfermeira, dentro do conjunto das suas atribuições o cuidado direto de enfermagem a pessoas graves e com risco de vida (BRASIL, 1986).

Em 24 de fevereiro de 2010, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), aprovou a Resolução - RDC nº 7 que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de UTIs no país, sejam públicas, privadas ou filantrópicas; civis ou militares. Na Seção V, sobre

os processos de trabalho, no Art. 22, traz que a evolução do estado clínico, as intercorrências e os cuidados prestados devem ser registrados pelas equipes médicas, de enfermagem e de fisioterapia no prontuário do paciente, em cada turno, e atendendo as regulamentações dos respectivos conselhos de classe profissional e normas institucionais (ANVISA, 2010).

A prática de cuidados a pessoa com HIV/aids vem sendo objeto de estudos desde a descoberta dos primeiros casos no país e dentro deste contexto deve-se pensar sobre as pessoas que têm esta condição e necessitam de cuidados intensivos, temática pouco abordada nos estudos publicados na área da enfermagem.

Em 2007, foi publicado um artigo sobre um modelo de cuidado a pessoa HIV positiva, que ressaltou a importância de considerar todas as necessidades das pessoas, biológicas, sociais e psicológicas a fim de melhorar as práticas de atenção à saúde. Para isto deve-se pensar em ações interdisciplinares, envolver a pessoa no cuidado de si, fazer um planejamento em todos os níveis administrativos, desenvolver intervenções programadas, dispor de capacitação para a equipe de saúde e de infra-estrutura adequada (LEITE et al, 2007).

Os comportamentos assumidos durante a assistência de enfermagem a estas pessoas foram discutidos em um artigo publicado em 2006, realizado em uma unidade de internação hospitalar, o qual evidenciou que a postura adotada pelos profissionais durante a interação destas pessoas traduz uma idéia de dominação e supremacia sobre estas, apesar de algumas situações não permitirem optar por uma postura diferenciada, mais aberta, como é o caso de situações em que há risco de vida (GALVÃO et al, 2006).

Num artigo que mostrou estratégias para implementação de um processo de enfermagem em uma pessoa com HIV/aids evidenciou que ter alguns diagnósticos de enfermagem primários, deve ser foco das intervenções de enfermagem, pois assim se pode melhorar a assistência em outras situações semelhantes ocorridas naquele grupo de pessoas (ARREGUI-SENA et al, 2001).

1.4 NECESSIDADES HUMANAS E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA ASSISTENCIA

Necessidade é uma diferença entre um estado atual indesejável e um estado desejável, que pode ser preenchida por um objeto. O objeto

da necessidade refere-se aquilo que é necessário para preencher a lacuna entre o estado indesejável e o desejável (BUB; LISS, 2006).

Partindo do conceito de necessidade, para se alcançar o estado desejado de uma determinada necessidade, é preciso certos objetos, que têm a ver com as condições de bem-estar. Estas condições de bem-estar favorecem o estar bem que está relacionado a atingir o estado desejado de uma necessidade.

Quando utilizamos uma metodologia na assistência se procura fazer o bem, estabelecer prioridades e melhorar a saúde das pessoas, família e comunidade (BUB; LISS, 2006).

No que diz respeito a estabelecer prioridades de cuidado, podemos seguir o princípio da necessidade e do custo-efetividade. O princípio da necessidade nos diz para cuidar daquilo que tem maior severidade de dano à saúde, em que as conseqüências de não cuidar serão mais graves. O princípio de custo-efetividade nos diz para produzir o melhor resultado com os recursos disponíveis (BUB; LISS, 2006).

Avançando acerca das metodologias de assistência, em 15 de outubro de 2009, foi publicada a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) n° 358/2009, atualizando a resolução anteriormente publicada (COFEN n° 272/2002), que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e em especial sobre a implementação do Processo de Enfermagem (PE) em ambientes, públicos ou privados, que ocorre o cuidado de enfermagem. Nesta resolução há a descrição do PE em cinco etapas inter-relacionadas e interdependentes: coleta de dados ou histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. Sustenta que o PE deve estar baseado em um suporte teórico que oriente sua realização, sendo sua execução e avaliação de competência exclusiva do enfermeiro e enfermeira (COFEN, 2002; COFEN, 2009).

Associada a implementação da SAE, o uso de classificações diagnósticas na enfermagem assume papel importante neste contexto. As classificações diagnósticas na enfermagem constituem uma organização sistemática de fenômenos relacionados em grupos a partir de características que os objetos têm em comum, com o propósito de buscar uma linguagem unificada (NANDA, 2009; TANNURE, PINHEIRO, 2010). Neste sentido, as discussões acerca das classificações e sobre o desenvolvimento de seu uso, vantagens e desvantagens, têm ampliado o olhar dos enfermeiros e enfermeiras sobre os diagnósticos de enfermagem na prática.

Assim, o uso de classificações diagnósticas na enfermagem tem

dentre seus propósitos: organizar a linguagem utilizada pelos enfermeiros e enfermeiras, melhorando o entendimento em todos os níveis da prática; desenvolver um corpo de conhecimentos próprio da Enfermagem; possibilita obter dados da prática profissional, para serem documentados adequadamente e utilizados em pesquisas; estabelecer o perfil de necessidades de cuidado e facilitar a determinação das intervenções de cuidado mais adequadas às pessoas, no caso do presente estudo, com HIV/aids, bem como os resultados esperados frente ao cuidado realizado.

Nesta direção, desde 1982 existia a *North American Nursing Diagnoses Association - NANDA*, que por meio de suas conferências direcionou os trabalhos de classificações de diagnósticos a uma taxonomia, a Taxonomia I, posteriormente revista e modificada, dando lugar a Taxonomia II (em 2000), utilizada até o presente momento. No ano de 2002, a NANDA altera seus estatutos e passa a ser uma organização internacional, e passa a ser NANDA – *International (NANDA-I)* (CRUZ, 2008).

A NANDA-I tem como principal benefício a utilização de uma linguagem padronizada entre enfermeiros e enfermeiras que pode facilitar a comunicação profissional na área clínica e a determinação das intervenções visando a promoção e a recuperação da saúde (CERULLO; CRUZ, 2008).

Os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I são uma das linguagens padronizadas reconhecidas pela *American Nurses Association (ANA)* por ser uma terminologia clinicamente útil, que dá suporte à prática da enfermagem. A taxonomia da NANDA-I é atualmente o sistema de classificação de diagnóstico mais usado no mundo e foi traduzida para mais de 17 idiomas. A lista de sua taxonomia foi aceita pela *Systemized Nomenclature of Medicine (SNOMED)* para ser incluída no seu sistema de codificação internacional e no Sistema de Linguagem Médica Unificada da *Nacional Library of Medicine* (DOENGES, MOORHOUSE, MURR, 2009; TANNURE, PINHEIRO, 2010).

O diagnóstico de enfermagem é o resultado do raciocínio e do julgamento clínico acerca da condição de saúde da pessoa, a partir do qual é possível planejar de forma mais precisa as intervenções de responsabilidade dos enfermeiros e enfermeiras.

Por sua vez, por meio da prática reflexiva os enfermeiros e enfermeiras examinam e reexaminam seus conceitos, seus julgamentos e suas ações, avaliando e ajustando a atividade clínica, ou seja, avaliando continuamente suas práticas de cuidado.

O raciocínio clínico aparece como elemento essencial no processo diagnóstico aliado a outras qualidades do profissional: julgamento, conhecimento teórico e experiência clínica, que vão contribuir para direcionar as ações de cuidado necessárias as pessoas (LOPEZ, 2001).

De acordo com a Resolução COFEN 358/2009 (2009, p. 2) o diagnóstico de enfermagem é definido como:

[...] um processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

1. 5 JUSTIFICATIVA

Ao contrário do que acontece nas publicações científicas que tratam dos aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e terapêuticos da infecção pelo HIV/aids que são abundantes na literatura, há uma lacuna no conhecimento relativo ao perfil dos diagnósticos de enfermagem em pessoas internadas em UTI com HIV/aids. A população com HIV/aids foi escolhida com base na proximidade da prática de assistência da pesquisadora.

Assim, descrever um perfil destas pessoas a partir das necessidades humanas e diagnósticos de enfermagem orienta a prática com base nas prioridades de cuidado, ou seja, auxilia a organizar as intervenções de enfermagem de acordo com a demanda de cuidado que a pessoa apresenta, que caso não satisfeita de imediato acarretará em danos. Permite bases para sistematizar a assistência de enfermagem na unidade, planejar intervenções específicas e individualizadas a fim de melhorar a saúde destas pessoas e conferir-lhes bem estar.

As enfermeiras e enfermeiros nos setores encontram pessoas com diagnóstico de infecção por HIV/aids, e por este motivo precisam compreender não somente o distúrbio, mas as respostas destas pessoas

em termos de necessidades e diagnósticos de enfermagem associados.

A compreensão de como se dão as respostas das pessoas nas diferentes condições de saúde, suas necessidades humanas, neste caso, as respostas das pessoas com HIV/aids na UTI, com o fim de ampliar o olhar daqueles que assistem diretamente pessoas desta população, ter a descrição dos diagnósticos de enfermagem para melhor registrar e planejar as intervenções de enfermagem. Deve-se buscar o conhecimento de quais são as reais demandas de cuidado da enfermagem na terapia intensiva e construí-lo através da observação e descrição de seus métodos de cuidado e ações que ocorrem diariamente no setor.

Assim optou-se pela utilização da terminologia padronizada pela NANDA-I que proporciona aos enfermeiros e enfermeiras uma linguagem comum que permite nominar as necessidades das pessoas, facilita a identificação das metas apropriadas, assegura a precisão das informações, ajuda a desenvolver diretrizes para a prática de enfermagem e estabelece uma base para melhorar sua qualidade (DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2009).

Diante do exposto, a questão norteadora do estudo foi: *Quais são as necessidades humanas e os diagnósticos de enfermagem da classificação diagnóstica da NANDA-I, as características definidoras, os fatores relacionados e de risco mais frequentes na assistência a pessoas com HIV/aids em UTI?*

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Descrever as necessidades humanas e os diagnósticos de enfermagem da classificação diagnóstica da NANDA-I, suas características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco apresentados na assistência a pessoas com HIV/aids em UTI.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as necessidades humanas na assistência a pessoas com HIV/aids internadas em UTI.
- Identificar os diagnósticos de enfermagem reais na assistência a pessoas internadas com HIV/aids em UTI.
- Identificar os diagnósticos de enfermagem de risco na assistência a pessoas internadas com HIV/aids em UTI.

3 MÉTODO

3.1 DESENHO DO ESTUDO

O delineamento do estudo é quantitativo do tipo observacional e descritivo.

Para Neuman (1997) o estudo descritivo busca: prover o perfil acurado de um grupo; descrever um processo, mecanismo ou relacionamento; definir um quadro verbal ou numérico (percentual); encontrar informações para estimular novas explicações; apresentar informações básicas ou um contexto; criar um conjunto de categorias ou classificação de tipos (tipologia); clarificar uma seqüência, conjunto de estágios ou etapas e documentar informações que contradizem crenças anteriores sobre o tema ou questão.

Neste estudo buscaram-se descrever informações sobre o perfil em termos de necessidades humanas e dos diagnósticos de enfermagem no seguimento da assistência em pessoas com HIV/aids que internaram em UTI.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O local do estudo foi a UTI do Hospital Nereu Ramos (HNR) localizado na cidade de Florianópolis/SC. O HNR caracteriza-se por ser uma instituição pública do Estado, inaugurado no ano de 1943 e desde então considerado referência no atendimento de doenças infecciosas e parasitárias. A UTI do hospital foi inaugurada em 1974, sendo posteriormente desativada e reinaugurada em 1998 com cinco leitos de internação. A unidade passou por uma reforma, ficando em um local provisório no período de 2006 a 2009 e em maio do ano de 2009 foram iniciadas as atividades na nova estrutura tendo seu número de leitos ampliados para oito.

Há uma equipe multiprofissional trabalhando no setor formada por doze médicos plantonistas, seis enfermeiros, trinta e dois técnicos de enfermagem, um auxiliar administrativo, uma nutricionista, fisioterapeuta e assistente social, além de serviços de apoio como: radiologia, broncoscopia, endoscopia e laboratório (serviço terceirizado).

Na UTI não há implementada uma metodologia de assistência de enfermagem, contudo são utilizados para documentação de etapas do processo de enfermagem instrumentos estruturados de prescrição e evolução de enfermagem e uma folha não estruturada para o registro dos dados de admissão da pessoa no setor. Os diagnósticos de enfermagem não são utilizados, contudo existe um projeto de iniciar a sistematização da assistência em uma unidade piloto e posteriormente nas outras unidades do hospital.

3.3 AMOSTRA

A amostra do estudo foram todas as pessoas que internaram com HIV/aids na UTI do HNR e caracterizou-se como não probabilística. Foi feito um corte no tempo de quatro meses em virtude do tempo hábil para finalizar a pesquisa.

A amostra totalizou 10 pessoas que internaram na UTI do HNR no intervalo entre setembro e dezembro de 2009, que possuíam o diagnóstico de HIV ou definição de caso de aids confirmados.

3.3.1 Seleção dos sujeitos

Os critérios de inclusão considerados no estudo foram: indivíduos adultos com idade acima de 19 anos; internados na UTI do HNR; com diagnóstico confirmado de infecção por HIV e definição de caso de aids de acordo com o MS.

Durante a coleta de dados houve uma epidemia causada pelo vírus da Influenza H1N1, que interferiu diretamente no número de internações de pessoas imunodeprimidas no setor e conseqüentemente na seleção dos sujeitos do estudo, pelo número aumentado de internações por casos de Influenza. O local de estudo foi unidade referência no estado de SC para receber os casos de Influenza H1N1. O fato interferiu no tamanho da amostra, contudo a epidemia não poderia ter sido prevista.

3.4 VARIÁVEIS

As variáveis apresentadas neste estudo, no que se refere a sua natureza, foram classificadas em qualitativas, que possuem diferenças quanto a natureza, geralmente não mensuráveis e quantitativas, que possuem a mesma natureza em toda a sua extensão ou dimensão, podendo ser manifestadas através de números (FILHO; ROUQUARIOL, 2003).

As variáveis qualitativas ainda podem ser categorizadas em nominais que não apresentam uma relação de ordem entre si e em ordinais que apresentam uma relação de ordem entre si. As variáveis quantitativas podem ser discretas, as quais apresentam números inteiros ou podem ser classificadas em contínuas, que aparecem como números fracionados (NASSAR, 2009).

As variáveis foram definidas operacionalmente a fim de esclarecer significados e especificar as atividades ou operações necessárias para sua observação, medida ou manipulação (KERLINGER, 1980; NEUMAN, 1997; POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

Neste estudo, as variáveis quanto a sua natureza foram classificadas utilizando as seguintes siglas ao final de sua descrição: Variável Qualitativa Nominal (VQLN); Variável Qualitativa Ordinal (VQLO); Variável Quantitativa Discreta (VQTD) e Variável Quantitativa Contínua (VQTC).

3.4.1 Variáveis

- Positividade para o HIV (VQLN) – o HIV é um vírus RNA que se caracteriza pela presença da enzima transcriptase reversa, que permite a transcrição do RNA viral em DNA, que pode depois se integrar ao genoma da célula do hospedeiro, passando a ser chamado de provírus. O DNA viral é copiado em RNA mensageiro, que é transcrito em proteínas virais e ocorre a montagem do vírus e posteriormente a gemulação (RACHID; SCHECHTER, 2008).

O diagnóstico sorológico do HIV é baseado na observação de que a quase totalidade das pessoas infectadas desenvolverá anticorpos anti-HIV até seis a doze semanas após a exposição ao vírus (RACHID; SCHECHTER, 2008).

São testes de triagem para detecção de anticorpos anti-HIV: várias gerações de ensaio por imunoabsorbância ligado à enzima (*Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay*, ELISA), ensaio imunoenzimático (*Enzyme Immuno Assay*, EIA), ensaio imunoenzimático com micro partículas (*Microparticle Enzyme Assay*, MEIA) e ensaio imunoenzimático com quimioluminescência, entre outros. São testes confirmatórios: imunofluorescência indireta, imunoblot e *Western blot* (BRASIL, 2003).

A evidência laboratorial de infecção pelo HIV é definida por meio de algoritmos estabelecidos pelo Ministério da Saúde – Portaria nº 59 de 28 de janeiro de 2003. No entanto, da mesma forma preconizada para fins de vigilância epidemiológica, foi considerada evidência laboratorial de infecção pelo HIV: existência de um teste de triagem reagente; um teste confirmatório positivo ou 02 testes rápidos positivos (BRASIL, 2003).

Os testes rápidos são *kits* de testes imunoenzimáticos capazes de fornecer resultados em poucos minutos e que podem ser realizados com sangue total e/ou com soro, saliva ou urina, sem a utilização de qualquer equipamento sofisticado (BRASIL, 2005).

O dado de positividade para o HIV foi obtido do prontuário.

- Síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) (VQLN) – síndrome caracterizada por uma disfunção grave do sistema imunológico do indivíduo infectado pelo vírus da imunodeficiência humana. Sua evolução é marcada pela destruição de linfócitos T CD4 e pode ser dividida em três fases: infecção aguda ou síndrome da soroconversão, infecção assintomática e infecção sintomática (BRASIL, 2008). Dado obtido do prontuário.

- Idade (VQTD) definida como o número de anos de um indivíduo (SACCONI, 2009). Tempo decorrido desde o nascimento até o momento da internação da pessoa com HIV/aids na UTI do HNR. Dado obtido do prontuário.

- Sexo (VQLN) constitui o conjunto de características que diferenciam os machos das fêmeas (SACCONI, 2009). Categorizado em masculino e feminino. Dado obtido do prontuário.

- Altura (VQTD) definida como a medida em centímetros aferida por meio de fita métrica graduada com 150 cm de comprimento, no leito de internação: cama sem inclinação (zero grau) e com uma régua graduada de 30 cm posicionada na altura da cabeça da pessoa, define-se o zero da fita métrica colocando a mesma na direção dos calcâneos da pessoa de forma reta, paralela ao corpo. Dado obtido do prontuário.

- Procedência (VQLN) entendida como o lugar de onde se origina

a pessoa (BUENO, 1996). Dado obtido do prontuário.

- Situação conjugal (VQLN) definida de acordo com o modo de convivência e relacionamento entre duas pessoas, classificado com base no que foi expresso pela pessoa. Será categorizada em: casada, solteira, união consensual, divorciada, separada, viúva e outros. Dado obtido do prontuário.

- Ocupação (VQLN) constitui o ato ou efeito de ocupar-se, o trabalho, o emprego até a internação hospitalar (SACCONI, 2009). Refere-se à atividade exercida pela pessoa no setor formal ou informal, bem como a última atividade exercida quando caracterizar-se como desempregada. Referido pela pessoa ou responsável quando não constava no prontuário.

- Escolaridade (VQLO) refere-se ao tempo de frequência ou de permanência no ambiente escolar (SACCONI 2009). Registrado a série e grau que a pessoa frequentou, foi considerado a última série concluída (com aprovação) e o grau de instrução, até o dia da internação. Categorizada em: não alfabetizada, ensino fundamental completo, ensino fundamental incompleto, ensino médio completo, ensino médio incompleto, ensino superior completo, ensino superior incompleto e pós-graduação. Dado referido pela pessoa ou responsável.

- Comorbidades (VQLN) definida como outras doenças coexistentes, além de determinada doença objeto de estudo em um indivíduo (DeCS, 2009). No estudo foram classificadas em: tuberculose, pneumonia, neurotoxoplasmose, hepatites B e C e outros. Dado obtido do prontuário e durante anamnese.

- Tempo do diagnóstico de positividade para HIV (VQTD) – Tempo transcorrido da data da notificação do caso, com evidência clínica e laboratorial da positividade para o HIV ou desenvolvimento da doença, até a data de internação na UTI do HNR. Categorizado em anos, meses e dias da data da notificação até a coleta de dados do estudo. Dado obtido do prontuário.

- Necessidade humana (VQLN) - Necessidade é uma diferença entre um estado atual indesejável e um estado desejável, que pode ser preenchida por um objeto. O objeto da necessidade refere-se à aquilo que é necessário para preencher a lacuna entre o estado indesejável e o desejável (BUB; LISS, 2006). O ser humano existe de acordo com determinadas condições que garantem não apenas sua sobrevivência, mas também um metabolismo saudável e normal. Assim, certas condições mínimas são impostas a todos os grupos de seres humanos e sobre os organismos individuais dentro destes grupos e são estas condições mínimas que entendemos como necessidade humana nesta

pesquisa. (MALINOWSKI, 1944). As necessidades humanas foram classificadas de acordo com o proposto na teoria de enfermagem de Wanda de Aguiar Horta (1979), baseado na denominação utilizada por João Mohana, em psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais e nestas esferas foram incluídos grupos de necessidades competentes a cada uma. As Psicobiológicas consideradas foram: Oxigenação, Regulação vascular, Regulação neurológica, Percepção dos órgãos dos sentidos, Regulação térmica, Hidratação, Alimentação, Eliminação, Integridade física, Sono e Repouso, Atividade física, Cuidado corporal, Segurança física e meio ambiente e Terapêutica. Nas necessidades Psicossociais foram: Comunicação, Segurança emocional, Liberdade e participação e Educação para a aprendizagem. Na necessidade Psicoespiritual, a necessidade Espiritualidade.

Uma necessidade humana foi considerada presente na pessoa com HIV/aids quando ao menos um dos rótulos dos diagnósticos de seu grupo era identificado. Dado obtido através da interpretação dos dados da entrevista e do exame físico realizado diariamente.

- Diagnósticos de enfermagem (VQLN) consistem no julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a processos vitais reais ou potenciais. Proporciona a base para a seleção de intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais a enfermeira ou enfermeiro são responsáveis (NANDA, 2006).

Os diagnósticos foram analisados em termos de natureza e frequência. A natureza foi definida pelo rótulo do diagnóstico identificado de acordo com as respostas da pessoa com HIV/aids na UTI e a frequência foi definida pelo número de ocorrências do rótulo nas avaliações diárias realizadas nas pessoas internadas na UTI.

Os diagnósticos de enfermagem foram categorizados em: diagnóstico real que descreve as respostas humanas às condições de saúde ou aos processos vitais presentes no indivíduo, na família ou comunidade; diagnóstico de risco que descreve as respostas humanas às condições de saúde que podem desenvolver-se em um indivíduo, família ou comunidade vulnerável; diagnóstico de bem-estar, que descreve as respostas humanas de um indivíduo, família ou comunidade, que revelam um potencial para elevar a um nível superior de bem-estar comparado ao atual e em diagnósticos de síndrome, que configuram um agrupamento de diagnósticos atuais ou de alto risco, que se prevê em decorrência de um determinado evento ou situação (NANDA, 2006). Os diagnósticos eram formulados a partir da interpretação do que foi colhido na anamnese e exame físico.

- Características definidoras (VQLN) dos diagnósticos de

enfermagem constituem indícios ou inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem real e de bem estar (NANDA, 2009). Uma característica definidora era considerada presente na pessoa com HIV/aids após a identificação do rótulo do diagnóstico de enfermagem e interpretação dos dados da entrevista e exame físico.

- Fatores relacionados (VQLN) são fatores que parecem mostrar algum tipo de relação padronizada com o diagnóstico de enfermagem. Aparecem apenas nos diagnósticos reais (NANDA, 2009). Dados obtidos após a identificação do rótulo do diagnóstico de enfermagem e interpretação dos dados da entrevista e exame físico.

- Fatores de risco (VQLN) são fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, uma família ou uma comunidade a um evento (NANDA, 2009). Dados obtidos após a identificação do rótulo do diagnóstico de enfermagem e interpretação dos dados da entrevista e exame físico.

3.5 COLETA DOS DADOS

Foi realizada na UTI do HNR nas pessoas internadas com HIV/aids e ocorreu de setembro a dezembro de 2009.

A coleta de dados era diária, realizada pela pesquisadora em todo o tempo, e acompanhava a assistência de enfermagem da admissão até a alta da pessoa da UTI. Foram 10 pessoas internadas no período de coleta resultando 45 dias de internação, nos quais foram realizadas 61 avaliações das necessidades e dos diagnósticos de enfermagem. Nos demais dias do período de coleta de dados, a pesquisadora foi à unidade, contudo não haviam sujeitos dentro dos critérios de seleção para o estudo.

A unidade na qual o estudo foi realizado não possuía um instrumento estruturado para a coleta de informações da pessoa admitida no setor, assim, optou-se aplicar um instrumento estruturado de histórico de enfermagem (ANEXO A), já desenvolvido e publicado, fundamentado na teoria de Wanda Horta e ajustado a partir do modelo de Benedet e Bub (2001). Foram incluídos na seção de identificação do histórico, alguns itens relacionados às variáveis sócio-demográficas: data de nascimento, altura, situação conjugal, escolaridade, comorbidades e data da notificação do HIV e na segunda parte deste

instrumento, um item específico a respeito do uso de terapias anti-retrovirais. O instrumento de histórico continha dados do exame físico, exames laboratoriais e sobre as necessidades humanas básicas afetadas.

O início da coleta de dados ocorria durante o período vespertino com o levantamento das informações para a elaboração do primeiro grupo de diagnósticos de enfermagem, obtidas por meio do histórico de enfermagem aplicado 24 horas após a internação da pessoa na unidade.

Após esta primeira avaliação, utilizando o instrumento de histórico de enfermagem, eram elaborados os diagnósticos de enfermagem e registrados em um segundo momento num instrumento construído para este fim. Nos demais dias da internação da pessoa eram realizadas as avaliações para elaboração dos diagnósticos de forma completa, por meio do exame físico, anamnese, dados de exames laboratoriais e também realizado o registro destes no instrumento específico.

Este instrumento para o registro dos diagnósticos de enfermagem elaborados teve sua estrutura delineada com base na definição operacional da variável diagnóstico de enfermagem para obter os dados necessários para o registro da mesma. O instrumento semi-estruturado construído contém os possíveis diagnósticos de enfermagem para a pessoa com HIV/aids internada na UTI, organizado em seções de acordo com a classificação das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda Horta (1979): psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. E dentro de cada seção, existem as subseções com as necessidades humanas vinculadas a esta classificação de Horta, com os rótulos dos diagnósticos de enfermagem e cada um com seus respectivos componentes: características definidoras, fatores relacionados e de risco. Foram deixados itens no instrumento com espaços em aberto para o acréscimo de diagnósticos, fatores relacionados e de risco e características definidoras não listadas e identificadas durante as avaliações.

O instrumento foi desenvolvido pela pesquisadora, especialmente para o levantamento das necessidades e diagnósticos de enfermagem, a partir da prática assistencial no local de estudo e do modelo de Benedet e Bub (2001) - construído a partir da adaptação das NHB de Wanda Horta e da NANDA-I (APÊNDICE A).

Foi elaborado um glossário para padronizar a coleta de dados, principalmente no que dizia respeito aos componentes dos diagnósticos de enfermagem.

3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os instrumentos preenchidos com os dados do histórico de enfermagem e dos diagnósticos foram numerados, separados por pessoa e arquivados em uma pasta.

Os dados dos instrumentos preenchidos para o registro das variáveis foram revisados, codificados (utilizando as letras maiúsculas iniciais de cada um dos rótulos diagnósticos, características definidoras, fatores relacionados e de risco) e digitados em uma planilha no programa *Excell*[®] da Microsoft[®].

A análise das variáveis foi realizada por meio da estatística descritiva, utilizando frequência absoluta e relativa. A apresentação visual dos dados foi feita através de tabelas.

Foram utilizadas unidades de análise que contaram quantos diagnósticos por pessoa por dia ocorreram durante cada avaliação de enfermagem realizada e quantas necessidades humanas ocorreram por pessoa por dia.

Na análise das necessidades humanas foram consideradas aquelas mais frequentes vinculadas aos rótulos diagnósticos identificados em todas as avaliações realizadas. Foram 19 necessidades humanas identificadas no geral e destas analisaram-se aquelas que ocorreram com frequência acima de 80% em consideração ao quantitativo de dados e para manter o mesmo padrão utilizado para os diagnósticos de enfermagem.

Foram analisados de 43 diagnósticos de enfermagem identificados ao menos uma vez nas avaliações de enfermagem, 11 diagnósticos de enfermagem, os quais ocorreram com frequência acima de 80% em consideração ao quantitativo elevado de dados obtidos. Os componentes dos diagnósticos avaliados – características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco - estavam vinculados a estes diagnósticos mais frequentes.

3.7 DISCUSSÃO DOS DADOS

O resultado da revisão da pesquisa documental realizada foi utilizado como base para as discussões dos resultados da pesquisa nos dois artigos elaborados.

Para elaboração dessa revisão da literatura foi realizada uma

busca nas bases de dados: “Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde” (LILACS), *National Center for Biotechnology Information* (MEDLINE), “*Scientific Electronic Library On-line*” (SciELO), Isi Web of Science, OVID e CINAHL, entre os anos de 1999 a 2009, com o propósito de buscar informações sobre a aplicação dos diagnósticos de enfermagem da classificação diagnóstica da NANDA-I em pessoas com HIV/aids internadas em UTI, utilizando os seguintes descritores pesquisados no vocabulário dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS e *Medical Subject Headings - MeSH*: diagnóstico de enfermagem (*nursing diagnoses/ diagnóstico de enfermería*), *Human Immunodeficiency Virus - HIV* (HIV/ VIH), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - aids (*Acquired Immunodeficiency Syndrome/ Síndrome de Imunodeficiencia Adquirida*); diagnósticos de enfermagem, cuidados intensivos (*intensive care/ cuidados intensivos*); HIV/Aids, cuidados intensivos, enfermagem (*nursing/ enfermería*), Unidades de Terapia Intensiva - UTI (*intensive care units/ unidades de terapia intensiva*).

Foram realizadas buscas em *home-pages/ links* do Ministério da Saúde, Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina e Prefeitura Municipal de Florianópolis, disponibilizadas *on-line*.

Foram realizadas buscas nas referências de alguns artigos encontrados e através da leitura dos resumos destes a maioria foi descartada por não se aproximarem do tema. Foi encontrada uma referência de um site internacional e uma dissertação de mestrado, que posteriormente foi publicada em artigo.

Vale ressaltar uma lacuna na produção científica quando foram relacionados na busca os descritores HIV/aids, diagnósticos de enfermagem e UTI, mesmo com o uso dos qualificadores das bases de dados utilizadas.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

A ética pode ser vivenciada em diversos âmbitos: pessoal, profissional, social e deve permear todas as práticas realizadas bem como as ações cotidianas das pessoas.

Este estudo respeitou os princípios éticos – autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça - que constam na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e os princípios do Código de Ética profissional para normatizar as atividades de pesquisa. O projeto

foi encaminhado para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC e aprovado, sem pendências, de acordo com protocolo nº 272/09/ FR-280113, em reunião realizada no dia 31/08/2009 (ANEXO B).

Foi concedida a autorização pelo Diretor Geral da instituição, escolhida como local de estudo, para sua realização e para utilizar o nome da instituição (ANEXO C).

Os sujeitos selecionados foram informados sobre a liberdade de desistirem a qualquer momento no decorrer do estudo e da garantia de anonimato. Nos momentos em que os sujeitos estavam sob o efeito de sedação ou inconscientes o contato era realizado com seus responsáveis legais.

A coleta de dados era iniciada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), pelos participantes ou por seus responsáveis legais. A pesquisadora deixou clara a disponibilidade aos participantes para o esclarecimento sobre qualquer questão a respeito da pesquisa realizada e seus objetivos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão desta pesquisa foram apresentados na forma de dois artigos conforme metodologia adotada pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC.

O artigo 1 com o título “Necessidades Humanas e Diagnósticos de Enfermagem na Assistência a Pessoas com HIV/aids em UTI”, está formatado para envio a Revista Brasileira de Enfermagem, classificado como periódico B1 pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

O artigo 2 com o título “Componentes dos Diagnósticos de Enfermagem na Assistência a Pessoas com HIV/aids em Unidade de Terapia Intensiva” está formatado para envio a Revista Latino-Americana de Enfermagem, classificado como periódico A2 pela CAPES.

Os artigos estão apresentados de acordo com as normas dos periódicos aos quais serão submetidos, com adaptações na apresentação gráfica, para atender as normas de apresentação gráfica para Teses e Dissertações, conforme disposto no Guia Rápido para Diagramação de Trabalhos Acadêmicos, da Universidade Federal de Santa Catarina.

4.1 ARTIGO 1 - NECESSIDADES HUMANAS E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM HIV/AIDS EM UTI

Necessidades Humanas e Diagnósticos de Enfermagem na Assistência a Pessoas com HIV/aids em UTI

Human needs and nursing diagnoses in the care of people with HIV /AIDS in the ICU

Necesidades Humanas y Diagnósticos de Enfermería en la Asistencia a Personas con VIH/aids en UTI

Sonciarai Martins Baldin¹
Maria Bettina Camargo Bub²

Resumo

Pesquisa observacional-descritiva com objetivo de descrever as necessidades humanas e os diagnósticos de enfermagem na assistência a pessoas com HIV/aids em unidade de terapia intensiva. O levantamento dos dados foi feito por meio de histórico de enfermagem e um instrumento especialmente elaborado para registro dos diagnósticos, baseado no modelo construído por Benedet e Bub a partir das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta e da NANDA - *International*. Análise dos dados foi feita por meio de estatística descritiva. As necessidades humanas mais frequentes observadas foram as psicobiológicas. Destacaram-se 11 diagnósticos com frequência acima de 80% do total de 43 identificados. Os resultados permitem traçar intervenções mínimas para as necessidades de cuidados das pessoas com HIV/aids na terapia intensiva.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem; HIV, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; cuidados intensivos.

Abstract

A descriptive research aims to describe human needs and nursing diagnosis in the care of people with HIV/AIDS in the intensive unit care. The study was done through the nursing historic and a tool specifically designed to record the diagnosis based on the model built by Benedet and Bub from the Basic Human Needs of Wanda Horta and the

¹ Enfermeira. Mestranda do programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis/SC. E-mail: sonciarai@hotmail.com

² Doutora. Professora Adjunta do Programa de Pós-graduação e Departamento de Enfermagem da UFSC. Florianópolis/ SC. E-mail: vito@unetsul.com

NANDA- International. Data analysis was done using descriptive statistics. The most frequently human needs observed were the psychobiological. The highlights were 11 diagnoses with a frequency above 80% of 43 identified. The results permit to establish minimal interventions for the care needs of people with HIV/AIDS in the intensive unit care.

Keywords: Nursing diagnosis, HIV, Acquired immunodeficiency syndrome; intensive care.

Resumen

Investigación observacional-descriptiva con objetivo de describir las necesidades humanas y los diagnósticos de enfermería en la asistencia a personas con VIH/aids en la unidad de terapia intensiva. El levantamiento de los datos fue realizado por medio de la historia de enfermería y un instrumento especialmente elaborado para registro de los diagnósticos, basado en el modelo construido por Benedet y Bub a partir de las Necesidades Humanas Básicas de Wanda Horta y de la NANDA- International.. Análisis de los datos fue realizado por medio de estadística descriptiva. Las necesidades humanas mas frecuentes observadas fueron las psicobiológicas. Se destacaron 11 diagnósticos con frecuencia encima de 80% de los 43 encontrados. Los resultados permiten trazar intervenciones mínimas para las necesidades de cuidados de las personas con VIH/aids en la terapia intensiva.

Descriptor: Diagnóstico de enfermería; VIH, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; cuidados intensivos.

INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) é caracterizada por uma disfunção grave do sistema imunológico daquele que é infectado pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)⁽¹⁾.

No Brasil, os primeiros casos de HIV/aids ocorreram no início da década de 1980 e desencadearam medo, pânico, negação e preconceito na população⁽²⁾. Desde então até 2009, já são 544.846 casos acumulados de pessoas vivendo com aids no país. A estimativa gira em torno de 34.480 mil novos casos de pessoas infectadas pelo HIV registrados no ano de 2008. No mesmo ano, estatísticas oficiais trazem a incidência de 18,2 casos de aids por 100.000 habitantes no país⁽³⁻⁴⁾.

Nos diferentes estágios pelos quais podem passar as pessoas infectadas pelo HIV, destacam-se aqueles nos quais a condição de saúde é tão grave que há necessidade de internação em unidade de cuidados

intensivos para ventilação mecânica, infusão de drogas vasoativas, monitorização hemodinâmica contínua, entre outros. Neste momento crítico de sua história de saúde estas pessoas apresentam necessidades específicas, e cabe a equipe de saúde destas unidades (incluindo enfermeiros e enfermeiras) conhecer o perfil de saúde destas pessoas a fim de fundamentarem sua prática de cuidado. Ou seja, avaliar a demanda de cuidado dentro da terapia intensiva e satisfazer as necessidades de cada um estabelecendo prioridades.

Desde o ano de 1986, quando foi regulamentada a Lei do exercício profissional da enfermagem, nº 7.498 de 25 de junho de 1986, existe uma base para sustentar e apoiar as ações de planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem no país como um todo. No que diz respeito a terapia intensiva, a lei do exercício profissional afirma que o cuidado direto de enfermagem a pessoas graves e com risco de vida é privativo dos enfermeiros e enfermeiras⁽⁵⁾.

Em continuidade aos avanços na regulamentação da assistência de enfermagem, em 15 de outubro de 2009, foi publicada a Resolução do COFEN nº 358/2009 que dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e em especial sobre a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, nos quais ocorre o cuidado de enfermagem⁽⁶⁾. Nesta resolução foram descritas as cinco etapas inter-relacionadas e interdependentes do processo de enfermagem citadas a seguir: coleta de dados ou histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação⁽⁶⁾.

O diagnóstico de enfermagem configura a etapa da tomada de decisões frente às necessidades humanas afetadas da pessoa, a fim de escolher e direcionar as intervenções de cuidado mais adequadas àquele determinado momento⁽⁶⁻⁷⁾.

A classificação diagnóstica da NANDA - *International* (NANDA-I) tem como principal benefício a utilização de uma linguagem padronizada entre enfermeiros e enfermeiras que pode facilitar a comunicação profissional na área clínica e a determinação das intervenções visando a promoção e a recuperação da saúde⁽⁸⁾.

Assim, a pesquisa teve o objetivo de descrever as Necessidades Humanas Básicas e os diagnósticos de enfermagem da classificação diagnóstica da NANDA-I apresentados por pessoas com HIV/ aids em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

MÉTODOS

A pesquisa foi do tipo observacional-descritiva, quantitativa, realizada na UTI do Hospital Nereu Ramos (HNR), na cidade de Florianópolis/SC, no período de setembro a dezembro de 2009. A amostra foi do tipo não-probabilística, delimitada através de um corte no tempo de quatro meses para a coleta dos dados e compreendeu 10 pessoas que internaram na UTI do HNR.

Os sujeitos foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: adultos (acima dos 19 anos de idade), que estivessem internados na UTI do HNR, com diagnóstico confirmado de infecção por HIV e definição de caso de aids de acordo com o Ministério da Saúde.

A coleta de dados foi realizada depois de completadas 24 horas de internação na UTI, por meio do histórico de enfermagem organizado por necessidades humanas. Posteriormente, havia a definição da lista de diagnósticos de enfermagem identificados, e, seu registro num instrumento semi-estruturado. Este instrumento foi desenvolvido pela pesquisadora a partir da prática assistencial no local de estudo e do modelo de Benedit e Bub⁽⁹⁾ construído a partir da adaptação das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda Horta e da NANDA - I.

As avaliações de enfermagem foram realizadas diariamente pela pesquisadora, desde a admissão até a alta do paciente da UTI. As necessidades e os diagnósticos de enfermagem identificados a partir da interpretação dos dados da anamnese e exame físico, realizados no período vespertino durante cada dia do tempo de coleta de dados.

A análise considerou as necessidades e diagnósticos que ocorreram por pessoa por dia em cada avaliação de cuidado, e foi realizada por meio da estatística descritiva utilizando frequências absoluta e relativa. Os diagnósticos foram analisados em termos de natureza e frequência. A natureza foi definida pelo rótulo do diagnóstico identificado de acordo com as respostas da pessoa com HIV/aids na UTI e a frequência foi definida pelo número de ocorrências do rótulo nas avaliações diárias realizadas nas pessoas internadas na UTI.

A pesquisa respeitou as exigências da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade Federal de Santa Catarina (Processo nº 272/09/FR-280113)⁽¹⁰⁾. A coleta de dados foi iniciada após a abordagem das pessoas ou responsáveis para elucidação e ciência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Durante o período de coleta de dados, foram 45 dias de assistência da admissão até a alta da UTI, durante os quais foram realizadas 61 avaliações nos sujeitos observados.

A amostra caracterizou-se quanto ao sexo em 60% masculino e 40% feminino e a média de altura 169 e 165 cm, respectivamente. A faixa etária predominante, tanto no sexo feminino como masculino foi de 30 a 39 anos. O tempo de diagnóstico de positividade para o HIV era recente em 80% das pessoas na UTI, confirmado na admissão. A maioria dos sujeitos (70%) tinha completado o ensino fundamental, 20% o ensino médio, e 10% pós-graduação. Quanto à situação conjugal 30% eram solteiros, 20% casados, 20% divorciados e os outros 30% se dividiram em separados, viúvos e união estável. As comorbidades apresentadas foram Neurotoxoplasmose (50%), Neurocriptococose (30%), Pneumonia (20%) e Hepatite (10%), no campo outros foi identificado Tuberculose em 30% das pessoas.

Nos 10 sujeitos estudados foram identificados 43 diagnósticos de enfermagem dentre os 201 diagnósticos da taxonomia II da classificação da NANDA-I (2009-2011)⁽⁷⁾, os quais apareceram no total de 1.236 vezes durante a assistência e distribuíram-se em 19 NHB. Houve uma média de 13,9 NHB/ pessoa dentro dos 45 dias de seguimento destas.

A Tabela 1 mostra a freqüência das NHB em ordem decrescente nas pessoas observadas por avaliação realizada.

Tabela 1. Freqüência das Necessidades Humanas Básicas nas avaliações das pessoas com HIV/aids na UTI do HNR. Florianópolis/SC, 2009

Necessidades Humanas Básicas	f	%
Integridade física	61	100
Hidratação	61	100
Segurança física e Meio ambiente	61	100
Cuidado corporal	60	98,4
Alimentação	60	98,4
Regulação térmica	58	95,1
Atividade física	56	91,8
Oxigenação	55	90,2
Comunicação	50	82,0
Regulação vascular	48	78,7
Regulação neurológica	34	55,7
Espiritualidade	32	52,5
Percepção dos órgãos dos sentidos	27	44,3
Educação	20	32,8
Liberdade e participação	20	32,8

Segurança emocional	9	14,8
Terapêutica	9	14,8
Eliminação	6	9,9
Sono e repouso	2	3,3

Ao analisar a Tabela 1 verificou-se que as necessidades de *Integridade física*, *Hidratação* e *Segurança física e meio ambiente* manifestaram-se em 100% das avaliações realizadas, enquanto que as necessidades de *Cuidado corporal* (98,4%), *Alimentação* (98,4%), *Regulação térmica* (95,1%), *atividade física* (91,4%), e *Oxigenação* (90,2%), apareceram em segundo lugar com percentil na faixa de 90%.

Dentre os 43 diagnósticos encontrados foram destacados aqueles que ocorreram com frequência acima de 80% nas avaliações realizadas, resultando 11 diagnósticos (Tabela 2). Foram identificados, em média, 27 diagnósticos de enfermagem, por pessoa, por dia. Dentre estes, *Proteção alterada* (necessidade de Segurança e meio ambiente), *Integridade da pele prejudicada* e *Integridade tissular prejudicada* (necessidade de Integridade física) foram identificados em todas as avaliações das pessoas com HIV/aids, correspondendo a 100% de ocorrência.

Tabela 2. Diagnósticos de Enfermagem com frequência maior do que 80% na assistência a pessoas com HIV/aids na UTI do HNR. Florianópolis/ SC, 2009

Diagnósticos de Enfermagem	f	%
Proteção alterada	61	100
Risco para infecção	61	100
Integridade da pele prejudicada	61	100
Risco para prejuízo da integridade da pele	61	100
Integridade tissular prejudicada	61	100
Síndrome do déficit do autocuidado	60	98,4
Risco para desequilíbrio dos fluidos corporais	57	93,4
Risco para déficit no volume de líquidos	54	88,5
Incapacidade p. manter respiração espontânea	50	82,0
Desobstrução ineficaz das vias aéreas	50	82,0
Comunicação prejudicada	50	82,0

Dentre os diagnósticos de enfermagem de risco se destacaram aqueles que pertencem às necessidades de Segurança física e meio ambiente e Integridade física, ambos com 100% de ocorrência: *Risco para infecção* e *Risco para prejuízo da integridade da pele*, respectivamente.

O diagnóstico de *Síndrome do déficit do autocuidado*, vinculado à necessidade de Cuidado corporal, foi identificado em 60 avaliações de enfermagem na UTI.

Outros dois diagnósticos de risco que mereceram destaque pertencem a necessidade de Hidratação: *Risco para desequilíbrio dos fluídos corporais* e *Risco para déficit no volume de líquidos* (Tabela 2).

Como se pode observar, os diagnósticos vinculados às necessidades Psicobiológicas foram mais freqüentes do que aqueles vinculados as necessidades Psicossociais e Psicoespirituais, possivelmente devido ao grau de gravidade dos sujeitos estudados.

DISCUSSÃO

As necessidades humanas são certas condições mínimas de sobrevivência, impostas a todos os grupos de seres humanos e sobre os organismos individuais dentro de um grupo⁽¹¹⁾. Uma necessidade pode expressar diferentes fenômenos: um estado de deficiência ou diferença; um estado de tensão no organismo, como uma motivação ou estímulo a um comportamento específico, ou ainda, pode referir-se a algo que é necessário e assim, a necessidade será expressa pelo objeto que é necessitado⁽⁹⁾.

Para Wanda Horta, em sua teoria das Humanas Básicas, as necessidades são universais, contudo suas manifestações e a maneira de satisfazê-las variam de pessoa para pessoa.⁽¹²⁾

A partir dos resultados apresentados, verificou-se que algumas necessidades humanas foram identificadas, mais de uma vez, num mesmo dia, em pessoas distintas com HIV/aids avaliadas na UTI. Porém, para cada pessoa haviam diagnósticos diferentes vinculados a uma mesma necessidade, e, ainda, em diagnósticos com o mesmo rótulo, as características definidoras e os fatores relacionados ou de risco se diferenciavam.

Outro aspecto observado foi que nem sempre a necessidade mais freqüente indicava a necessidade prioritária a ser satisfeita. Isto nos mostra que as demandas de cuidado diárias em UTI exigem avaliação constante quanto a qualidade do evento (necessidade), sua duração e quantidade, e requerem a observância de princípios para a determinação de prioridades de cuidado, como por exemplo, o princípio de necessidade e de custo-efetividade.

Estes fatos nos mostram a complexidade da condição de saúde de pessoas com HIV/aids internadas em UTI a partir da perspectiva das necessidades humanas básicas, do diagnóstico de enfermagem e seus componentes, e as repercussões para o cuidado de enfermagem. Nos

fazem pensar sobre o planejamento do cuidado a estas pessoas; o que precisa ser priorizado para reduzir danos (princípio da necessidade), o que deve ser evitado não só por ser inefetivo (no sentido de não atingir o efeito desejado e, conseqüentemente desperdiçar recursos de toda sorte), mas sobretudo porque provoca sofrimento desnecessário (princípios do custo-efetividade e da dignidade humana).

Nos impele a refletir também sobre os objetivos que temos estabelecido, e, conseqüentemente, nos remete aos resultados do cuidado de enfermagem. São eles realmente objetivos - possuem alta probabilidade de serem alcançados? Pertencem ao mundo, ou a um ideal utópico no qual a probabilidade de se tornarem resultados é praticamente nula?

A presença de enfermeiros e enfermeiras na terapia intensiva é essencial, uma vez que são os profissionais que, em conjunto com sua equipe, atuam por mais tempo no cuidado direto. É sobretudo nestas Unidades que precisam ser atenciosos e atentos, ter conhecimento do estado atual de saúde das pessoas sob seus cuidados - das necessidades de cuidado e dos objetos de suas necessidades, e avaliar continuamente, os resultados do cuidado e as novas necessidades ⁽¹³⁾. A partir do conhecimento conseguem determinar os objetivos que devem ser alcançados durante o planejamento da assistência de enfermagem como um todo, e suas intervenções de cuidado em especial (Figura 1). Ainda, de acordo com a concepção de necessidade, o que foi planejado e implementado pode ser reavaliado a cada momento (as ações de enfermagem, no caso), dentro da dinamicidade e complexidade das escolhas dos cuidados intensivos, conforme as prioridades estabelecidas para as necessidades a serem satisfeitas de cada pessoa ⁽⁹⁾.

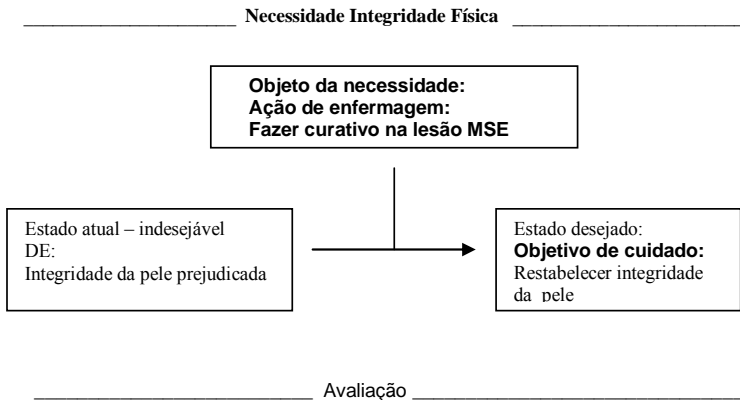


Figura 1 . Diagrama do raciocínio no estabelecimento de necessidades, objetivos de cuidado e avaliação.

A descrição das dimensões das necessidades (qualidade – o quê, quantidade – quanto, e temporalidade – quando) provê as informações sobre a situação real de saúde deste grupo, e também sobre as situações possíveis (principalmente riscos) as quais está exposto. Desse modo é possível reduzir o grau de vulnerabilidade e proporcionar um cuidado mais seguro desde o primeiro momento de internação na UTI.

Cuidar de acordo com a SAE possibilita que os enfermeiros e enfermeiras identifiquem necessidades humanas, diagnósticos, e respectivas intervenções de enfermagem estabelecidas em condições de saúde específicas e, assim, caracterizar essas condições. Desse modo, a equipe de enfermagem tem subsídios para uma assistência baseada em conhecimentos, viabilizando um cuidado objetivo e individualizado⁽¹⁴⁾.

Em termos legais, a Resolução 358/09 do COFEN determina que a assistência de enfermagem seja sistematizada, implantando-se o processo de enfermagem nos serviços de saúde⁽⁶⁾. Assim, o uso de elementos inerentes à prática profissional (diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem) favoreceram o desenvolvimento, em curso, de sistemas de classificação de conceitos que fazem parte da linguagem profissional da área da enfermagem⁽¹⁵⁾.

O uso de classificações diagnósticas na enfermagem tem dentre seus propósitos: organizar a linguagem utilizada pelos enfermeiros e enfermeiras, melhorando o entendimento em todos os níveis da prática; desenvolver um corpo de conhecimento próprio; documentar

adequadamente os dados da prática profissional para serem e utilizados em pesquisas; estabelecer o perfil de necessidades de cuidado e facilitar a determinação das intervenções de cuidado mais adequadas às pessoas, no caso do presente estudo, com HIV/aids, bem como os resultados esperados frente ao cuidado realizado.

Possibilita também, seguir uma linha de raciocínio no planejamento da assistência, com base no conhecimento, no pensamento e na tomada de decisão clínica com o suporte em evidências obtidas a partir da avaliação dos dados da prática, e este estudo, assim, busca direcionar a assistência as pessoas com HIV/aids na UTI⁽¹⁷⁾.

Os diagnósticos de enfermagem que ocorreram em todas as avaliações estão diretamente relacionados ao rompimento da pele como barreira de defesa do corpo e a fragilidade do sistema imunológico, típica das pessoas com HIV/aids.

Corroborando com os achados deste estudo, uma pesquisa realizada com 60 adultos com HIV/aids, internados em uma unidade de doenças infecciosas e parasitárias da cidade de São Paulo/SP, no ano de 2006, os diagnósticos de *Proteção alterada* e *Risco para infecção* ocorreram em 100% dos casos, seguidos do diagnóstico de *Risco para prejuízo da integridade da pele* com 86,6%⁽¹⁸⁾.

A pele é o órgão mais atingido no curso da infecção pelo HIV. As afecções dermatológicas podem ser causadas por fungos, vírus, bactérias, ácaros, neoplasias malignas ou desordens inflamatórias relacionadas à falta de regulação do sistema imunológico. A recidiva das manifestações destas afecções pode indicar progressão da imunodeficiência⁽¹⁹⁾.

Além dos diagnósticos reais identificados, os diagnósticos de *Risco para infecção* e *Risco para prejuízo da integridade da pele* observados em 100% dos dias de assistência na UTI ratificam a importância de focar aquelas condições de saúde que contribuem para o aumento da vulnerabilidade da pessoa com HIV/aids, direcionando o planejamento das ações com o propósito de minimizar ou abolir danos a integridade da pele⁽⁹⁾.

Os diagnósticos *Incapacidade para manter respiração espontânea* e *Desobstrução ineficaz das vias aéreas*, ambos vinculados a necessidade de Oxigenação, estão relacionados ao comprometimento progressivo da função respiratória nas pessoas com HIV/aids (infecções oportunistas). Os diagnósticos vinculados à necessidade de Oxigenação não foram verificados em 100% do período do estudo, entretanto é fundamental compreender que eles são prioritários, pois a necessidade de Oxigenação é condição primeira para a sobrevivência humana e deve

ser avaliada e satisfeita quando identificada por enfermeiras e enfermeiros quando comparada as demais necessidades, como por exemplo, a necessidade de Integridade física.

Um estudo realizado com pessoas internadas em UTI com HIV/aids mostrou que a maior indicação de internação em UTI destas pessoas foi por insuficiência respiratória aguda correspondendo a 76% dos sujeitos da amostra estudada⁽²⁰⁾. Neste mesmo estudo 64,8% das pessoas admitidas foram submetidas à ventilação mecânica invasiva⁽²⁰⁾.

Durante a pesquisa foi observado que a maior parte dos sujeitos assistidos na UTI se encontrava sedado, intubado, sob ventilação mecânica e usando drogas vasoativas. Esta condição crítica de saúde configura uma alta dependência destas pessoas aos cuidados de enfermagem. Este fato, contribui para explicar e destacar a necessidade de Cuidado corporal manifestada pelo diagnóstico de *Síndrome do déficit do autocuidado*. Estas pessoas têm incapacidade para mobilizar-se espontaneamente, alimentar-se, tomar banho, dirigir-se ao banheiro, entre tantas outras atividades da vida diária. Atividades estas que serão assumidas pela equipe de enfermagem e demandarão tempo e empenho conforme a quantidade de pessoas com estas características/incapacidades.

CONCLUSÃO

As necessidades Psicobiológicas foram as mais afetadas nas pessoas com HIV/aids na UTI. Dentre elas, destacaram-se as necessidades Segurança física e meio ambiente, Integridade física e Hidratação, representadas por diagnósticos de enfermagem que ocorreram em todas as avaliações das pessoas internadas na UTI.

Os diagnósticos identificados na pesquisa representam as necessidades destas pessoas e refletem o perfil deste grupo, fato que permite planejar objetivos de cuidado e traçar intervenções mínimas para alcançar resultados que se traduzam em bem estar e melhora da condição de saúde destas pessoas. Contudo, sugere-se aprofundar o tema com novos estudos, dado a lacuna verificada na divulgação do conhecimento científico nesta área da enfermagem.

Recomendam-se também estudos multicêntricos em terapia intensiva, com amostras probabilísticas, com validação da lista de diagnósticos e seus componentes com outros enfermeiros que atuem na área.

Para finalizar, sabe-se que o conhecimento e a técnica são fundamentais, mas a sensibilidade no ato de cuidar é o elemento estético, pois é exatamente ela que confere arte ao que fazemos, é ela

que faz com que um doente lembre o nosso nome, durma bem depois de um banho, sintam-se tranqüilos quando chegamos.

REFERÊNCIAS

- 1 - Ministério da Saúde (BR). Doenças Infecciosas e Parasitárias – Guia de Bolso. 7 ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- 2 - Schneider IJC, Ribeiro C, Breda D, Skalinski LM, Orsi E. Perfil Epidemiológico dos usuários dos centros de testagem e aconselhamento do estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005. Cad. Saúde Pública. 2008 Jul.; 24(7):1675-88.
- 3 - Ministério da Saúde (BR). Briefing Boletim Epidemiológico 2009. [citado em: 25 nov 2009]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocument>
- 4 - UNAIDS. A ONU e a resposta à aids no Brasil. Versão em português. Dezembro 2008. [citado em: 22 maio 2009]. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br>
- 5 - Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986 (BR). Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. 26 de junho de 1986. Seção I - fls 9.273-5. Legislação federal. [citado em: 18 jan 2010]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=22&secaoID=35>
- 6 - Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução n. 358, de 15 de out 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. [citado em: 03 nov 2009]. Disponível em: <http://www.cofensp.org.br/resoluções.html>
- 7 - North American Nursing Diagnoses Association. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2009. 452 p.
- 8 - Cerullo JASB, Cruz DALM. Implementação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I em hospitais brasileiros. In: Gaidzinski RR, Soares AVN, Lima AFC, Gutierrez BAO, Cruz DALM, Rogenski NMB et al., organizadores Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2008. p 38-46
- 9 - Benedet SA, Bub MBC. Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2 ed. Florianópolis: Bernúncia; 2001.
- 10 - Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução 196/96. Dispõe sobre

questões éticas envolvendo seres humanos. Brasília, 10 de outubro de 1996. Legislação federal.

11 – Malinowski B. A scientific theory of culture. Chapel Hill: University of North Carolina Press. 1944.

12 - Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

13 – Bub MBC., Liss P. Metodologias do Cuidado em Enfermagem. In: PROENF – Programa de Atualização em Enfermagem Saúde do Adulto. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2006. p 9-56.

14 - Reppetto MA, Souza MA. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em um hospital universitário. Rev. Bras. Enferm. 2005 maio/jun.; 58(3):325-9.

15 - Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Escola Anna Nery Revista Enfermagem. 2009 Mar. 13(1):188-193.

16 - Cruz DALM. Processo de enfermagem e classificações. In: Gaidzinski RR, Soares AVN, Lima AFC, Gutierrez BAO, Cruz DALM, Rogenski NMB et al, organizadores. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2008. p 25-37.

17 - Tannure MC, Pinheiro, AM. Sistematização da Assistência de Enfermagem. In: Tannure MC, Pinheiro AM, organizadores. SAE. Sistematização da Assistência de Enfermagem. Guia Prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan; 2010.

18 - Silva MR, Bettencourt ARC, Diccini S, Belasco A, Barbosa DA. Diagnósticos de enfermagem em portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida. Rev Bras. Enferm. 2009 jan./fev.; 62 (1): 92-9.

19 - Rachid M, Schechter M. Manual HIV/Aids. 9 ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2008. 222 p.

20 - Bonavito MTZ. Identificação de fatores prognóstico em pacientes com HIV/AIDS internados na Unidade de Terapia Intensiva do Instituto de Infectologia Emilio Ribas no ano de 2003 [dissertação]. São Paulo: Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo; 2007.

21 - Maia FM, Frota NA. Manifestações neurológicas do paciente com HIV. 2008. [citado em: 10 agosto 2010]. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes>

4.2 ARTIGO 2 - COMPONENTES DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM HIV/AIDS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

COMPONENTES DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM HIV/AIDS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA*

COMPONENTS OF NURSING DIAGNOSIS IN ASSISTANCE TO PEOPLE WITH HIV/AIDS IN INTENSIVE CARE UNIT

COMPONENTES DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN LA ASISTENCIA A PERSONAS CON HIV/AIDS EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Sonciarai Martins Baldin[†]
Maria Bettina Camargo Bub[‡]

Resumo: Assistir pessoas com HIV/aids internadas em unidade de terapia intensiva é um desafio para enfermeiros e enfermeiras, tal é a gravidade da condição de saúde e a complexidade da assistência requerida. Com objetivo de descrever os componentes dos diagnósticos de enfermagem foi realizada uma pesquisa observacional-descritiva no período de setembro a dezembro de 2009. O levantamento dos dados foi feito por meio de histórico de enfermagem e um instrumento especialmente elaborado para registro dos diagnósticos, baseado no modelo construído por Benedet e Bub a partir das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta e da *NANDA-International*. Análise foi feita por meio de estatística descritiva. Os resultados apontaram as características definidoras, fatores relacionados e de risco mais

* Resultados de dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC).

[†] Enfermeira. Mestranda do PEN/UFSC. Bolsista CNPq. E-mail: sonciarai@hotmail.com . Florianópolis/SC/Brasil.

[‡] Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e PEN/UFSC. E-mail: vito@unetsul.com. Florianópolis/ SC/Brasil.

freqüentes na prática assistencial. O conhecimento dos componentes diagnósticos permite eleger as melhores intervenções de cuidado para as necessidades das pessoas com HIV/aids em terapia intensiva.

Descritores: diagnósticos de enfermagem, HIV, síndrome da imunodeficiência adquirida, cuidados intensivos.

Abstract: Care people with HIV/AIDS admitted to the intensive unit care is a challenge for nurses, such is the severity of health condition and complexity of care required. Aiming to describe the components of nursing diagnosis was conducted a research observational-descriptive during September to December 2009. The study was done through the nursing historic and a tool specifically designed to record the diagnoses based on the model built by Benedet and Bub from the Basic Human Needs of Wanda Horta and the NANDA-International. The analysis was performed using descriptive statistics. The results showed the defining characteristics, related factors and risk factors more frequent in assistance practice. Knowledge of the diagnostic components allows the selection of the best care interventions to the needs of people with HIV/AIDS in intensive care.

Descriptors: nursing diagnosis, HIV, Acquired immunodeficiency syndrome, intensive care.

Resumen: Asistir personas con HIV/aids internadas en unidad de terapia intensiva es un desafío para enfermeros y enfermeras, tal es la gravedad de la condición de salud y la complejidad de la asistencia requerida. Con objetivo de describir los componentes de los diagnósticos de enfermería fue realizada una pesquisa observacional-descriptiva en el período de septiembre a diciembre de 2009. El levantamiento de los datos fue realizado por medio de la historia de enfermería y un instrumento especialmente elaborado para registro de los diagnósticos, basado en el modelo construido por Benedet y Bub a partir de las Necesidades Humanas Básicas de Wanda Horta y de la NANDA-International. Análisis fue realizada por medio de estadística descriptiva. Los resultados apuntaron las características definidoras, factores relacionados y de riesgo mas frecuentes en la práctica asistencial. El conocimiento de los componentes diagnósticos permite elegir las mejores intervenciones de cuidado para las necesidades de las personas con HIV/aids en terapia intensiva.

Descritores: diagnósticos de enfermería, HIV, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, cuidados intensivos.

Introdução

No mundo existem cerca de 33,4 milhões de pessoas infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV); no Brasil, este número gira em torno de 630 mil pessoas ⁽¹⁻²⁾.

Diante das tendências epidemiológicas da infecção pelo HIV, a incerteza de cura até o presente momento e a necessidade de divulgar os meios de prevenção e controle para evitar o contágio por este vírus, faz-se necessário pensar nas conseqüências de tal epidemia para a sociedade, apesar dos avanços já conquistados.

Na Enfermagem, tem-se adotado como metodologia para sustentar e direcionar as práticas de cuidado, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a qual foi reforçada recentemente pela Resolução 358/09 do Conselho Federal de Enfermagem que determina sua realização nas instituições de saúde por meio da aplicação do processo de enfermagem. Esta resolução propõe um processo de enfermagem constituído por cinco etapas: histórico de enfermagem ou coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação ⁽³⁾.

Associada a implementação da SAE, o uso de classificações diagnósticas na enfermagem assume papel importante neste contexto. As classificações diagnósticas na enfermagem constituem a organização sistemática de fenômenos relacionados em grupos a partir de características que os objetos têm em comum, com o propósito de buscar uma linguagem unificada ⁽⁴⁻⁵⁾. Neste sentido, inúmeras discussões acerca das classificações e sobre o desenvolvimento de seu uso, vantagens e desvantagens têm ampliado o olhar dos enfermeiros e enfermeiras para os diagnósticos de enfermagem na prática.

O diagnóstico de enfermagem, de acordo com a *NANDA-Internacional* (NANDA-I) é o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a processos vitais reais ou potenciais e proporciona a base para a seleção de intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais as enfermeiras e enfermeiros são responsáveis ⁽⁵⁾.

O raciocínio clínico aparece como elemento essencial no processo diagnóstico aliado a outras qualidades do profissional: julgamento, conhecimento teórico e experiência clínica os quais vão contribuir para direcionar as ações de cuidado necessárias ⁽⁶⁾. Entretanto, este processo não tem a intenção de simplificar eventos clínicos, mas prover uma abordagem consensual dos profissionais para eventos específicos.

As pessoas HIV positivo vivem em ambientes diversos, apresentam condições distintas, constituindo situações de cuidado diversas. Assim, as características destas situações, as necessidades de cuidado e seus objetivos, as respostas destas pessoas, bem como as intervenções para atingir tais objetivos, devem ser devidamente diagnosticadas e planejadas de forma a elaborar estratégias de cuidado que assegurem resolutividade e integralidade na assistência prestada.

A descrição de uma lista de diagnósticos de enfermagem e de seus componentes mais frequentes num grupo específico, esclarece para a equipe de enfermagem as possíveis demandas de cuidado que encontrará na prática, possibilitando um melhor planejamento do processo de cuidar, fundamental no âmbito de cuidados da Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Neste sentido, estudos descritivos contribuem para apresentar informações básicas provenientes da prática profissional. Buscam prover o perfil acurado de um grupo; descrever um processo; encontrar informações para estimular novas explicações ou apresentar informações básicas ou um contexto⁽⁷⁾.

No entanto, em uma busca da produção científica em bases de dados, verificou-se que estudos sobre pessoas com HIV/aids na área da enfermagem em cuidados intensivos são poucos, principalmente no que diz respeito aos diagnósticos de enfermagem. Por este motivo, definiu-se como objetivo do estudo descrever os componentes dos diagnósticos de enfermagem da classificação da NANDA-I, na assistência a pessoas com HIV/aids na UTI.

Método

Foi realizada uma pesquisa de metodologia quantitativa, do tipo observacional-descritiva na UTI do Hospital Nereu Ramos (HNR), situado em Florianópolis/SC.

A amostra do estudo foi não-probabilística e constituiu-se de todas as pessoas que internaram no período de setembro a dezembro de 2009 e, somando um total de 10 pessoas selecionadas. Os sujeitos foram escolhidos de acordo com os seguintes critérios de inclusão: indivíduos adultos com idade acima de 19 anos; internados na UTI do HNR; com diagnóstico confirmado de infecção por HIV e definição de caso de aids de acordo com o Ministério da Saúde⁽⁸⁾.

A coleta de dados foi realizada diariamente pela pesquisadora a qual avaliava (avaliação de enfermagem) todos os sujeitos incluídos no estudo desde da internação até a alta da UTI.

As informações para construção da primeira lista de diagnósticos de enfermagem eram levantadas por meio de um instrumento estruturado, o histórico de enfermagem, após 24h de internação da pessoa na UTI. Instrumento este já publicado, fundamentado na teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda Horta e adaptado no modelo de Benedet e Bub⁽⁹⁾. Nos demais dias de internação, os sujeitos eram avaliados pela pesquisadora, que validava a lista de diagnósticos formulados, excluindo diagnósticos resolvidos, ajustando componentes (fatores de risco, fatores relacionados, e características definidoras) de diagnósticos já existentes e incluindo novos diagnósticos quando esse fosse o caso.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva utilizando frequência absoluta e relativa. Em decorrência do quantitativo de dados, foram analisados os rótulos diagnósticos e seus respectivos componentes, que ocorreram com frequência acima de 80%. Também por esta razão, optou-se por considerar os quatro componentes diagnósticos mais frequentes de cada diagnóstico, e, em alguns casos, aqueles mais relevantes de acordo com o princípio da necessidade.

A pesquisa respeitou as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade Federal de Santa Catarina (Processo nº 272/09/FR-280113)⁽¹⁰⁾. A coleta de dados foi iniciada após a abordagem das pessoas ou responsáveis legais para elucidação e ciência do termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Durante 120 dias foram selecionados 10 sujeitos, nos quais, foram identificados 43 diagnósticos de enfermagem, dos quais, 11 apresentaram frequência acima de 80% em 61 avaliações realizadas pela pesquisadora (Tabela 1). Dentre os 120 dias, houve pessoas com HIV/aids internadas na UTI durante um período de 45 dias, nos demais dias não houve sujeitos selecionados para o estudo.

A amostra caracterizou-se quanto ao sexo em 60% masculino e 40% feminino e a média de altura 169 e 165 cm respectivamente. A idade predominante para ambos os sexos situou-se na faixa etária de 30 a 39 anos. O tempo de diagnóstico de positividade para o HIV era recente em 80% das pessoas na UTI, confirmado na admissão. Quanto a escolaridade 70% tinham o ensino fundamental completo, 20% ensino médio completo e 10% pós-graduação. Quanto à situação conjugal 30% eram solteiros, 20% casados, 20% divorciados e os outros 30% se dividiram em separados, viúvos e união estável. As comorbidades

apresentadas foram Neurotoxoplasmose em 50% das pessoas, Neurocriptococose em 30%, Pneumonia em 20%, e Hepatite em 10%, no campo outros foi identificado Tuberculose em 30% das pessoas.

Durante as avaliações realizadas no período estudado, foram identificados 55 fatores relacionados e 56 características definidoras vinculados aos 11 diagnósticos reais mais freqüentes.

Tabela 1 – Características definidoras e fatores relacionados mais freqüentes dos diagnósticos da NANDA-I na assistência de enfermagem a pessoas com HIV/aids na UTI do HNR. Florianópolis/SC, 2009

Diagnósticos de Enfermagem	de	Características definidoras e fatores relacionados	f	%
Proteção alterada			61	100
		Fatores relacionados		
		Distúrbios imunológicos	61	100
		Anemia	42	68,8
		Tratamento com corticosteróides	12	19,7
		Trombocitopenia	11	18,0
		Características definidoras		
		Imunidade alterada	61	100
		Imobilidade	56	91,8
		Fraqueza	16	26,2
Integridade da pele prejudicada		Alteração na coagulação	14	22,9
			61	100
		Fatores relacionados		
		Imunidade comprometida	61	100
		Imobilidade	49	80,3
		Infecções	34	55,7
		Fragilidade da pele	34	55,7
		Características definidoras		
		Lesões nos tecidos epidérmico e dérmico	61	100
		Eritema	31	50,8
Integridade tissular prejudicada		Bolhas	18	29,5
		Úlceras	12	19,7
			61	100
		Fatores relacionados		
		Mobilidade prejudicada	57	93,4
		Irritantes mecânicos ou de pressão	55	90,2
		Trauma mecânico	30	49,2
		Diminuição da oferta de sangue e nutrientes aos tecidos	25	40,2
		Características definidoras		

(continuação)

Diagnósticos de Enfermagem	de	Características definidoras e fatores relacionados	f	%
Síndrome do déficit do autocuidado		Lesões do tecido subcutâneo	61	100
		Lesões nos tecidos dos órgãos do corpo	61	100
		Edema	23	37,7
		Úlceras	10	16,4
			60	98,4
		Fatores relacionados		
		Estados comatosos	46	75,4
		Fraqueza muscular	18	29,5
		Utilização de aparelhos	10	16,4
		Paralisia total ou parcial	9	14,7
Incapacidade para manter respiração espontânea		Características definidoras		
		Capacidade prejudicada ou incapacidade para preparar alimentos	60	100
		Capacidade prejudicada ou incapacidade para colocar ou tirar roupas	59	96,7
		Incapacidade para chegar ao toalete ou lavatório	59	96,7
		Incapacidade para chegar à fonte de água	55	90,2
			50	82,0
		Fatores relacionados		
		Fadiga dos músculos respiratórios	32	52,5
		Lesões do sistema nervoso central	27	44,3
		Consumo metabólico aumentado	26	42,6
Desobstrução das vias aéreas ineficaz		Características definidoras		
		Dispnéia	30	49,2
		Uso progressivo da musculatura acessória	25	41,0
		Aumento da frequência cardíaca	21	34,4
		Diminuição da saturação de O ₂	17	27,9
			50	82,0
		Fatores relacionados		
		Via aérea artificial	47	77,0
		Secreções em grande quantidade	22	36,1
		Características definidoras		
	Incapacidade para remover secreções das vias aéreas	44	72,1	
	Tosse ausente	36	59,0	
	Tosse ineficaz	13	21,3	

	Alteração na frequência respiratória	12	19,7
Comunicação prejudicada		50	82,0
	Fatores relacionados		
	Entubação orotraqueal	36	59,0
	Anestesia	24	39,3
	Dano neurológico causado por doenças do sistema nervoso	17	27,9
	Traqueostomia	15	24,59
	Características definidoras		
	Incapacidade para pronunciar palavras	50	100
	Incapacidade para escrever	46	75,4

Foram identificados 31 fatores de risco, vinculados a quatro diagnósticos de risco dentre os 11 diagnósticos mais frequentes observados (Tabela 2).

Tabela 2 – Diagnósticos e fatores de risco da NANDA-I mais frequentes na assistência de enfermagem as pessoas com HIV/aids na UTI do HNR. Florianópolis/SC, 2009

Diagnósticos de Risco	Fatores de Risco	f	%
Risco para infecção		61	100
	Imunossupressão	61	100
	Defesa inadequada	61	100
	Procedimentos invasivos	61	100
	Dispositivos invasivos	58	95,1
Risco para prejuízo da integridade da pele		61	100
	Imunidade comprometida	61	100
	Imobilidade	58	95,1
	Pressão sobre a pele	48	78,7
	Infecção	40	65,6
Risco para desequilíbrio dos fluidos corporais		57	93,4
	Grande número de procedimentos invasivos	57	100
Risco para déficit no volume de líquidos		54	88,5
	Perda de fluidos através de vias anormais	51	83,6

Estados que afetam o acesso a ingestão ou a absorção dos líquidos	26	42,6
Estados hipermetabólicos	23	37,7

Discussão

No estudo foi identificado que os diagnósticos reais mais evidentes nas pessoas imunodeprimidas na UTI quase todos estavam vinculados às necessidades *Psicobiológicas (Segurança física e meio ambiente, Integridade física, Cuidado corporal e Oxigenação): Proteção alterada, Integridade da pele prejudicada, Integridade tissular prejudicada, Síndrome do déficit do autocuidado, Incapacidade para manter respiração espontânea e Desobstrução ineficaz das vias aéreas*. Nas necessidades *Psicossociais (Comunicação)* destacou-se o diagnóstico: *Comunicação prejudicada*.

Quanto aos diagnósticos de risco mais frequentes, todos estão vinculados às necessidades *Psicobiológicas (Segurança física e meio ambiente, Integridade física e Hidratação): Risco para infecção, Risco para prejuízo na integridade da pele, Risco para desequilíbrio dos fluidos corporais e Risco para déficit no volume de líquidos*.

Resultados semelhantes aos apontados neste estudo com relação ao grupo dos diagnósticos mais frequentes foram destacados em outras pesquisas realizadas com pessoas internadas em UTI. Em uma delas, com pessoas adultas internadas em UTI, em Curitiba/PR, foram identificados 29 diagnósticos da NANDA-I, dos quais, 13 com frequência acima de 80%. Destes, 13 diagnósticos ocorreram em 100% das pessoas: *Comunicação verbal prejudicada, Déficit autocuidado para banho/higiene e higiene íntima, Desobstrução ineficaz das vias aéreas, Dor aguda e Risco para infecção* ⁽¹¹⁾. Em outra pesquisa, realizada em adultos internados em UTI, em São Paulo, os resultados foram semelhantes no que diz respeito aos diagnósticos mais frequentes: *Risco para infecção (96,8%), Integridade da pele prejudicada (96,8%) e Mobilidade física prejudicada (81,2%)* ⁽¹²⁾.

Na definição dos componentes diagnósticos, as características definidoras são indícios ou inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico e os fatores relacionados podem causar ou contribuir para o surgimento de um dado diagnóstico ⁽⁵⁾.

Os componentes do diagnóstico de *Proteção alterada* nas pessoas com HIV/aids na UTI foram os distúrbios imunológicos, anemia e tratamento com corticosteróide caracterizados pela imunidade alterada, mobilidade, fraqueza e alteração na coagulação resultado semelhante ao encontrado em estudo realizado com pessoas com HIV/aids em unidade

de internação, onde este diagnóstico foi identificado em 100% das pessoas relacionado com os fatores sanguíneos alterados, hemograma e leucograma, distúrbios da imunidade, todos com frequência de 100%⁽¹³⁾. A aids caracteriza-se justamente por progressiva imunodeficiência e várias infecções causadas por patógenos agressivos com presença de manifestações clínicas que se tornam mais complexas e atípicas à medida que progride a imunodeficiência⁽¹⁴⁾. Este diagnóstico era esperado numa população de pessoas com alterações no sistema imune e alterações hematológicas causadas pela infecção do vírus HIV ao organismo. Entre as causas estão o efeito supressivo do próprio HIV, hematopoiese ineficaz, doenças infiltrativas da medula óssea, consumo periférico secundário a esplenomegalia ou desregulação imune, deficiências nutricionais e efeitos colaterais de medicamentos⁽¹⁴⁾.

Os diagnósticos *Integridade da pele prejudicada*, *Integridade tissular prejudicada* e *Risco para prejuízo da integridade da pele*, observados em 100% dos dias, estão vinculados a necessidade de *Integridade física*. A pele é o órgão mais atingido no curso da infecção pelo HIV. As afecções dermatológicas nestas pessoas podem ser causadas por fungos, vírus, bactérias, ácaros, neoplasias malignas ou desordens inflamatórias relacionadas à falta de regulação do sistema imunológico⁽¹⁴⁾. Em estudo realizado o diagnóstico *Risco para prejuízo da integridade da pele* esteve presente em 100% dos casos e estava relacionado com os fatores de risco: contenção, hipertermia, imunidade, estado nutricional, uso de medicamentos, entre outros⁽¹³⁾.

Pode-se observar que os fatores de risco do diagnóstico de *Risco para infecção* (também presente em 100% das pessoas) têm relação com os componentes dos diagnósticos que interferem na Integridade física: procedimentos invasivos (100%), imunossupressão (100%), defesa inadequada (100%), e dispositivos invasivos (95,1%). Na unidade de terapia intensiva são realizados diversos procedimentos invasivos com fins diagnósticos e terapêuticos, além dos dispositivos (catéteres venosos centrais, arteriais, sondas, drenos, entre outros) que podem permanecer para monitorização, investigação e tratamento dos eventos que ocorrem nas pessoas internadas, reforçando a frequência observada de 100% destes diagnósticos.

Assim, pode-se dizer que as características definidoras de alguns destes diagnósticos aparecem como fatores relacionados de outros, numa relação dinâmica de causa e efeito. Motivo que despertou a necessidade do conhecimento e definição de cada característica e fator relacionado e de risco observado, com o fim de embasar as avaliações realizadas.

O diagnóstico de *Síndrome do déficit do autocuidado* é definido como o estado no qual o indivíduo experimenta uma capacidade prejudicada ou incapacidade para realizar ou completar por si mesmo, atividades instrumentais e básicas da vida diária⁽⁹⁾. Neste estudo os fatores que mais contribuíram para seu surgimento foram estados comatosos, fraqueza muscular, utilização de equipamentos, paralisia total ou parcial (danos complicações neurológicas pelo HIV) e foram caracterizadas principalmente por capacidade prejudicada ou incapacidade das pessoas de desempenhar ou completar atividades de alimentação, vestir-se, higiene íntima, banhar-se e manusear utensílios. A situação inerente às pessoas internadas na UTI frequentemente inclui dependência da equipe de saúde, principalmente da enfermagem, que são os profissionais responsáveis por assumir estas atividades de cuidado quando as pessoas estão incapazes para realizá-las. Incapacidade esta provocada por sedação, restrição ao leito, indicação de repouso ou por seqüelas que impossibilitam os movimentos, ou rebaixamento do nível de consciência. Isto explica o fato deste diagnóstico aparecer em 98,3% dos casos da permanência na UTI.

Comparativamente, em um estudo que buscou sistematizar a assistência de enfermagem em 13 pessoas com HIV/aids, usuárias de uma rede de atenção na cidade de Fortaleza/CE, as demandas de autocuidado estavam relacionadas principalmente com hidratação, eliminação e excreção, alimentação, atividade e descanso, consulta oftalmológica e controle da aids⁽¹⁵⁾.

No diagnóstico de *Risco para desequilíbrio dos fluidos corporais* o fator de risco foi o grande número de procedimentos invasivos, também evidenciado em outro diagnóstico de risco anteriormente mencionado, *Risco para infecção*.

No diagnóstico *Risco para déficit o volume de líquidos* a vulnerabilidade das pessoas foi verificada pela perda de fluidos através de vias anormais (sondas, drenos), estados que afetam o acesso à ingestão ou à absorção de líquidos (sedação, restrição hídrica, rebaixamento do nível consciência) e estados hipermetabólicos.

No diagnóstico *Incapacidade para manter respiração espontânea* foram observados principalmente os fatores relacionados: fadiga dos músculos respiratórios, lesões do sistema nervoso central (infecções oportunistas: neurotoxoplasmose, neurocriptocose), consumo metabólico aumentado que foram caracterizados por dispnéia, uso progressivo da musculatura acessória, aumento da frequência cardíaca e diminuição da saturação de oxigênio. As afecções respiratórias são, segundo vários estudos, as principais causas de morbidade e mortalidade

em pessoas com infecção pelo HIV⁽¹⁴⁾.

Outro diagnóstico relacionado ao padrão respiratório observado nas pessoas com HIV/aids foi *Desobstrução ineficaz das vias aéreas* (DIVA) que estava relacionado a presença de via aérea artificial e grande quantidade de secreções, caracterizado por incapacidade para remover secreções das vias aéreas, tosse ausente ou ineficaz e alteração na frequência respiratória.

As pessoas internadas em UTI encontram-se na maior parte do tempo respirando com o auxílio de ventilação mecânica. Em estudo realizado em pessoas adultas em UTI para validação dos sinais e sintomas dos diagnósticos respiratórios de enfermagem, o resultado foi que, quanto maior o tempo de canulação, maior a possibilidade da pessoa desenvolver DIVA e *Padrão Respiratório Ineficaz*⁽¹⁶⁾.

O diagnóstico *Comunicação prejudicada* teve como fatores relacionados mais frequentes a intubação orotraqueal, anestesia, dano neurológico causado por doenças do sistema nervoso e traqueostomia, os quais se caracterizaram principalmente pela incapacidade de pronunciar palavras e escrever.

Conclusão

A descrição das características definidoras, fatores relacionados e de risco dos diagnósticos de enfermagem analisados permitem direcionar as intervenções de cuidado para as necessidades das pessoas com HIV/aids na terapia intensiva.

Os componentes dos diagnósticos observados constituem indicadores iniciais para enfermeiros e enfermeiras decidirem *o quê* fazer, *como* fazer, *quando* fazer e *o quanto* fazer na prática de cuidado. Ou seja, intervir preventivamente e minimizando riscos nas pessoas com HIV/aids na UTI de acordo com as necessidades e os diagnósticos mais frequentes identificados. Este conhecimento permite aos enfermeiros e enfermeiras que assistem esta população, perceber o quanto de suas ações é necessário para cuidar com base nas respostas das pessoas a sua condição de saúde e atingir os objetivos de cuidado.

Contudo, existe a necessidade de novos estudos descritivos para validação das características definidoras e fatores relacionados e de risco observados na população estudada. Uma limitação observada foi a baixa rotatividade de pessoas com HIV/aids internadas na UTI durante o período do estudo. Por este motivo, sugere-se a reprodução do estudo com um tempo mais longo de coleta de dados.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Briefing Boletim Epidemiológico 2009. 2009. [acesso em 25 nov 2009]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocument>
2. UNAIDS. Aids Epidemic update: November 2009. 2009 [acesso em 25 nov 2009]. Disponível em: www.unaids.org
3. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009. (BR). 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. 2009. [acesso em 03 nov 2009]. Disponível em: <http://www.cofensp.org.br/resolucoes.html>
4. Tannure MC, Pinheiro, AM. Segunda etapa do processo de enfermagem: diagnósticos de enfermagem. In: Tannure MC, Pinheiro AM, organizadores. SAE. Sistematização da Assistência de Enfermagem. Guia Prático. 2 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara e Koogan; 2010. p. 45-80.
5. North American Nursing Diagnoses Association. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre (RS): Artmed; 2009.
6. Lopez M. O processo diagnóstico nas decisões clínicas – Ciência, Arte, Ética. Revinter (RJ): Rio de Janeiro; 2001.
7. Neuman WL. Social Research Methods Qualitative and Quantitative Approaches. 3ed. USA: Allyn and Bacon; 1997.
8. Ministério da Saúde (BR). Doenças Infecciosas e Parasitárias – Guia de Bolso. 7 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
9. Benedet SA, Bub MBC. Manual de Diagnóstico de Enfermagem: Uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2 ed. Florianópolis (SC): Bernúncia; 2001.
10. Ministério da Saúde (BR). Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [periódico na internet]. 10 de out de 1996. [acesso em 20 mai 2009]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao.conep.resolucao.html>
11. Truppel TC, Méier MJ, Calixto RC, Peruzzo AS, Crozetta A. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. Rev Bras Enferm. 2009;62(2):221-7.
12. Pasini D, Alvim I, Kanda L, Mendes RSP, Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em unidades de terapia intensiva. Rev. Esc. Enf. USP. 1996; 30(3):501-18.

- 13 . Silva MR, Bettencourt ARC, Diccini S, Belasco A, Barbosa DA. Diagnósticos de Enfermagem em Portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Rev. Bras. Enfermag. 2009; 62(1):2-99.
- 14 . Rachid M, Schechter M. Manual HIV/Aids. 9 ed. Rio de Janeiro (RJ): Revinter; 2008. 222 p.
- 15 – Caetano JA, Pagliuca LMF. Autocuidado e o portador do HIV/aids: sistematização da assistência de enfermagem. Rev. Latino-am Enfermagem 2006 maio-junho; 14 (3).
16. Zeitoun SS. Validação clínica dos sinais e sintomas e comportamento dos diagnósticos de enfermagem respiratórios em pacientes sob ventilação mecânica invasiva [tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 2005. 222 p

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As necessidades humanas mais frequentes nas pessoas com HIV/aids em UTI observados em todas as avaliações realizadas, foram predominantemente vinculadas às necessidades Psicobiológicas: Segurança física e meio ambiente e Integridade física, representadas pelos rótulos diagnósticos: Proteção alterada, Risco para infecção, Integridade da pele prejudicada, Integridade tissular prejudicada e Risco para prejuízo da integridade da pele. Isto significa que enfermeiros e enfermeiras devem se preocupar quando cuidam de pessoas com as características do grupo estudado, as quais permitem predizer algumas prioridades de cuidado, como por exemplo, prevenção de infecção, manutenção da integridade da pele e a redução de danos.

Outro ponto de destaque foram os diagnósticos vinculados à necessidade Cuidado corporal, nos quais enfermeiros e enfermeiras desempenham um papel fundamental no desempenho das atividades da vida diária das pessoas enquanto internadas na terapia intensiva.

Os diagnósticos de enfermagem e seus componentes, refletem o perfil do grupo de pessoas estudado e permite eleger as melhores intervenções de cuidado intensivo. Ou seja, intervir preventivamente e minimizando riscos nas pessoas com HIV/aids na UTI de acordo com as necessidades e os diagnósticos mais frequentemente identificados.

A partir do uso dos diagnósticos de enfermagem da classificação diagnóstica da NANDA-I pôde-se definir um grupo de termos mínimos para as pessoas com HIV/aids internadas em UTI, com possibilidade de base para uma lista de intervenções e resultados esperados (metas de cuidado) possíveis de serem resolvidos pelos enfermeiros e enfermeiras, a partir de dados observados na prática. Talvez, bases para operacionalizar a implementação do processo de enfermagem na UTI.

A dinâmica de trabalho de enfermeiros e enfermeiras em UTI requer planejamento, organização e operacionalização das intervenções necessárias, e quando se tem noção das respostas dos clientes e conhecimento a respeito do perfil de necessidades e cuidados destas, pode-se fazer um planejamento melhor do tempo exigido neste cuidado e ter um olhar claro sob as prioridades de cuidado e necessidades.

A descrição das necessidades e diagnósticos de enfermagem também dá visibilidade às intervenções de enfermagem por meio do seu registro adequado.

Num momento em que se discute a visibilidade da profissão na equipe de saúde, como um resgate daquilo que fazemos em essência,

que é o cuidar, a sistematização da assistência surge como uma forma de reforçar a importância do processo de enfermagem na prática. É através de estudos que explorem as etapas do processo de enfermagem que se cria as bases para solidificar esta prática nas diversas áreas da profissão. Uma vez que, apesar do estudo ter sido em uma população específica, ele pode ser reproduzido em outras áreas de cuidado, uma vez que há uma falta de publicações sobre o tema. Esta falta de publicações dificultou a discussão e comparação dos achados do estudo com relação a outras realidades.

O estudo de diagnósticos, em especial das respostas das pessoas e o que as define como tal, faz-se necessário quando desejamos usá-lo de forma adequada.

O resultado faz pensar em uma outra questão importante: será que as necessidades e rótulos diagnósticos mais frequentes são as mais importantes e de primeira prioridade? O raciocínio crítico, neste momento de decisão, deve ser um elemento essencial na prática assistencial.

Diante do exposto, sugere-se aprofundar o tema em questão com novos estudos, dado a lacuna na produção científica nesta área da enfermagem. A validação da lista de diagnósticos, características definidoras e fatores relacionados e de risco com outros enfermeiros que atuem na área. Pode-se pensar em estudos descritivos com relação às intervenções de cuidado nas pessoas com HIV/aids e seus resultados, utilizando a Classificação das intervenções de enfermagem (NIC) e a Classificação dos resultados de enfermagem (NOC).

REFERÊNCIAS

AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da Diretoria Colegiada n. 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.amib.org.br/pdf/RDC-07-2010.pdf>> . Acesso em: 05 maio 2010.

ARAUJO, M.A.L.; ARAUJO, T.L.; DAMASCENO, M.M.C. Conhecimento em HIV/aids de 1998 a 2005: estudos publicados em periódicos de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 126-131, 2006.

ARREGUI-SENA, C., et al., 2001. Estratégias de implementação do processo de enfermagem para uma pessoa infectada pelo HIV. In: **Revista Latino-am. de Enfermagem**. Ribeirão Preto. V 9, n 1, p 27-38. Jan. 2001.

BASILIO-DE-OLIVEIRA, C.A. Introdução. In: **ATLAIDS: Atlas de Patologia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida**. São Paulo: Atheneu, 2005. p 1-14.

BENEDET, S.A.; BUB, M.B.C. **Manual de diagnóstico de enfermagem**: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2 ed. Florianópolis: Bernúncia, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Dispõe sobre as questões éticas envolvendo seres humanos. Brasília: 1996.

_____. **Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do Exercício de enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=22§ionID=35>>. Acesso em: 18 jan 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças Infecciosas e Parasitárias – Guia de Bolso**. 7 ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. 2004. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> . Acesso em: 17 agosto 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria n. 34, de julho de 2005.** Algoritmo de teste rápido para diagnóstico do HIV. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 08 setembro 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Briefing Boletim Epidemiológico 2009.** Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocument>> . Acesso em: 25 novembro 2009.

_____. Ministério da Saúde.UNAIDS. **Boletim Epidemiológico 2007.** Disponível em: <<http://www.onu-brasil.org.br/doc/BoletimEpidemigico2007-Release.doc> . Acesso em: 06 maio 2009.

_____. Ministério da Saúde. Gerência de Materiais. **Portaria n. 59, de 28 de janeiro de 2003.**Diagnóstico laboratorial infecção HIV. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 08 setembro 2009.

BONAVITO, M.T.Z. Identificação de fatores prognóstico em pacientes com HIV/AIDS internados na Unidade de Terapia Intensiva do Instituto de Infectologia Emilio Ribas no ano de 2003. 2007. 61 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2007.

BUB, M.B.C.; LISS, P. Metodologias do Cuidado em Enfermagem. In: **PROENF** – Programa de Atualização em Enfermagem Saúde do Adulto. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2006. p 9-56.

BUENO, F. S. **Minidicionário da Língua Portuguesa.** São Paulo: FTD, 1996.

CERULLO, J.A.S.B.; CRUZ, D.A.L.M. Implementação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I em hospitais brasileiros. In: GAIDZINSKI R.R., et al.. **Diagnóstico de Enfermagem na prática clínica.** Porto Alegre: Artmed, 2008. p 38-46

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n. 272, de 27 de agosto de 2002.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Instituições Brasileiras. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.cofensp.org.br/resoluções.html>>. Acesso em: 19 maio 2009.

_____. **Resolução n. 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. Brasília/DF. Disponível em:

<<http://www.cofensp.org.br/resoluções.html>>. Acesso em: 03 novembro 2009.

COSTA, R., et al. La contribución de la Enfermería brasileña para la producción de conocimiento sobre el SIDA. **Index de Enfermería**, v. 18, n 1, jan-mar. 2009.

CRUZ, D.A.L.M. Processo de enfermagem e classificações. In: GAIDZINSKI R.R., et al. **Diagnóstico de Enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p 25-37.

DeCS. Definição em português do descritor **Comorbidade**. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/?IsisScript=../cgi-bin/decsserver/decsserver.xis&task=exact_term&previous_page=homepage&interface_language=p&search_language=p&search_exp=Comorbidade&show_tree_number=T>. Acesso em: 07 setembro 2009.

DOENGENS, M.E.; MOORHOUSE, M.F.; MURR, A.C.. **Diagnósticos de enfermagem** – intervenções, prioridades, fundamentos. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

FILHO, N.A.; ROUQUARIOL, M.Z. Elementos de Metodologia Epidemiológica. In: _____. **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 149-177.

GALVÃO, et al. Análise da comunicação próxima com portadores de HIV/AIDS. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.14, n. 4, 2006. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/iraec>>. Acesso em: 24 abril 2009.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 188-193, 2009.

HARDY, E. **Instruções para escrever um projeto de pesquisa**. Campinas: Macroven Gráfica, 2002.

HINRICHSEN, S.L. **DIP - Doenças Infecciosas e Parasitárias**. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan, 2005. 1098 p.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

KERLINGER, F.N. Problemas, hipóteses e variáveis. In: _____. **Metodologia da pesquisa e ciências sociais**. 3ª reimpressão. São Paulo: EPU, 1980. p. 33-50.

LEITE, J.L., et al. O caminhar para a concepção de um modelo de cuidado ao cliente HIV positivo. **Cienc Cuid Saúde**, v. 6, n. 2, p. 187-196, 2007.

LOPEZ, M. **O processo diagnóstico nas decisões clínicas** – Ciência, Arte, Ética. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

MAIA, F.M, FROTA, N.A. **Manifestações neurológicas do paciente com HIV**. 2008. Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes>>. Acesso em: 10 agosto 2010.

MALINOWSKI, B. **A scientific theory of culture**. 1944.

NANDA. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2006**. Porto Alegre: Artmed, 2006. 312 p.

_____. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 452 p.

NASSAR, S. M., et al. **SEstatNet - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web**. Disponível em: <<http://www.sestatnet.ufsc.br>>. Acesso em: 06 outubro 2009.

NEUMAN, W.L. **Social Research Methods Qualitative and Quantitative Approaches**. 3ed USA: Allyn and Bacon, 1997.

OLIVEIRA, D.C., et al. Análise da produção de conhecimento sobre o HIV/aids em resumos de artigos em periódicos brasileiros de enfermagem, no período de 1980 a 2005. **Texto & Contexto Enfermagem**, out-dez, v. 15, n 4, p. 654-662, 2006.

PASINI, D., et al. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em unidades de terapia intensiva. **Rev. Esc . Enf. USP**, v. 30, n. 3, p. 501-18, 1996.

PAULA, C.C.; PADOIN, S.M.M.;SCHAURICH, D. (org.). **Aids: o que ainda há para ser dito?** Santa Maria: UFSM, 2007. 360 p.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P.. Compreensão do processo de pesquisa. In: _____. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem - Métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 43-62.

PORTELA, M.C.; LOTROWSKA, M. Assistência aos pacientes com HIV/aids no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v 40, supl., p. 70-79, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Indicadores de Saúde**. Internações Hospitalares. 2006. Disponível em:

<http://www.pmf.gov.br/saude/inf_saude/mortalidade/internacoes_hospitalares_florianopolis.xls> Acesso em: 06 maio 2009.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. **Manual HIV/ Aids**. 9 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 222 p.

SACCONI, L. A. **Minidicionário Sacconi da Língua Portuguesa**. 11 ed. São Paulo: Nova Geração, 2009.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica do HNR. **Morbidade Hospitalar HNR**. Florianópolis, 2008. Relatório. Mimeografado.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Vigilância das DST/HIV e aids. **A Epidemia de aids em Santa Catarina: Tendências e Desafios**. 2007. Disponível em:

<http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/gerencia_dst_aids/noticias/2009/Situacao_da_AIDS_em_SC_ate_2008.pdf>. Acesso em: 06 maio 2009.

SILVA, M.R., et al. Diagnósticos de Enfermagem em Portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n.1, p. 92-99, jan./fev., 2009.

SCHNEIDER, I.J.C., et al. Perfil Epidemiológico dos usuários dos Centros de Testagem e Aconselhamento do Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1675-1688, jul., 2008.

TANNURE, M.C.; PINHEIRO, A.M. Sistematização da Assistência de Enfermagem. In: **SAE. Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Guia Prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan, 2010.

_____. Segunda etapa do processo de enfermagem: diagnósticos de enfermagem. In: _____. **SAE. Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Guia Prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan, 2010. p 45-80

TRUPPEL, T.C., et al. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Enferm.**, v. 62, n. 2, p. 221-7, 2009.

UNAIDS. The Joint United Nations Programme on HIV/Aids. **Aids Epidemic update**: November 2009. Switzerland. Disponível em: <www.unaids.org>. Acesso em: 25 novembro 2009.

_____. **A ONU e a Resposta à Aids no Brasil**. Versão em português. Dezembro 2008. Disponível em: <<http://www.onu-brasil.org.br>>. Acesso em: 22 maio 2009.

ZEITOUN, S.S. **Validação clínica dos sinais e sintomas e comportamento dos diagnósticos de enfermagem respiratórios em pacientes sob ventilação mecânica invasiva**. Tese (Doutorado) Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

GLOSSÁRIO

Adenomegalia – aumento tumor benigno desenvolvido numa glândula, cuja estrutura se assemelha a da glândula de onde provém (MANUILA; MANUILA; NICOULIN, 1997).

Alteração na coagulação - A alteração na coagulação caracteriza-se por uma tendência a sangramento em virtude de anormalidades nos fatores de coagulação e nas plaquetas, efeito adverso de alguma medicação que pode diminuir a quantidade de plaquetas e causar distúrbios na coagulação.

Alteração na frequência respiratória - Os adultos normais possuem uma frequência respiratória em repouso de 16 a 20 movimentos por minuto. Varia entre amplos limites, principalmente em função da idade. Um aumento da frequência respiratória é chamado taquipnéia e uma diminuição da frequência é chamada bradipnéia. Apnéia significa a parada respiratória e eupnéia, a respiração normal sem dificuldades (PORTO, 2008). A frequência respiratória pode ser medida através da contagem de expansões torácicas por minuto ou no caso da pessoa estar sob ventilação mecânica, será considerado a frequência que aparece no ventilador mecânico.

Anemia - Estado no qual há uma redução do número de hemácias circulantes, da quantidade de hemoglobina e/ou do volume de hemácias (hematócrito). Pode-se manifestar por diversos sintomas: palidez da pele e mucosas, síncope, vertigens, taquicardia, distúrbios digestivos entre outros. Contudo, as manifestações clínicas em pessoas com infecção pelo HIV, podem ser mascaradas e/ou ampliadas por outras doenças concomitantes, apesar de não serem diferentes daquelas encontradas em quem não possui a infecção pelo vírus HIV/aids. Pode ser causada por mecanismos usuais das doenças crônicas, efeitos diretos do vírus, sangramentos, infecções da medula por patógenos oportunistas, deficiências nutricionais, neoplasias ou efeitos colaterais de drogas, principalmente os anti-retrovirais. É identificada através de exame laboratorial de sangue. O tratamento da anemia em pessoas com HIV/Aids está relacionado às suas causas. Valores de concentração de hemoglobina no sangue inferior a 13g/dl no homem e 12g/dl na mulher; hematócrito < 36% nas mulheres e < 39% nos homens, caracterizam anemia (HINRICHSEN, 2005; RACHID; SCHECHTER, 2008).

Anestesia - Supressão artificial, através de anestésicos, da sensibilidade

em uma parte ou em todo o corpo. Pode ser administrada continuamente ou em doses intermitentes conforme a necessidade e orientação médica de acordo com a situação da pessoa (MANUILA; MANUILA; NICOULIN, 1997).

Artralgia – dor articular.

Astenia – diminuição das forças, enfraquecimento de um estado geral (MANUILA; MANUILA; NICOULIN, 1997).

Aumento da frequência cardíaca - Aumento da frequência cardíaca acima da faixa considerada normal: 60 a 80 batimentos por minuto. Taquicardia.

Bolhas - Lesão de conteúdo líquido em seu interior, com elevação da pele e diâmetro maior que 0,5 cm. (PORTO, 2008).

Capacidade prejudicada ou incapacidade para chegar à fonte de água - Limitação na execução da ação da atividade chegar a fonte de água numa circunstancia específica: imobilidade no leito, seditação, necessidade de repouso, dano neurológico (OMS, 2004).

Capacidade prejudicada ou incapacidade para chegar ao toalete ou lavatório - Limitação na execução da ação da atividade de chegar ao toalete ou lavatório numa circunstancia específica: imobilidade no leito, seditação, necessidade de repouso, dano neurológico (OMS, 2004).

Capacidade prejudicada ou incapacidade para colocar ou tirar roupas - Limitação na execução da ação de colocar ou retirar roupas numa circunstância específica: internação na UTI, imobilidade no leito, seditação (OMS, 2004).

Capacidade prejudicada ou incapacidade para preparar alimentos - Limitação para a realização do preparo de alimentos (atividade complexa) que exige preparar, iniciar e organizar o tempo e o espaço necessários, com dois ou mais componentes, que pode ser realizada em seqüência ou em simultâneo (OMS, 2004).

CD4 - Partícula receptora, localizada na membrana, principalmente, das células linfócitos T - auxiliares, à qual o HIV se liga para iniciar a infecção dessas células. Nota: outras moléculas presentes na membrana dos linfócitos T desempenham papel auxiliar e por isso essas moléculas são denominadas co-receptores (BRASIL, 2006).

Cefaléia – dor de cabeça.

Defesa inadequada - Comprometimento da imunidade do organismo. No caso das pessoas infectadas pelo vírus HIV, ocorre comprometimento da resposta imunológica celular, em virtude da invasão das células que possuem a molécula CD4 na superfície, agindo como um receptor para o vírus (HINRICHSSEN, 2005; SMELTZER, BARE, 1998).

Diminuição da oferta de sangue e nutrientes - Caracterizada por algum evento vascular, arterial ou venoso, pelo uso de drogas vasoativas, desnutrição ou sangramento não identificado.

Diminuição da saturação de O₂ - A saturação de oxigênio é a razão entre o conteúdo real de O₂ da hemoglobina e o potencial de capacidade máxima de transportá-lo da hemoglobina. A saturação de oxigênio é uma porcentagem que indica a relação entre o O₂ e a hemoglobina, não indica o conteúdo de O₂. As medições combinadas de SO₂, PO₂ e hemoglobina indicam a quantidade de O₂ disponível para os tecidos (oxigenação tecidual). Valores normais: no sangue arterial – 95% ou maior e no sangue venoso misto – 70 a 75% (FISCHBACH, 2002).

Dispneia - Dificuldade de respirar acompanhada de uma sensação de opressão ou de incomodo com movimentos amplos e rápidos. Experiência subjetiva de desconforto respiratório que consiste de sensações qualitativamente distintas, variáveis em sua intensidade. A experiência deriva de interações entre múltiplos fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais podendo induzir respostas comportamentais e fisiológicas secundárias. (MANUILA; MANUILA; NICOULIN, 1997; ATS, 1999.)

Dispositivos invasivos - A presença de dispositivos invasivos representa uma via anormal, com uma solução de continuidade na pele, tendo quebra da barreira natural de defesa do corpo (a pele), assim aumentando o risco de invasão por patógenos.

Distúrbio imunológico - Distúrbios que acometem o sistema imune, composto de células sanguíneas brancas, medula óssea e dos tecidos linfóides (timo, nódulos linfáticos, baço, amídalas e adenóides). Podem ocorrer por excessos ou deficiências de células imunocompetentes, alterações na função destas células, ataque imunológico ao próprio antígeno ou resposta inapropriada ou exagerada aos antígenos específicos. Podem ser causados por um defeito ou deficiência de células fagocitárias, linfócitos B, linfócitos T ou complemento. Os sintomas apresentados podem ser infecções crônicas ou recorrentes

graves, infecções causadas por microorganismos raros, da flora normal, resposta deficiente ao tratamento de infecções e de diarreia crônica. Classificados em primários (genéticos) e secundários (conseqüente a certas doenças ou do tratamento destas) (SMELTZER; BARE, 1998).

Edema - Lesão elementar sólida e consiste no acúmulo de líquido no espaço intersticial. A pele torna-se lisa e brilhante (PORTO, 2008).

Entubação orotraqueal - Procedimento no qual é introduzida uma cânula orotraqueal na cavidade bucal quando há perda ou diminuição do nível de consciência e do controle da musculatura orofaríngea. Deve ser realizada por profissional capacitado (CINTRA, NISHIDE, NUNES, 2003).

Enzimas hepáticas - substâncias de natureza protéica que ativam uma reação química orgânica: Alanina Transaminase (ALT); Aspartato Transaminase (AST); Fosfatase Alcalina (ALP).

Eritema - Lesão elementar caracterizada por modificação da pele sem relevo ou espessamento. Mancha vascular que decorre de transtornos da microcirculação, vasodilatação, tem cor róseo ou vermelho vivo e desaparece a digito pressão. Podem aparecer nas alergias cutâneas, septicemias e outras afecções (PORTO, 2008).

Estados comatosos - Estado em que a pessoa perde capacidade de identificar seu mundo e os acontecimentos do meio externo. Devem-se observar os parâmetros para avaliar o grau de alteração do nível de consciência: perceptividade, reatividade, deglutição e reflexos. Utilizar Escala de Coma de Glasgow para acompanhar e avaliar transtornos da consciência: abertura dos olhos; resposta motora e resposta verbal (PORTO, 2008).

Estados hipermetabólicos/ consumo metabólico aumentado - O metabolismo é um conjunto de atividades bioquímicas complexas, com participação de todos os sistemas orgânicos e com múltiplos mecanismos de regulação. Os pacientes em estados hipermetabólicos (sépticos ou traumatizados) apresentam gasto basal elevado e como conseqüência têm suas reservas energéticas e protéicas exauridas mais rápido que pacientes não estressados. Na UTI a grande parte dos pacientes são hipercatabólicos ou hipermetabólicos. Normalmente estão imobilizados ao leito e tendem a perder tecido muscular esquelético e apresentam taxa metabólica elevada. A fase hiperdinâmica do trauma se caracteriza pelo hipermetabolismo, aumento do débito cardíaco, perdas de nitrogênio urinário aumentadas, metabolismo da glicose alterado e

catabolismo acelerado. Nesta fase o hipermetabolismo é proporcional a severidade da agressão (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2003; PORTO, 2008).

Estados que afetam o acesso à ingestão ou a absorção dos líquidos -

Está relacionado a estados que afetam o nível de consciência da pessoa; incapacidade de deglutição, lesões na mucosa oral, cavidade bucal, presença de sondas, doenças degenerativas.

Exantema – manifestação cutânea característica de uma doença infecciosa.

Fadiga dos músculos respiratórios - Fadiga é uma sensação de cansaço ou falta de energia ao realizar pequenos esforços ou mesmo em repouso. Deve-se observar ritmo da respiração, amplitude e oximetria de pulso, pois a fadiga pode indicar iminência de falência respiratória (PORTO, 2008).

Faringite – inflamação da faringe (MANUILA; MANUILA; NICOLIN, 1997).

Fragilidade da pele - A fragilidade da pele pode ser avaliada através de sua textura (disposição dos elementos que constituem um tecido), há risco de fácil prejuízo na integridade da pele em idosos com pele fina e em regiões com edemas importantes (PORTO, 2008).

Fraqueza - Sensação acompanhada de mal estar indefinido que só melhora com o repouso. Pode ter várias causas como miopatias, doenças infecciosas e parasitárias e neoplasias (PORTO, 2008).

Fraqueza muscular - É consequência direta do comprometimento muscular (miopatias) (PORTO, 2008).

Frêmitos - Som gerado pela laringe que se dirige distalmente ao longo da árvore brônquica e ressoa na parede torácica (vibrações na parede torácica), principalmente quanto aos sons consonantais (SMELTZER; BARE, 1998).

Gases do sangue arterial alterados - A tensão arterial de oxigênio (PaO_2) indica o grau de oxigenação no sangue e a tensão arterial de dióxido de carbono (PaCO_2) indica a suficiência da ventilação alveolar. Os resultados obtidos através de gasometrias arteriais ajudam a avaliar o grau no qual os pulmões conseguem proporcionar uma quantidade adequada de oxigênio e remover dióxido de carbono e o grau no qual os rins conseguem reabsorver ou excretar íons bicarbonato para manter o

pH normal do organismo. Valores normais: pH = 7,35-7,45; PaCO₂ = 35-45 mmHg; PaO₂ = 80 mmHg ou maior; SO₂ = 95% ou mais elevado; HCO₃⁻ = 24-28 mEq/l (SMELTZER; BARE, 1998; FISCHBACH, 2002).

Guillain-Barré – sinônimo de polirradiculoneurite aguda, que consiste na inflamação aguda das numerosas raízes nervosas raquidianas com aumento das albuminas do líquido cefalorraquidiano, sem aumento das células, manifestando-se clinicamente por parestesias, fraquezas musculares dos quatro membros, paralisia flácida dos membros inferiores (MANUILA; MANUILA; NICOULIN, 1997).

Imobilidade - No caso da pessoa internada em UTI, a imobilidade está relacionada com a restrição ao leito, sedação ou alguma condição de saúde que comprometa suas funções motoras.

Imobilidade imposta por sedação - Incapacidade de realizar movimentos em virtude da sedação contínua ou intermitente.

Imunidade adquirida inadequada - A imunidade pode ser de dois tipos: natural ou adquirida. A imunidade adquirida consiste em respostas imunológicas que não estão presentes durante o nascimento, mas são adquiridas durante a vida. Desenvolve-se como resultado de uma doença contraída ou geração de uma resposta imune protetora através de imunização. A imunidade adquirida pode ser passiva ou ativa, e ambas envolvem repostas imunológicas humoral e celular. Quando existe o comprometimento desta resposta imune adquirida na pessoa, diz-se que está inadequada, não havendo anticorpos protetores formados por infecções anteriores ou deficiência na imunização realizada ou ainda o comprometimento da resposta imune do corpo por invasão de patógenos, no caso um exemplo, o vírus HIV (SMELTZER; BARE, 1998).

Imunidade alterada/ comprometida - A imunidade é a resposta protetora específica do corpo a invasão de um agente ou organismo estranho, quando esta não está mantida, diz-se que está alterada. Na pessoa com HIV/aids esta condição relaciona-se ao comprometimento das defesas do sistema imune em virtude da invasão celular pelo vírus HIV, em particular há comprometimento das células CD4⁺ que incluem monócitos, macrófagos e linfócitos T4 auxiliares (SMELTZER; BARE, 1998).

Imunidade comprometida - A imunidade é a resposta protetora específica do corpo a invasão de um agente ou organismo estranho,

quando esta não está mantida, diz-se que está alterada/comprometida. Na pessoa com HIV/aids esta condição relaciona-se ao comprometimento das defesas do sistema imune em virtude da invasão celular pelo HIV, em particular há comprometimento das células CD4+ que incluem monócitos, macrófagos e linfócitos T4 auxiliares. A pele tem importantes funções como revestimento, regulação temperatura corporal, contato com o meio ambiente, isolamento do corpo e reserva alimentar (PORTO, 2008; SMELTZER, BARE, 1998)

Imunossupressão - Diminuição das funções do sistema imune.

Incapacidade - Limitação para realização de uma atividade pela pessoa, sem necessariamente existir uma deficiência corporal, na estrutura (OMS, 2004).

Incapacidade para escrever - Limitação para produzir mensagens com significado literal e implícito, transmitidas através da linguagem escrita (OMS, 2004).

Incapacidade para pronunciar palavras - Limitação para produzir mensagens verbais constituídas por palavras, frases e passagens mais longas com significado literal e implícito num momento, no ambiente da UTI relacionado comumente presença de tubo orotraqueal e traqueal (OMS, 2004).

Incapacidade para remover as secreções das vias aéreas - A tosse é o resultado a irritação das membranas mucosas em qualquer parte do trato respiratório, sendo um mecanismo de defesa que remove material da árvore traqueobrônquica. O estímulo que produz a tosse pode originar-se de um processo infeccioso ou de um irritante transportado pelo ar. O cansaço pode prejudicar a capacidade de tossir, a presença do tubo orotraqueal dificulta este mecanismo e as pessoas anestesiadas têm a tosse inibida impedindo a remoção autônoma de secreções das vias aéreas, situação comum em pessoas internadas em unidades de terapia intensiva (SMELTZER; BARE, 1998).

Infecção - Invasão de um organismo por um agente estranho (bactéria, vírus, fungo, parasita) capaz de nele se multiplicar e o conjunto das modificações patológicas que podem dela resultar. Um exemplo, a infecção pelo vírus HIV e infecções oportunistas, causadas por um microorganismo habitualmente não patogênico, mas que se torna, quando o sistema imune da pessoa está deficiente (MANUILA; MANUILA; NICOULIN, 1997).

Irritantes mecânicos ou de pressão - Objetos que fazem pressão, fricção e cisalhamento, são forças mecânicas que podem romper a integridade da pele.

Lesões do Sistema Nervoso Central (SNC) / dano neurológico causado por doenças do sistema nervoso - Nas pessoas com HIV as complicações neurológicas são freqüentes e variadas, ocorrendo tanto por ação direta do próprio vírus como em decorrência de infecções oportunistas. Os sinais e sintomas podem ser: cefaléia, tonteira, convulsões, confusão mental, alterações da força e sensibilidade, distúrbios de memória, delírio, torpor e até coma. As afecções oportunistas mais freqüentes envolvendo o SNC são: neurotoxoplasmose, meningite criptocócica, encefalopatia pelo HIV e o linfoma (RACHID; SCHECHTER, 2008).

Lesões nos tecidos dos órgãos do corpo - Rompimento da integridade dos tecidos corporais (PORTO, 2008).

Lesões nos tecidos epidérmico e dérmico - A epiderme é a camada mais fina e externa da pele, não possui vascularização. A derme localiza-se logo abaixo da epiderme e possui tecido rico em vasos sanguíneos entre outras estruturas. Caracterizam-se por modificações do tegumento cutâneo determinadas por processos inflamatórios, degenerativos, circulatórios ou neoplásicos, por transtornos do metabolismo ou por defeito de formação (PORTO, 2008).

Lesões no tecido subcutâneo – Lesões na camada mais interna da pele; o tecido subcutâneo possui folículos pilosos, glândulas, vasos sanguíneos e células adiposas (PORTO, 2008).

Leucopenia – Diminuição dos valores dos leucócitos circulantes abaixo de 5.000 por milímetro cúbico (MANUILA; MANUILA; NICOULIN, 1997).

Linfocitose – aumento do número de linfócitos circulantes (MANUILA; MANUILA; NICOULIN, 1997).

Linfadenopatia – crescimento de um ou mais linfonodos.

Meningite – toda inflamação das meninges. Uma meningite é dita cerebral, espinal ou cérebro-espinal se a inflamação ocorrer nas meninges do encéfalo, da medula espinal ou o conjunto encéfalo-medula espinal respectivamente. Os sintomas são os da síndrome meníngea com febre que sobe rapidamente, distúrbios motores e psíquicos (MANUILA; MANUILA; NICOULIN, 1997).

Mobilidade prejudicada - Estado em que o indivíduo experimenta uma restrição ou perda da capacidade para realizar movimentos físicos. Pode ser temporária ou permanente, reversível ou irreversível, progressiva ou regressiva (BENEDET; BUB, 2001).

Modificações no pulso - Pulso é a elevação rítmica percebida a palpação de uma artéria superficial e que reflete o aumento da pressão do sangue no interior das artérias por ocasião de cada contração cardíaca. Deve-se observar a frequência, o ritmo e a qualidade/amplitude da onda de pulso. São consideradas modificações no pulso: alterações fora da faixa de frequência normal do pulso, 60 – 80 bpm, em seu ritmo, regular ou irregular e na qualidade: normal, diminuída ou ausente (MANUILA; MANUILA; NICOULIN, 1997; SMELTZER; BARE, 1998).

Mononucleose-símile - Síndrome aguda caracterizada por febre e adenomegalia generalizadas, associadas freqüentemente a faringite, hepato-esplenomegalia, exantema, artralgia e alterações hematológicas.

Neuropatia – toda a afecção do sistema nervoso, central ou periférico (MANUILA; MANUILA; NICOULIN, 1997).

Paralisia total ou parcial - Conseqüência de algum dano neurológico, em que existe a manutenção de parte do movimento ou perda total deste.

Perda de fluidos através de vias anormais - A presença de dispositivos invasivos ocasiona em alguns casos a falta de controle pela pessoa de seus fluidos corporais, como por exemplo, na sondagem vesical, na presença de drenos torácicos e abdominais, estomas, sondas nasogástricas e nasoenterais. A perda de fluidos deve ser controlada através da observação do balanço de perdas e ganhos em 24 horas, buscando para cada situação o balanço adequado a seu quadro de saúde.

Plaquetopenia – diminuição do número de plaquetas no sangue.

Pressão sobre a pele - Objetos que exercem forças mecânicas sobre a pele e podem romper sua integridade, exercem pressão sobre a mesma. Deve ser evitada observando-se as áreas com maior tendência, como as proeminências ósseas.

Procedimentos invasivos - Procedimentos realizados com o fim de investigação, manutenção e tratamento necessários para se esclarecer à causa do adoecimento, administrar medicações, observação da evolução do tratamento recebido. Estes procedimentos podem ser entubação endotraqueal, traqueostomias, endoscopias, broncoscopias, cateterismos,

angioplastias, angiografias, punção lombar, punção de líquido, punção cateter para diálise, punção de acesso venoso central, punção arterial, punção acesso venoso periférico, entre outros. São comuns em pessoas internadas em terapia intensiva e na maior parte dos casos ocorrem mais de uma vez na mesma pessoa.

Respiração curta - Caracteriza-se por uma respiração superficial, com alteração na amplitude da respiração.

Secreções em grande quantidade - Grande quantidade de secreção nas vias aéreas, conseqüente à incapacidade de expectorar devido a sedação, presença de via aérea artificial e/ou infecção pulmonar. Observar suas características: coloração, densidade, quantidade.

Taquipnéia - É o aumento do número de incursões respiratórias na unidade de tempo. Também ocorre redução da amplitude das incursões respiratórias (volume corrente). Em condições fisiológicas de repouso, esse número, habitualmente, gira entre 16 e 20 movimentos por minuto. Diversas condições podem cursar com taquipnéia, tais como síndromes restritivas pulmonares (derrames pleurais, doenças intersticiais, edema pulmonar), febre, ansiedade, etc. (MARTINEZ; PADUA; TERRA FILHO, 2004).

Tosse ausente - Quando o reflexo da tosse está ausente ou comprometido após traumatismo raquimedular ou doença neuromuscular, a limpeza das vias aéreas é menos efetiva, apesar da produção e consistência do muco e a ação ciliar seguem normais. A tosse encontra-se ausente em pacientes sedados (LUCE; PIERSON; TYLER, 1995).

Tosse ineficaz - A tosse envolve a inspiração até a capacidade pulmonar total, o fechamento da glote e a contração dos músculos abdominais, resultando num aumento da pressão intratorácica e da compressão dinâmica das vias aéreas maiores e a abertura da rápida da glote permitindo, assim, a liberação do ar pressurizado. Os altos fluxos e a compressão dinâmica aumentam a velocidade do ar expirado e isto fornece energia cinética que ao final retira o muco e o material estranho da parede das vias aéreas. A incapacidade de respirar profundamente, músculos abdominais fracos ou falta de disposição para contraí-los por causa de dor e colapso das pequenas vias aéreas na expiração, reduz a eficiência da tosse. Uma glote aberta também reduz esta eficiência, por exemplo, pessoas com tubos endotraqueais. A tosse também fica comprometida em pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

(LUCE; PIERSON; TYLER, 1995).

Tratamento com corticosteróide - Nas pessoas HIV positivas está relacionado ao tratamento das doenças oportunistas, como meningite bacteriana, tuberculose, pneumonias e afecções da pele. Os corticóides são produzidos pelo organismo, contudo nos pacientes graves existe um aumento da resposta inflamatória e há uma inadequação da produção de corticóide pelo corpo. Assim em pacientes graves tem seu uso recomendado para tratamento da insuficiência adrenal e imunomodulação, a fim de amenizar as alterações na resposta imune e sistema endócrino. Observar distúrbios eletrolíticos, hiperglicemia e aumento de infecções nosocomiais, miopatias (ROSOLEM; SALLUH, 2009).

Trauma mecânico - Causado por algo que faz um estímulo mecânico sob a pele.

Traqueostomia - Incisão da traquéia com o objetivo de introduzir uma cânula específica para manter a ventilação.

Trombocitopenia - Diminuição do número de trombócitos (plaquetas) no sangue circulante, comum em pessoas infectadas pelo HIV. A principal causa de trombocitopenia é uma anormalidade hematológica isolada, com um número normal ou aumentado de megacariócitos (célula da medula óssea) na medula óssea, e níveis elevados de imunoglobulinas associadas a plaquetas, caracterizando a síndrome clínica chamada púrpura trombocitopênica imune. Também pode ser causada por destruição imunomediada, púrpura trombocitopênica trombótica, hematopoiese comprometida e por efeitos tóxicos de medicamentos. Clinicamente, as pessoas podem apresentar sangramentos mínimos como petéquias, equimoses e, ocasionalmente, epistaxes. Laboratorialmente, considera-se o número de plaquetas menor que 100.000 células/mm³ (NORTHFELT, 1998).

Úlceras - Solução de continuidade. Perda delimitada das estruturas que constituem a pele e que chega a atingir a derme (PORTO, 2008).

Utilização de aparelhos - Utilização de aparelhos que auxiliam na realização de atividades/funções, tratamento da pessoa que está internada na UTI. Como por exemplo, uso de ventilador mecânico, bombas de infusão, monitorização cardíaca, oxímetro do pulso.

Uso de músculos acessórios - Durante a respiração, na inspiração a contração diafragmática empurra o pulmão para baixo e desloca o tórax

para fora; o diafragma eleva o gradeado costal para cima e para fora e infla o pulmão em direção a sua capacidade total, enquanto os músculos intercostais e acessórios estabilizam a parede do tórax. Na expiração o diafragma e outros músculos inspiratórios relaxam e a contração dos músculos abdominais ajuda o pulmão a desinsuflar até o volume residual. Os músculos acessórios da respiração incluem os músculos escalenos, esternocleidomastóideos e os trapézios. Estes músculos são recrutados em altos níveis de atividade inspiratória e tornam-se hipertrofiados em algumas pessoas com doenças respiratórias. Assim, com aumento dos movimentos respiratórios, a musculatura acessória fica ativa na respiração, os músculos do pescoço na inspiração e abdominais na expiração (LUCE; PIERSON; TYLER, 1995; HEINISCH, 2006).

Uso progressivo da musculatura acessória - Devem-se observar os músculos trapézios e esternocleidomastóideos no pescoço. Durante a respiração o uso destes músculos é um sinal precoce de obstrução das vias aéreas. Ao se contraírem, elevam a clavícula e a parede torácica anterior, o que fica evidenciado por retração das fossas supraclaviculares e músculos intercostais (PORTO, 2008).

Via aérea artificial - Colocação de um tubo endotraqueal, para que seja possível a ventilação mecânica por este, quando não é possível fazê-la espontaneamente. Pode ser realizada através de uma prótese colocada diretamente na traquéia, a traqueostomia, em geral após uso prolongado do tubo endotraqueal e conforme a indicação clínica adequada.

Referências utilizadas:

AMERICAN THORACIC SOCIETY. ATS. Dyspnea: mechanisms, assessment and management: a consensus statement. **Am. J. Respir. Crit. Care Med.**, v. 159, p. 321-340, jan. 1999. Disponível em: <<http://ajrccm.atsjournals.org/cgi/content/full/159/1/321>> . Acesso em: 18 março 2010.

BENEDET, S.A.; BUB, M.B.C. **Manual de Diagnóstico de Enfermagem:** Uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2 ed. Florianópolis: Bernúncia, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de

Vigilância em Saúde. Glossário Temático: DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p.

CINTRA, E. A.; NISHIDE, V.M.; NUNES, W. A. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

FISCHBACH, F. **Manual de Enfermagem** – Exames laboratoriais e diagnósticos. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

HEINISCH, R.H. **Dispnéia**. In: Módulo II: dispnéia, edema, cianose, tontura e síncope. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Clínica Médica. Disciplina de Iniciação ao Exame Clínico (*on line*). 2006. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/~cardiologia/ensino2.html>> . Acesso em: 18 março 2010.

HINRICHSEN, S.L. **DIP - Doenças Infeciosas e Parasitárias**. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan, 2005. 1098 p.

LUCE, J.M.; PIERSON D.J.; TYLER, M.L. **Tratamento Respiratório Intensivo**. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter Ltda, 1995.

MANUILA, L.; MANUILA, A.; NICOULIN, M. **Dicionário Médico Andrei**. 7ed. São Paulo: Organização Andrei, 1997.

MARTINEZ, J.A.B.; PÁDUA, A.I.; TERRA FILHO, J. Dispnéia. **Simpósio Semiologia**, v. 37, p. 199-207, jul./dez. 2004. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2004/vol37n3e4/2_dispneia.pdf> . Acesso em: 18 março 2010.

NORTHFELT, D. W. Manifestações hematológicas do HIV. **HIV InSite Capítulo Base de Conhecimento**. Fevereiro de 1998. Disponível em: <<http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-00&doc=kb-04-01-09>> . Acesso em: 08 junho 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Direção Geral da Saúde. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Tradução e revisão Amélia Leitão. Lisboa. 2004. 258 p. Disponível em: <http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf>. Acesso em: 17 junho 2010.

PORTO, C.C. **Exame Clínico** - Bases para a prática médica. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. **Manual HIV/ Aids**. 9 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 222 p.

ROSOLEM, M.M.; SALLUH, J.I.F. Uso de corticosteróides sistêmicos nas pneumonias adquiridas na comunidade. **Pulmão RJ**, supl 2, p. 533-36, 2009.

SMELTZER, S.C; BARE, BG. **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan, 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

Instrumento Diagnósticos de Enfermagem em pessoas com HIV/aids em UTI³- N^o _____, Data: / / .

1 – Dados identificação da pessoa: Histórico de Enfermagem (ANEXO)

2 – Diagnósticos de enfermagem relacionados às NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

2.1 – Grupo de Diagnósticos relacionados a NECESSIDADE DE OXIGENACÃO

2.1.1 Padrão respiratório ineficaz: 1 (Sim) 2 (Não)

Características definidoras do Padrão respiratório ineficaz

- () 1 - Modificações no pulso
- () 2 - Dispnéia
- () 3 - Respiração curta
- () 4 - Taquipnéia
- () 5 - Frêmitos
- () 6 - Gases do sangue arterial alterados
- () 7 - Cianose
- () 8 - Tosse
- () 9 - Dilatação das narinas
- () 10 - Respiração pela boca
- () 11 - Uso de músculos acessórios

Fatores relacionados ao padrão respiratório ineficaz

- () 1 - Atividade neuromuscular prejudicado
- () 2 - Dor
- () 3 - problemas perceptivos ou cognitivos
- () 4 - ansiedade
- () 5 - fadiga ou energia diminuída

³ As características definidoras, fatores relacionados e de risco do instrumento foram direcionadas a pessoas com HIV/aids internadas em UTI, assim, alguns itens das referências utilizadas como base (BENEDET, S.A.; BUB, M.B.C. **Manual de Diagnóstico de Enfermagem**: Uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. Florianópolis: Bernúncia. 2 ed. 2001 e NANDA 2009-2011) não foram colocados neste em virtude da especificidade dos sujeitos do estudo.

2.1.2 – Troca de gases prejudicada 1 (Sim) 2 (Não)**Características definidoras de Troca de gases prejudicada**

- 1 - Dispnéia ao esforço
- 2 - confusão
- 3 - sonolência
- 4 - inquietação
- 5 - irritabilidade
- 6 - incapacidade para remover secreção
- 7 - hipercapnia
- 8 - hipóxia
- 9 - cianose

Fatores relacionados a Troca de gases prejudicada

- 1 - Desequilíbrio na relação ventilação-perfusão

2.1.3 – Incapacidade para manter respiração espontânea 1 (Sim) 2 (Não)**Características definidoras da Incapacidade para manter respiração espontânea –**

- 1 - dispnéia
- 2 - maior velocidade metabólica
- 3 - agitação progressiva
- 4 - uso progressivo da musculatura acessória
- 5 - diminuição volume corrente
- 6 - aumento da frequência cardíaca
- 7 - diminuição da saturação de O₂
- 8 - diminuição da PaO₂
- 9 - aumento da PaCO₂

Fatores relacionados incapacidade para manter respiração espontânea:

- 1 - fadiga dos músculo respiratórios
- 2 - desnutrição
- 3 - consumo metabólico aumentado
- 4 - lesões do Sistema Nervoso Central

2.1.4 - Desobstrução ineficaz das vias aéreas 1 (Sim) 2 (Não)**Características definidoras da Desobstrução ineficaz das vias aéreas**

- 1 - tosse ausente
- 2 - tosse ineficaz
- 3 - incapacidade para remover as secreções das vias aéreas

- () 4 - ruídos adventícios (roncos, creptos, sibilos)
- () 5 - dispnéia
- () 6 - cianose
- () 7 - alteração na frequência
- () 8 - alteração na profundidade da respiração
- () 9 - vocalização dificultada

Fatores relacionados a desobstrução ineficaz das vias aéreas

- () 1 - tabagismo
- () 2 - inalação de fumaça
- () 3 - fumo passivo
- () 4 - broncoespasmos
- () 5 - secreções (endotraqueais, traqueais, brônquicas e alveolares) em grande quantidade
- () 6 - via aérea artificial
- () 7 - doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)
- () 8 - disfunção neuromuscular
- () 9 - presença de corpo estranho

2 - 2 - Grupo de diagnósticos relacionados a NECESSIDADE DE REGULÇÃO VASCULAR

**2.2.1 - Alteração na perfusão tissular periférica 1 (Sim) 2 (Não)
Características definidoras da Alteração na perfusão tissular periférica**

- () 1 - pele fria
- () 2 - pulsos ausentes
- () 3 - edema
- () 4 - cianose de extremidades
- () 5 - diminuição dos pulsos periféricos
- () 6 - mudanças na temperatura da pele
- () 7 - unhas secas e quebradiças com crescimento lento
- () 8 - claudicação
- () 9 - outros:

Fatores relacionados a alteração na perfusão tissular periférica

- () 1 - transtornos da hemoglobina (concentração, transporte de oxigênio)
- () 2 - hipovolemia
- () 3 - hipervolemia
- () 4 - hipoventilação
- () 5 - transtornos respiratórios severos

- 6 - obstruções arteriais
- 7 – acidente vascular encefálico
- 8 - embolia pulmonar
- 9 - insuficiência vascular periférica.

2.2.2 - Alteração na perfusão tissular cardiopulmonar – 1 (Sim) 2 (Não)

Características definidoras da Alteração na perfusão tissular cardiopulmonar

- 1 - aumento da frequência respiratória
- 2 - uso da musculatura acessória da respiração
- 3 - alterações dos parâmetros gasométricos (pH, PCO₂, PO₂, Sat. O₂)
- 4 - broncoespasmos
- 5 - dispnéia
- 6 - tempo de enchimento capilar maior que três segundos
- 7- arritmias
- 8 - dilatação nasal (batimento de asa de nariz)
- 9 - outros:

Fatores relacionados alteração na perfusão tissular cardiopulmonar

- 1 - transtornos da hemoglobina (concentração, transporte de oxigênio)
- 2 - hipovolemia
- 3 - hipervolemia
- 4 - hipoventilação
- 5 - transtornos respiratórios severos
- 6 - obstruções arteriais
- 7 - acidente vascular encefálico
- 8 - embolia pulmonar
- 9 - insuficiência vascular periférica.

2.2. 3 Alteração na perfusão tissular cerebral –1 (Sim) 2 (Não)

Características definidoras da Alteração na perfusão tissular cerebral :

- 1 - estado mental alterado
- 2 - mudanças de comportamento
- 3 - anormalidades na fala
- 4 - alteração na resposta motora
- 5 - alteração na reação pupilar
- 6 - outros:

Fatores relacionados a alteração na perfusão tissular cerebral:

- 1 - transtornos da hemoglobina (concentração, transporte de oxigênio)
- 2 - hipovolemia
- 3 - hipervolemia
- 4 - hipoventilação
- 5 - transtornos respiratórios severos
- 6 - obstruções arteriais
- 7 - acidente vascular encefálico
- 8 - embolia pulmonar
- 9 - insuficiência vascular periférica.

2.2.4 Alteração na perfusão tissular renal 1 (Sim) 2 (Não)

Características definidoras da alteração na perfusão tissular renal

- 1 - oligúria
- 2 - anúria
- 3 - elevação nos níveis de uréia e creatinina no sangue
- 4 - pressão arterial elevada
- 4 - hematúria

Fatores relacionados a alteração na perfusão tissular renal:

- 1 - transtornos da hemoglobina (concentração, transporte de oxigênio)
- 2 - hipovolemia
- 3 - hipervolemia
- 4 - transtornos respiratórios severos
- 5 - obstruções arteriais
- 6 - acidente vascular encefálico
- 7 - embolia pulmonar
- 8 - insuficiência vascular periférica.

2 – 3 – Grupo dos diagnósticos relacionados a NECESSIDADE DE REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

2.3.1 Confusão aguda 1 (Sim) 2 (Não)

Características definidoras da confusão aguda:

- 1 - distúrbios de consciência
- 2 - incapacidade para situar-se no tempo e espaço
- 3 - distúrbios de orientação
- 4 - distúrbio no comportamento psicomotor
- 5 - hipervigilância
- 6 - alucinações
- 7 - Outros:

Fatores relacionados a confusão aguda

- 1 - Hipóxia cerebral e/ou perturbação no metabolismo cerebral secundário a distúrbios hidroeletrolíticos
- 2 - Hipóxia cerebral e/ou perturbação no metabolismo cerebral secundário a distúrbios respiratórios
- 3 - Hipóxia cerebral e/ou perturbação no metabolismo cerebral secundário a infecções
- 4 - Hipóxia cerebral e/ou perturbação no metabolismo cerebral secundário a distúrbios metabólicos e endócrinos
- 5 - Hipóxia cerebral e/ou perturbação no metabolismo cerebral secundário a distúrbios do SNC
- 6 - Perturbação do metabolismo cerebral secundária a efeitos colaterais da medicação
- 7 - Perturbação do metabolismo cerebral secundária a abstinência ao álcool e/ ou drogas.

2.3. 2 - Risco de confusão aguda (2006, NE 2.2) – 1 (Sim) 2 (Não)

Fatores de risco para confusão aguda:

- 1 - abuso de substância
- 2 - anormalidades metabólicas: azotemia, desequilíbrios eletrolíticos, desidratação, desnutrição, hemoglobina diminuída, uréia e creatinina aumentadas
- 3 - cognição prejudicada
- 4- contenção reduzida
- 5 - demência
- 6 - dor
- 7 - flutuação no ciclo sono-vigília
- 8 - infecção
- 9 - mais de 60 anos de idade
- 10 - medicamentos – anestesia, anticolinérgicos, difenidramina, drogas psicoativas, opióides
- 11 - mobilidade reduzida
- 12 - privação sensorial
- 13 - retenção urinária
- 14 - uso de álcool

2. 4 – Grupo de Diagnósticos de enfermagem relacionados a PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

2.4.1 - Alterações sensoriais perceptivas: visual, auditiva, sinestésica, gustativa. 1 (Sim) 2 (Não)

Características definidoras das alterações sensoriais perceptivas: visual, auditiva, sinestésica, gustativa.

- 1 - Visão alterada
- 2 - Audição alterada
- 3 - Paladar alterado
- 4 - Desorientação no tempo, espaço, consigo próprio ou com os outros.
- 5 - Outro:

Fatores relacionados as alterações sensoriais perceptivas: visual, auditiva, sinestésica, gustativa

- 1 - Transtornos neurológicos
- 2 - Transtornos metabólicos
- 3 - Medicamentos.
- 4 - Outros:

2.4.2 Dor – 1 (Sim) 2 (Não)

Características definidoras da dor:

- 1 -comunicação verbal de dor
- 2 - expressão facial de dor (olhar sem brilho, abatido, fixo ou com movimentos dispersos, caretas)
- 3 - comportamento protetor e receoso
- 4 - auto-confusão
- 5 - focalização limitada (percepção alterada do tempo, isolamento social, dificuldade no processo de pensamento).
- 6 - comportamento de distração ou desatenção (gemer, chorar, caminhar, buscar outras pessoas e/ou outras atividades, inquietação).
- 7 - diaforese.
- 8 - mudança na pressão arterial.
- 9 - mudança na frequência cardíaca
- 10 - dilatação pupilar
- 11 - frequência e amplitude respiratórias aumentada
- 12 – frequência e amplitude respiratórias diminuída.

Fatores relacionados a dor:

- 1 - Estiramento de órgãos
- 2 - pressão excessiva sobre órgãos ou partes do corpo
- 3 - temperaturas muito elevadas
- 4- temperaturas muito baixas
- 5 - isquemia
- 6 - infecção
- 7 - agente psicológico lesivo (sentimentos decepção, tristeza, perda)

2.4.3 – Náusea – 1 (Sim) 2 (Não)**Características definidoras da náusea:**

- 1 - relato de náusea
- 2 - sensação de vômito
- 3 - mal estar estomacal
- 4 - pele pálida, fria e pegajosa
- 5 - aumento da salivação
- 6 - aumento da frequência cardíaca
- 7 - falta de vontade de se alimentar
- 8 - gosto amargo na boca

Fatores relacionados a náusea:

- 1 - intoxicação intestinal
- 2 - irritação do sistema gastrointestinal por medicamentos
- 3 - pós anestesia
- 4 - dor aguda e intensa
- 5 - distensão gástrica
- 6 - odores nocivos
- 7 - pressão intracraniana aumentada
- 8 - hipoglicemia
- 9 - uremia

2.5 – Grupo de Diagnósticos de enfermagem relacionados a NECESSIDADE DE REGULACÃO TÉRMICA**2.5.1 - Risco para alteração na temperatura corporal - 1 (Sim) 2 (Não)****Fatores de risco para alteração na temperatura corporal:**

- 1 - extremos de idade
- 2 - extremos de peso
- 3 - exposição a ambiente frio
- 4 - exposição a ambiente quente
- 5 - desidratação
- 6 - inatividade
- 7 - medicamento causador de vasoconstrição
- 8 - medicamento causador de vasodilatação
- 9 - taxas metabólicas alteradas
- 10 - secreção
- 11 - sedação

2.5.2 – Hipotermia – 1 (Sim) 2 (Não)

Características definidoras da hipotermia:

- 1 - temperatura corporal abaixo de 35.5 graus centígrados
- 2 - pele fria
- 3 - piloereção
- 4 - palidez
- 5 - tremores
- 6 - pulso diminuído
- 7 - respiração diminuído

Fatores relacionados a hipotermia:

- 1 - exposição ao frio
- 2 - diminuição da circulação
- 3 - incapacidade de proteger-se do frio
- 4 - diminuição da circulação
- 5 - caquexia
- 6 - desnutrição
- 7 - evaporação da pele em ambiente frio
- 8 - inatividade
- 9 - medicamentos

2.5.3 – Hipertermia – 1 (Sim) 2 (Não)

Características definidoras da hipertermia:

- 1 - aumento da temperatura corporal acima da faixa de normalidade (mais de 37.8 graus centígrados oral ou mais de 38.8 retal)
- 2 - pele quente ao tato
- 3 - pele corada
- 4 - frequência respiratória aumentada
- 5 - convulsões
- 6 - taquicardia
- 7 - mal estar geral
- 8 - tremores
- 9 - dores localizadas
- 10 - dores generalizadas

Fatores relacionados a hipertermia:

- 1 - capacidade reduzida secundária a medicamento
- 2 - exposição ao calor e sol
- 3 - diminuição da circulação
- 4 - hidratação insuficiente
- 5 - aumento da taxa metabólica
- 6 - desidratação

2.6 Grupo de diagnósticos de enfermagem relacionados a NECESSIDADE DE HIDRATAÇÃO

2.6.1 - Excesso no volume de líquidos – 1 (Sim) 2 (Não)

Características definidoras do excesso no volume de líquidos:

- 1 - edema (periférico, sacro)
- 2 - pele distendida e brilhante
- 3 - respiração curta
- 4 - dispnéia
- 5 - ganho de peso
- 6 - ingestão maior que a excreção
- 7 - hemoglobina e hematócrito diminuídos
- 8 - alteração na pressão arterial

Fatores relacionados ao excesso no volume de líquidos:

- 1 - falência renal
- 2 - arritmia
- 3 - insuficiência cardíaca congestiva
- 4 - doença hepática
- 5 - doença vascular periférica
- 6 - imobilidade
- 7 - retenção de sódio e água
- 8 - baixa ingestão de proteína
- 9 - desnutrição
- 10 - ingestão excessiva de sódio
- 11 - ingestão excessiva de líquidos
- 12 - outros:

2.6.2 - Déficit no volume de líquidos – 1 (Sim) 2 (Não)

Características definidoras do déficit no volume de líquidos:

- 1 - pele e mucosas secas
- 2 - balanço hídrico negativo
- 3 - ingestão de líquidos insuficiente
- 4 - perda de peso
- 5 - sódio sérico aumentado
- 6 - diminuição do volume urinário
- 7 - aumento excessivo do volume urinário
- 8 - urina concentrada
- 9 - turgor da pele diminuído
- 10 - sede
- 11 - náuseas
- 12 - anorexia

Fatores relacionados ao déficit no volume de líquidos:

- 1 - hemorragia
- 2 - diarreia
- 3 - eliminação excessiva de urina
- 4 - estados hipermetabólicos
- 5 - febre

2.6.3 - Risco para déficit no volume de líquidos – 1 (Sim) 2 (Não)**Fatores de risco para déficit no volume de líquidos:**

- 1 - diarreia
- 2 - estados hipermetabólicos
- 3 - perda de fluidos através de vias anormais como: drenos, sondas.
- 4 - extremos de idade
- 5 - extremos de peso
- 6 - estados que afetam o acesso a ingestão ou a absorção dos líquidos
- 7 - medicação
- 8 - deficiência de conhecimento

2.6.4 - Risco para desequilíbrio dos fluidos corporais – 1 (Sim) 2 (Não)**Fatores de risco para desequilíbrio dos fluidos corporais:**

- 1 - grande número de procedimentos invasivos

2.7 Grupo de diagnósticos de enfermagem relacionados a NECESSIDADE DE ALIMENTAÇÃO**2.7.1 - Deglutição prejudicada – 1 (Sim) 2 (Não)****Características definidoras da deglutição prejudicada:**

- 1 - estase de comida na cavidade oral
- 2 - engasgo
- 3 - tosse
- 4 - sufocação
- 5 - refluxo nasal
- 6 - mastigação repetitiva
- 7 - regurgitação de conteúdos gástricos
- 8 - falta de mastigação

Fatores relacionados a deglutição prejudicada:

- 1 - diminuição ou ausência do reflexo de regurgitação
- 2 - irritação na cavidade orofaríngea
- 3 - dificuldade de mastigação conseqüente a paralisia facial
- 4 - problemas dentários

- 5 - diminuição da saliva
- 6 - diminuição da consciência secundária a anestesia
- 7 - sedativos
- 8 - fadiga
- 9 - distúrbios de atenção

2.7.2 - Alteração na nutrição: menos do que o corpo necessita – 1 (Sim) 2 (Não)

Características definidoras da alteração na nutrição: menos do que o corpo necessita

- 1 - peso corporal abaixo de 20% do ideal
- 2 - perda muscular
- 3 - diminuição da função respiratória
- 4 - imunidade deficiente
- 5 - apatia
- 6 - fadiga
- 7 - cavidade bucal ferida
- 8 - diarreia
- 9 - relato de sensação de sabor alterada
- 10 - falta de informação

Fatores relacionados alteração na nutrição: menos do que o corpo necessita:

- 1 - falta de apetite
- 2 - deterioração do paladar e olfato
- 3 - dificuldade para mastigar
- 4 - disfagia
- 5 - deficiência visual
- 6 - uso de medicamentos causadores de distúrbios gastrointestinais
- 7 - depressão
- 8 - má coordenação e equilíbrio
- 9 - diminuição do nível de consciência
- 10 - boca seca
- 11 - exigências aumentadas de vitaminas e proteínas
- 12 - absorção inadequada secundária ao uso de medicação

2.7.3 - Alteração na nutrição: risco para menos do que o corpo necessita – 1 (Sim) 2 (Não)

Fatores de risco Alteração na nutrição: risco para menos do que o corpo necessita:

- 1 - falta de apetite
- 2 - deterioração do paladar e olfato

- 3 - dificuldade para mastigar
- 4 - disfagia
- 5 - deficiência visual
- 6 - uso de medicamentos causadores de distúrbios gastrointestinais
- 7 - depressão
- 8 - má coordenação e equilíbrio
- 9 - diminuição do nível de consciência
- 10 - boca seca
- 11 - exigências aumentadas de vitaminas e proteínas
- 12 - absorção inadequada secundária ao uso de medicação

2.8 Grupo de Diagnósticos de enfermagem relacionados a NECESSIDADE DE ELIMINAÇÃO

2.8.1 - Alteração na eliminação urinária – 1 (Sim) 2(Não)

Características definidoras da Alteração na eliminação urinária :

- 1 - incontinência urinária
- 2 - disúria
- 3 - frequência na eliminação urinária aumentada
- 4 - frequência na eliminação urinária diminuída
- 5 - nictúria
- 6 - retenção urinária
- 7 - urgência urinária

Fatores relacionados a Alteração na eliminação urinária :

- 1 - dano sensorio-motor
- 2 - infecção urinária
- 3 - capacidade diminuída da bexiga
- 4 - diminuição do tono muscular
- 5 - incapacidade para comunicar a necessidades
- 6 - obstrução anatômica

2.8.2 – Diarréia - 1 (Sim) 2 (Não)

Características definidoras da diarréia:

- 1 - fezes líquidas e moles
- 2 - frequência aumentada – mais de três vezes ao dia
- 3 - dor abdominal
- 4 - aumento no volume de fezes
- 5 - cólica
- 6 - peristaltismo aumentado
- 7 - urgência

Fatores relacionados a diarréia:

- 1 - problemas de má absorção ou inflamação
- 2 - processo infeccioso
- 3 - disfunção hepática
- 4 - efeitos colaterais de medicamentos
- 5 - alimentação por sonda
- 6 - alimentos irritantes a mucosa intestinal

2.9 – Grupo de Diagnósticos de enfermagem relacionados a NECESSIDADE DE INTEGRIDADE FÍSICA

2.9.1 - Integridade da pele prejudicada – 1 (Sim) 2 (Não)

Características definidoras Integridade da pele prejudicada:

- 1 - lesões no tecido epidérmico e dérmico
- 2 - eritema
- 3 - máculas
- 4 - pápulas
- 5 - placas
- 6 - vergões
- 7 - vesículas
- 8 - bolhas
- 9 - abrasões
- 10 - crostas
- 11 - exantemas
- 12 - fissuras
- 13 - úlceras
- 14 - prurido

Fatores relacionados Integridade da pele prejudicada:

- 1 - fragilidade da pele
- 2 - imobilidade
- 3 - pressão sobre a pele
- 4 - fricção
- 5 - substâncias irritantes
- 6 - extremos de temperatura
- 7 - alterações circulatórias
- 8 - hipertermia
- 9 - alterações nutricionais
- 10 - infecções
- 11 - reações de hipersensibilidade
- 12 - hábitos pessoais inadequados
- 13 - incontinência urinária
- 14 - incontinência fecal

- 15 - pele úmida
- 16 - imunidade comprometida

2.9.2 - Risco para prejuízo da integridade da pele – 1 (Sim) 2 (Não)
Fatores de risco para prejuízo da integridade da pele:

- 1 - fragilidade da pele
- 2 - pressão sobre a pele
- 3 - fricção
- 4 - substâncias irritantes
- 5 - imobilidade
- 6 - extremos de temperatura ambiental
- 7 - alterações circulatórias
- 8 - hipertermia
- 9 - alterações nutricionais
- 10 - infecções
- 11 - reações de hipersensibilidade
- 12 - hábitos pessoais inadequados
- 13 - incontinência urinária
- 14 - incontinência fecal
- 15 - pele úmida
- 16 - imunidade comprometida
- 17 - proeminências ósseas

2.9.3 - Integridade tissular prejudicada – 1 (Sim) 2 (Não)
Características definidoras Integridade tissular prejudicada:

- 1 - lesões da córnea
- 2 - lesões do tecido subcutâneo
- 3 - lesões nos tecidos dos órgãos do corpo humano
- 4 - nódulos
- 5 - edema
- 6 - eritema
- 7 - leucopenia
- 8 - úlceras

Fatores relacionados Integridade tissular prejudicada:

- 1 - inflamações das junções dérmica-epidérmica
- 2 - diminuição da oferta de sangue e nutrientes aos tecidos
- 3 - imobilidade imposta por sedação
- 4 - trauma mecânico
- 5 - irritantes mecânicos ou de pressão
- 6 - irritantes ambientais – radiação solar temperatura, umidade, parasitas, picadas de insetos e animais, plantas venenosas)

- 7 - hábitos pessoais inadequados
- 8 - mobilidade prejudicada
- 9 - estrutura frágil do corpo
- 10 - pele fina

2.9.4 - Alteração na mucosa oral – 1 (Sim) 2 (Não)

Características definidoras Alteração na mucosa oral

- 1 - mucosa oral lesionada
- 2 - dor ou desconforto oral
- 3 - língua saburrosa
- 4 - xerostomia – boca seca
- 5 - estomatite
- 6 - erosão da mucosa
- 7 - úlceras da mucosa
- 8 - vesículas
- 9 - diminuição ou falta de salivação
- 10 - placa branca
- 11 - edema
- 12 - hiperemia
- 13 - placa oral
- 14 - descamação
- 15 - dentes cariados
- 16 - gengivite hemorrágica
- 17 - halitose

Fatores relacionados Alteração na mucosa oral:

- 1 - infecção
- 2 - efeitos secantes
- 3 - irritação mecânica
- 4 - desnutrição
- 5 - desidratação
- 6 - respiração pela boca
- 7 - trauma químico
- 8 - falta de conhecimento sobre a higiene oral

2.10 Grupo de Diagnósticos de enfermagem relacionados a NECESSIDADE SONO E REPOUSO

2.10.1 - Distúrbio no padrão do sono – 1 (Sim) 2 (Não)

Características definidoras do distúrbio no padrão do sono:

- 1 - queixas de dificuldades para adormecer
- 2 - sono interrompido por longos períodos durante a noite

- () 3 - queixa de três ou mais despertares noturnos
- () 4 - sonolência durante o dia
- () 5 - irritabilidade
- () 6 - cansaço
- () 7 - apatia
- () 8 - letargia
- () 9 - bocejos frequentes
- () 10 - tremores nas mãos
- () 11 - nistagmo leve

Fatores relacionados **ao distúrbio no padrão do sono:**

- () 1 - preocupações
- () 2 - mudanças no ritmo biológico
- () 3 - fadiga
- () 4 - ruídos excessivos
- () 5 - iluminação inadequada
- () 6 - ambiente diferente do usual
- () 7 - dor
- () 8 - dispnéia
- () 9 - outros:

2.11. Grupo de Diagnósticos de enfermagem relacionados a NECESSIDADE ATIVIDADE FÍSICA

2.11.1 - Mobilidade física prejudicada – 1 (Sim) 2 (Não)

Características definidoras da mobilidade física prejudicada:

- () 1 - força, controle ou massa muscular diminuídas
- () 2 - limitações funcionais dos movimentos corporais
- () 3 - restrições impostas aos movimentos
- () 4 - coordenação prejudicada
- () 5 - incapacidade para deambular
- () 6 - dispnéia aos esforços

Fatores relacionados a mobilidade física prejudicada:

- () 1 - força muscular diminuída
- () 2 - dificuldade para enxergar
- () 3 - cegueira
- () 4 - uso de equipamentos externos
- () 5 - fadiga
- () 6 - dor
- () 7 - barreiras ambientais
- () 8 - diminuição da massa muscular
- () 9 - enrijecimento das articulações

() 10 – desnutrição

2.11.2 - Mobilidade no leito prejudicada – 1 (Sim) 2 (Não)

Características definidoras da mobilidade no leito prejudicada:

() 1 - capacidade prejudicada para virar-se

() 2 - capacidade prejudicada para reposicionar-se

() 3 - capacidade prejudicada para mover-se da posição supina para a posição sentada

Fatores relacionados a mobilidade no leito prejudicada:

() 1 - conhecimento deficiente

() 2 - falta de condicionamento físico

() 3 - fadiga

() 4 - cansaço

() 5 - falta de motivação

() 6 - problemas pulmonares

() 7 - efeitos de medicamentos

() 8 - limites ambientais

2.12 Grupo de Diagnósticos de enfermagem relacionados a NECESSIDADE CUIDADO CORPORAL

2.12.1 - Síndrome do déficit autocuidado – 1 (Sim) 2 (Não)

Características definidoras da Síndrome do déficit autocuidado:

() 1 - capacidade prejudicada ou incapacidade para obter ou chegar à fonte de água

() 2 - capacidade prejudicada ou incapacidade para chegar ao toalete ou lavatório

() 3 - capacidade prejudicada ou incapacidade para retirar ou pôr as roupas para uso do toalete

() 4 - capacidade prejudicada ou incapacidade para colocar ou tirar roupas

() 5 - capacidade prejudicada ou incapacidade para preparar alimentos

() 6 - capacidade prejudicada ou incapacidade para manusear utensílios

() 7 - capacidade prejudicada ou incapacidade para atividades manuais

() 8 - capacidade prejudicada ou incapacidade para usar o telefone

() 9 - capacidade prejudicada ou incapacidade para utilizar meios de transportes

Fatores relacionados a síndrome do déficit autocuidado:

() 1 - falta de coordenação motora

() 2 - espasticidade ou flacidez

- 3 - fraqueza muscular
- 4 - paralisia parcial ou total
- 5 - estados comatosos
- 6 - dificuldades para enxergar
- 7 - defeitos físicos de um ou mais membros
- 8 - estados demenciais
- 9 - utilização de aparelhos
- 10 - dor

2.13 – Grupo de Diagnósticos de enfermagem relacionados a NECESSIDADE SEGURANÇA FÍSICA E MEIO AMBIENTE

2.13.1 - Proteção alterada – 1 (Sim) 2 (Não)

Características definidoras da proteção alterada:

- 1 - inquietação
- 2 - imunidade alterada
- 3 - deficiência na cicatrização
- 4 - alteração na coagulação
- 5 - alteração neurosensorial
- 6 - tosse
- 7 - prurido
- 8 - escaras
- 9 - fadiga
- 10 - anorexia
- 11 - fraqueza
- 12 - imobilidade

Fatores relacionados a proteção alterada:

- 1 - distúrbios imunológicos
- 2 - nutrição inadequada
- 3 - extremos de idade
- 4 - tratamentos com corticosteróides
- 5 - tratamentos com trombolíticos
- 6 - tratamentos com anticoagulantes
- 7 - leucopenia
- 8 - trombocitopenia
- 9 - anemia
- 10 - drogadição
- 11 - déficits visuais
- 12 - déficits motores
- 13 - sensibilidade tátil e térmica diminuída
- 14 - outros:

2.13.2 - Risco para infecção – 1 (sim) 2 (Não)**Fatores de risco para infecção:**

- 1 - defesa inadequada
- 2 - diminuição da ação ciliar
- 3 - estase de líquidos corporais
- 4 - peristaltismo alterado
- 5 - diminuição da hemoglobina
- 6 - leucopenia
- 7 - supressão de respostas inflamatórias
- 8 - imunossupressão
- 9 - imunidade adquirida inadequada
- 10 - destruição de tecidos e exposição ambiental aumentada
- 11 - dispositivos invasivos – cateteres arteriais e venosos, sondagens enterais, gástricas e urinárias, tubos orotraqueais, cânulas de traqueostomia, ventilação artificial, drenos tubulares, drenos de tórax
- 12 - procedimentos invasivos
- 13 - estomas de maneira geral
- 14 - desnutrição
- 15 - agentes farmacêuticos

2.14 –Grupo de Diagnósticos de enfermagem relacionados a NECESSIDADE TERAPÊUTICA**2.14.1 - Controle ineficaz do regime terapêutico: individual – 1 (Sim) 2 (Não)****Características definidoras do controle ineficaz do regime terapêutico: individual:**

- 1 - escolhas de atividades da vida diária inadequadas para o alcance dos objetivos terapêuticos
- 2 - expressa dificuldades de aderência a um ou mais aspectos do regime terapêutico recomendado
- 3 - aparecimento acelerado de indicadores de piora no quadro da doença ou do estado de saúde

Fatores relacionados ao controle ineficaz do regime terapêutico: individual:

- 1 - suporte social insuficiente
- 2 - desconfiança quanto ao regime terapêutico recomendado
- 3 - déficit de conhecimento
- 4 - dificuldades econômicas
- 5 - conflitos de decisão

- () 6 - efeitos indesejáveis dos medicamentos
- () 7 - dificuldade de incorporar o regime terapêutico as rotinas diárias

3 – Diagnósticos de enfermagem relacionados as NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

3.1 – Diagnósticos de enfermagem relacionados a NECESSIDADE COMUNICAÇÃO

3.1.1 - Comunicação prejudicada – 1 (Sim) 2 (Não)

Características definidoras a comunicação prejudicada:

- () 1 - incapacidade para pronunciar palavras
- () 2 - incapacidade para escrever
- () 3 - incapacidade para compreender a fala
- () 4 - incapacidade para escutar
- () 5 - incapacidade para uma visão geral
- () 6 - incapacidade para enxergar detalhes

Fatores relacionados a comunicação prejudicada:

- () 1 - afasia expressiva ou receptiva
- () 2 - atividade motora prejudicada dos músculos da fala
- () 3 - acidente vascular cerebral
- () 4 - dano neurológico causado por doenças do sistema nervoso
- () 5 - letargia secundária a depressores do SNC
- () 6 - anestesia
- () 7 - dano respiratório – edema infecção de laringe
- () 8 - falta de ar
- () 9 - entubação orotraqueal
- () 10 - traqueostomia
- () 11 - pensamento desordenado secundário à distúrbio esquizofrênico, alucinação, psicose, para-nóia.
- () 12 - dano auditivo
- () 13 - barreira psicológica
- () 14 - barreira lingüística.

3.2 – Diagnósticos de enfermagem relacionados a NECESSIDADE SEGURANÇA EMOCIONAL

3.2.1 Ansiedade – 1 (Sim) 2 (Não)

Características definidoras da ansiedade:

() 1 - sentimento sempre negativo de apreensão incerteza e preocupação que ocorre em graus varia-dos dependendo da natureza do estressor

() 2 - tremores

() 3 - tagarelice

() 4 - preocupação

() 5 - insônia

() 6 - estimulação do sistema nervoso autônomo – dilatação das pupilas, tensão facial, rubor facial, voz trêmula, boca seca, tonturas, aumento da frequência cardíaca e respiratória, sensação de falta de ar, palpitação, vasoconstrição periférica, formigamento nas extremidades, sudorese, hiper-reflexia, dores abdominais, diarréia, músculos contraídos.

() 7 - irritabilidade

() 8 - diminuição da capacidade de concentração das atividades

Fatores relacionados a ansiedade:

() 1 - abuso de substância

() 2 - ameaça ao ambiente

() 3 - ameaça ao estado de saúde

() 4 - exposição a toxinas

() 5 - necessidades não satisfeitas

() 6 - estresse

() 7 - outros:

3.2.2 - Medo – 1 (Sim) 2 (Não)

Características definidoras do medo:

() 1 - sentimento de temor, apreensão e ou comportamento de negação

() 2 - déficit de atenção

() 3 - relatos de pânico

() 4 - anorexia

() 5 - boca seca

() 6 - contração muscular

() 7 - diarréia

() 8 - dilatação pupilar

() 9 - dispnéia

() 10 - fadiga

() 11 - frequência respiratória aumentada

() 12 - náusea

() 13 - palidez

() 14 - pulso aumentado

() 15 - vômito

16 - pressão sanguínea aumentada

17 - pulso aumentado

18 -perspiração aumentada

Fatores relacionados ao medo:

1 - perda do controle e resultados previsíveis secundários à hospitalização

2 - cirurgia

3 - anestesia

4 - procedimentos invasivos

5 - dor

6 - mudança ou perda de alguém significativo

7 - perda da autonomia

8 - perda de rendimentos

3.3 – Diagnósticos de enfermagem relacionados a NECESSIDADE LIBERDADE E PARTICIPAÇÃO

3.3.1 - Enfrentamento familiar: potencial para crescimento – 1 (Sim) 2 (Não)

Características definidoras ao enfrentamento familiar: potencial para crescimento

1 - relato dos impactos da crise sobre seu sistema de valores, modo de agir e de pensar, de estabelecer prioridades, metas ou relacionamentos

2 - membro familiar direcionado para um estilo de vida saudável

3 - discussão sobre programas de tratamento priorizando experiências que otimizam o bem estar

4 - demonstração de interesse em fazer contato com grupo de ajuda ou pessoa que tenha experiência em situação semelhante.

Fatores relacionados o enfrentamento familiar: potencial para crescimento

1 - processo de ajustamento positivo

2 - realização de atividades

3 - satisfação de necessidades

4- auto-realização

3.4 – Diagnósticos de enfermagem relacionados a NECESSIDADE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E APRENDIZAGEM

3.4.1 - Falta de conhecimento – 1 (Sim) 2 (Não)

Características definidoras da falta de conhecimento:

- () 1 - falta de conhecimento sobre: estilo de vida saudável
- () 2 - falta de conhecimento sobre fatores que influenciam a saúde
- () 3 - falta de conhecimento sobre fatores que influenciam positivamente a saúde
- () 4 - falta de conhecimento sobre benefícios do tratamento
- () 5 - falta de conhecimento sobre benefícios de comportamentos saudáveis e tipos e comportamentos saudáveis

Fatores relacionados a falta de conhecimento:

- () 1 - retardo mental
- () 2 - déficit sensorial-perceptivos
- () 3 - problemas emocionais
- () 4 - alterações no processo de pensamento
- () 5 - baixo nível de instrução
- () 6 - informações incorretas
- () 7 - falta de acesso o sistema de saúde
- () 8 - pobreza
- () 9 - aspectos socioeconômicos
- () 10 - aspectos culturais

4 – Diagnósticos de enfermagem relacionados as NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

4.1 – Risco para sofrimento espiritual – 1 (Sim) 2 (Não)

Fatores de risco para sofrimento espiritual:

- () 1 - estado de ansiedade intensa
- () 2 - baixa auto-estima
- () 3 - doença mental
- () 4 - relacionamentos insatisfatórios
- () 5 - estresse físico e psicológico
- () 6 - abuso de substâncias
- () 7 - desastres naturais
- () 8 - situações de perda
- () 9 - perdas conseqüentes ao processo de envelhecimento
- () 10 - incapacidade para perdoar

5 - () Outros Diagnósticos de enfermagem – 1 (Sim) 2 (Não):

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Participante

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE, FILOSOFIA E SOCIEDADE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

O Sr.(a) _____,
domiciliado(a) em _____

foi informado detalhadamente sobre a pesquisa intitulada “Diagnósticos de Enfermagem de Pessoas com HIV-Aids em uma UTI de Referência em Infectologia”, que tem como questão norteadora a seguinte pergunta: **Quais as necessidades humanas e os diagnósticos de enfermagem da classificação diagnóstica da NANDA-I, as características definidoras e os fatores relacionados e de risco mais frequentes no cuidado as pessoas com HIV/aids na UTI?** Para alcançar a sua resposta foi traçado o objetivo final: descrever as necessidades humanas básicas e os diagnósticos de enfermagem da classificação diagnóstica da NANDA-I, suas características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco apresentados no cuidado a pessoas com HIV/aids na UTI e os objetivos instrumentais: identificar as necessidades humanas básicas no cuidado a pessoas com HIV/aids internadas na UTI; identificar os diagnósticos de enfermagem reais no cuidado a pessoas internadas com HIV/aids na UTI e identificar os diagnósticos de enfermagem de risco no cuidado a pessoas internadas com HIV/aids na UTI.

Apesar do aceite do (a) Sr.(a) em participar desta pesquisa, está garantido que o(a) Sr.(a) poderá desistir a qualquer momento, sem nenhum motivo, bastando para isto, informar sua decisão de desistência, da maneira mais conveniente. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária sem interesse financeiro, o (a) Sr.(a) não terá

nenhum direito a remuneração. A participação na pesquisa não incorrerá em risco ou prejuízos de qualquer natureza.

Os dados referentes ao Sr.(a) serão sigilosos e privados, sendo que o (a) Sr. (a) poderá solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma.

Os dados da história do cliente serão coletados pela pesquisadora Sonciarai Martins Baldin através de um instrumento de coleta de dados. O instrumento sugerido contém dados de identificação como: idade, sexo, situação conjugal, procedência, ocupação, crença religiosa. Os demais dados do exame clínico, exames laboratoriais e necessidades humanas básicas afetadas constarão na segunda parte do instrumento de coleta de dados. Alguns dados poderão também ser obtidos no prontuário dos clientes. Os dados obtidos também serão registrados em um outro instrumento para os diagnósticos de enfermagem obtidos com as suas características definidoras e fatores relacionados respectivos, construído pela pesquisadora e posteriormente todos os dados serão digitalizados para sua análise.

Será garantida a privacidade e confidência dos dados. Foi deixado claro que a pesquisa está sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Maria Bettina Camargo Bub.

Foi informado que o participante poderá a qualquer momento fazer contato com as pesquisadoras pelo telefone (48) 91225779 ou pelos e-mails sonciarai@hotmail.com; vito@unetsul.com.br

Florianópolis, ____ de _____ de 2009.

Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável (de acordo)

Sonciarai Martins Baldin - Mestranda

Prof.^a Dr.^a Maria Bettina Camargo Bub - Orientadora

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento para coleta de dados da pessoa - Histórico de enfermagem

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM	Nº:
1- IDENTIFICAÇÃO	
Nome: _____	
Data nascimento: _____ Altura: _____ Sexo: ()F ()M	
Data da Internação: _____ Procedência: _____	
Sit. Conjugal: () Solteiro () Casado () Divorciado () Separado () Viúvo () União Consensual () Outros	
Escolaridade: () Não Alfabetizado () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior () Fundamental Incompleto () Médio Incompleto () Superior Incompleto () Pós-graduação	
Ocupação Atual: _____	
Comorbidades: () Tuberculose () Pneumonia () Hepatite B () Hepatite C () Neurotoxoplasmose () Outras: _____	
Data notificação HIV/aids: _____	
2 - SITUAÇÕES RELACIONADAS AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
I – NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	
2.1 Oxigenação:	
-Frequência Respiratória: () Eupnéico () Dispnéico () VM () Catéter O ₂ () Macronebulização	
-Presença de Tosse: () Com expectoração () Sem Expectoração	
-Presença de Secreção: () Esbranquiçada () Purulenta () Densa () Fluída () Raias de Sangue	
-Tabagista: () sim () não Quanto tempo: _____ Quantos cigarros por dia: _____	
2.2 Regulação Vascular:	
-PA: _____ X _____ mmHg	
-Frequência Cardíaca: Ritmo: _____ bpm () Taquicárdico () Bradicárdico () Marcapasso	
-Ritmo: () Sinusal Arritmias: () Ventriculares () Atriais	
-Coloração da Pele e Extremidades: () Palidez () Corado () Hipocorado () Cianose	
- Edema: () Generalizado () Localização _____	
2.3 Regulação Neurológica:	
- Nível de Consciência: () Alerta () Orientado () Contactuante () Letárgico () Não Contactuante () Desorientado () Inconsciente	
- Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () Reagentes () Não Reagente	
- História de: () Convulsões () Vertigem () Síncope () Cefaléia () Alteração da memória () Parestesia () Paresia	
2.4 Regulação Hidroeletrólita:	
-Hidratação: Quantidade de Líquido Diário: _____	
Frequência: _____	
-Eliminação Intestinal: Frequência _____ Característica: _____	
() Diaréia (Cor, aspecto e volume): _____	
() Constipação (Quantos dias): _____	
-Eliminação Urinária: () Límpida () Concentrada () Hematúria () Sedimento	
2.5 Percepção dos Órgãos dos Sentidos:	
- Acuidade Visual: () Normal () Diminuída D/E () Uso de Óculos () Lentes de Contato	
- Acuidade Auditiva: () Normal () Diminuído () Ausente () Uso de Aparelho Auditivo	
- Presença de Desconforto/ Dor: () Não () Sim	
Localização _____	
Tipo: _____	
Frequência: _____	
2.6 Alimentação:	
- Hábitos e Preferência: _____	
- Dificuldade para mastigar: () Sim () Não Dificuldade para deglutir: () Sólido () Líquido	

<p>- Uso de Prótese Dentária: () Sim () Não</p> <p>- Abdomen: () Plano () Flácido () Rígido () Distendido () Timpânico () Doloroso a palpação</p> <p>- RHA: () Presente () Ausente () Diminuído () Aumentado</p> <p>2.7 Integridade Física/ Cutâneo-Mucosa:</p> <p>- Pele: () Corada () Descorada () Icterícia () Manchas () Hematomas () Hidratada</p> <p>- Lesões: () Sim () Não Local _____</p> <p>- Amputação: () Sim () Não Local _____</p> <p>- Cicatriz: () Sim () Não Local _____</p> <p>2.8 Sono e Repouso:</p> <p>- Características: -Quantas Horas/Noite _____</p> <p>-Quantas Horas/Dia _____</p> <p>-Uso de sedativo: () Sim () Não Quais _____</p> <p>-Problemas Relacionados: () Sim () Não Quais _____</p> <p>2.9 Atividade Física:</p> <p>- Faz Atividade Física: () Sim () Não Quais _____</p> <p>2.10 Cuidado Corporal:</p> <p>- Capacidade para Auto Cuidado: () Sim () Não</p> <p>- Condições de Higiene Pessoal: () Boa () Satisfatória () Ruim</p> <p>2.11 Segurança Física/ Meio Ambiente</p> <p>- Risco para Quedas: () Sim () Não -Fugas: () Sim () Não</p> <p>- Necessidade de Isolamento: () Sim () Não Obs.: _____</p> <p>2.12 Terapêutica</p> <p>- Rede Venosa Periférica: - Visibilidade: () Boa () Ruim</p> <p>- Perfusão: () Boa () Ruim</p> <p>- Medicamentos que faz uso: _____</p> <p>Uso TARV? _____</p> <p>Qto tempo? Quais? _____</p> <p>II - NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</p> <p>Comunicação: - Distúrbio da Fala: () Não () Sim () Disfonia () Disartria () Disfasia () Dislalia</p> <p>Segurança Emocional: (Saúde do Lar, Medos, Ansiedade, Auto-Estima) _____</p> <p>III - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</p> <p>- Prática de crença religiosa: () Sim (..) Não Qual? _____</p> <p>- Necessidade presença de líder espiritual: (...) Sim (...) Não _____</p> <p>IV - IMPRESSÕES PESSOAIS/ Observações: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Data: ___/___/___ Enfermeira Responsável: _____ Coren: _____</p> <p>Elaborado por: Alberton, Arante, Baldin, Chaves, Julio, Melo, Opuszka, Pereira, Schneider, Xavier.</p> <p>Adaptado por: Baldin.</p>

ANEXO B – Aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa UFSC



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 Instituto de Pós-Graduação e Pesquisa
 Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO

Nº 257

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP:

APROVADO

PROCESSO: 272/09 - FR-280113

TÍTULO: Diagnósticos de enfermagem de pessoas com HIV-aids em uma UTI de referência em infectologia.

AUTOR: Maria B. Camargo Bab e Sonciara Martins Baldin.

DPTO.: CCS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 31 de agosto de 2009.


 Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Pordele de Souza

ANEXO C – Termo de Autorização da Instituição



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE, FILOSOFIA E SOCIEDADE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Ilmo. Sr.: Dr. Antônio Fernando Barreto Miranda
Cargo: Diretor Geral
Instituição: Hospital Nereu Ramos

Prezado Sr. Diretor,

Venho por meio desta, solicitar a autorização para realizar a pesquisa intitulada **“Diagnósticos de Enfermagem de Pessoas com HIV-Aids em uma UTI de Referência em Infectologia”**, que tem como objetivo final: **delinear o perfil dos diagnósticos de enfermagem das pessoas internadas com HIV-Aids na UTI do Hospital Nereu Ramos**, assim, criando bases teóricas para a sistematização da assistência de enfermagem.

Diante do exposto, vimos solicitar a anuência, por escrito, para a concretização desta coleta de dados, através do termo de aceite.

Esclarecemos que o trabalho será orientado pela professora Dr^a Maria Bettina Camargo Bub.

Contando com vossa colaboração agradecemos à atenção e subscrevemo-nos. Atenciosamente,

Sonciarai Martins Baldin

Sonciarai Martins Baldin – Mestranda

Maria Bettina Camargo Bub

Maria Bettina Camargo Bub – Orientadora

Dr. Antônio Fernando Barreto Miranda

Dr. Antônio Fernando Barreto Miranda – Diretor do Hospital Nereu Ramos

Florianópolis, 23 de julho de 2009.