

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
JULIANA DE OLIVEIRA FARIA**

**PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS: ESTUDO SOBRE
PERFIL DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**

**JUIZ DE FORA
2012**

Juliana de Oliveira Faria

**PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS: ESTUDO SOBRE PERFIL DOS
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Curso do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof^ª Dr.^ª. Gírlene Alves da Silva

Juiz de Fora
2012

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico,
para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Elaborado no Guia de Apresentação de Trabalhos Acadêmicos na Universidade Federal de Juiz de
Fora.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) GPT/BC/UFJF

Faria, Juliana de Oliveira.

***Pessoas vivendo com HIV/aids: Estudo sobre perfil dos diagnósticos de
Enfermagem / Juliana de Oliveira Faria
– 2012.***

100 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Juiz de
Fora, Juiz de Fora, 2012.

1.Diagnóstico de Enfermagem. 2.aids. 3. Enfermagem. I. Título.

Universidade Federal de Juiz de Fora

Apresentado em 07 de agosto de 2012.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Girlene Alves da Silva (orientadora)

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a. Dr^a. Maria Márcia Bachion (1^a examinadora)

Universidade Federal de Goiás

Prof^a. Dr^a. Cristina Arreguy Sena (2^a examinadora)

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Antônio Fernandes Costa Lima (suplente externo)

Universidade de São Paulo

Prof^a. Dr^a. Edna Barbosa de Castro (suplente interna)

Universidade Federal de Juiz de Fora

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por estar sempre presente conduzindo a minha vida pelo caminho de luz e sabedoria, aquele que a todo instante me fortalece e inspira para que supere desafios e exerça meu papel de cuidadora. À Ele toda honra e glória !

Agradeço aos meus pais Gabriel e Avilma, por toda dedicação, incentivo, esforço e valores transmitidos.

A Prof^ª Dr^ª Girlene Alves da Silva, que não foi apenas uma orientadora, mas uma grande amiga. Muitas linhas seriam necessárias para expressar o quanto sou grata à sua paciência, dedicação, segurança, competência, estímulo e carinho.

A coordenação do curso de Mestrado acadêmico em enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, representada pela Prof^ª Dr^ª Anna Maria de Oliveira Salimena, bem como todos os docentes pela competência profissional e dedicação.

Às professoras Prof^ª Dr^ª Maria Márcia Bachion e a Prof^ª Dr^ª Cristina Arreguy Sena pelas valiosas sugestões, orientações e contribuições dadas no aprimoramento deste estudo no exame de qualificação.

À minha filha Mariana, simplesmente por existir e enriquecer a minha vida com a sua alegria.

Ao meu irmão Gabriel, familiares e amigos pela força nesta caminhada.

Ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, enfermeiros e funcionários pela oportunidade de realizar o estudo, recepção, colaboração e apoio.

Às enfermeiras Débora Gotardelo Audebert Delage, Elaine Amaral, Irene Duarte de Souza, Valesca Nunes dos Reis, Fabíola Lisboa da Silveira Fortes, Kelli Borges dos Santos, pela colaboração e disponibilidade.

À FHAPEMIG pelo apoio na realização deste estudo.

À Jordana Soares pela formatação deste trabalho e preciosas correções das referências de acordo com as normas da ABNT.

À Lucilene Santos Lima pelas correções de Português.

E em especial, às pessoas vivendo com HIV/aids, sujeitos deste estudo, possibilitando que o mesmo fosse realizado.

RESUMO

A epidemia de HIV/aids continua a crescer, apesar das ações para deter a sua disseminação. A enfermagem, frente a esse quadro, tem a possibilidade de um fazer científico no sentido de viabilizar a assistência de enfermagem sistematizada para promoção do cuidado em pessoas com HIV/aids. Os objetivos do estudo são identificar os diagnósticos de enfermagem baseados na Taxonomia II da NANDA-I em pessoas com HIV/aids. Trata-se de um estudo descritivo. Utilizou-se para coleta de dados o instrumento de Barros (2002), fundamentado no Modelo de Horta e na teoria de Orem, e o processo de raciocínio clínico de acordo com Risner (1995) para identificação dos diagnósticos de enfermagem. Os dados coletados referem-se a 30 pessoas com HIV/aids hospitalizadas em um hospital de ensino de Minas Gerais, Brasil, e ao período de março a setembro de 2011. Para coleta de dados, foram utilizadas as estratégias de observação, consulta aos prontuários, entrevista e exame físico. A consolidação desses achados possibilitou a elaboração de 51 diagnósticos de enfermagem que foram classificados de acordo com a Taxonomia II da NANDA-I, dos quais os mais frequentes foram: proteção ineficaz, risco de infecção, risco de trauma vascular, hipertermia, mucosa oral prejudicada, insônia, mobilidade física prejudicada, déficit do autocuidado para o banho, risco de resiliência comprometida, comportamento de saúde propenso a risco, dor aguda, nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais, entre outros. Ressalta-se ainda que se identificou no perfil socioeconômico e demográfico desses pacientes que não houve diferença quanto ao sexo, predominam os solteiros, com até o ensino fundamental incompleto, desempregados e afastados de suas atividades laborais. Acredita-se que este estudo possibilita pensar e (re) pensar a promoção do cuidado de pessoas vivendo com HIV/aids, tendo como base a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Palavras-chave: Diagnóstico de Enfermagem; AIDS; Enfermagem.

ABSTRACT

The HIV/aids epidemic continues to grow, despite the measures undertaken to control its dissemination. Considering this reality the nursing field is able to establish a scientific work in order to provide a systematized nursing care aimed at the promotion of care to people with HIV/aids. The aim of this study is the identification of nursing diagnoses based on the NANDA-I Taxonomy II to people with HIV/aids. This is a descriptive study. Barros (2002) was selected as the instrument for data collection, based on Horta's Model and Orem's Self-Care Theory, as well as Risner's reasoning diagnostic process (1995) to identify the nursing diagnoses. The data concern 30 people with HIV/aids in a teaching hospital in Minas Gerais, Brazil, from March to September 2011. Strategies for observation, consulting patient records, interviews and physical examinations were used for data collection. The consolidation of these findings made possible the development of 51 nursing diagnoses classified according to the NANDA-I Taxonomy II. Among them the most frequent ones were: ineffective protection, risk of infection, risk of vascular trauma, hyperthermia, impaired oral mucosa, insomnia, impaired physical mobility, self-care deficit for bathing, risk of impaired resilience, risk-prone health behavior, acute pain, imbalanced nutrition (less than body requirements) among others. It should be highlighted that through socioeconomic and demographic profile of these patients we have found no differences related to gender, and the majority of the patients were single, unemployed and retired from their work and they had attended but not finished elementary school. We believe that this study enables the process of thinking and (re)thinking the promotion of care for people living with HIV/aids, based on the Systematization of Nursing Care.

KeyWords: Nursing Diagnosis; Aids; Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1 - Classificação das Necessidades Humanas Básicas.....	27
Figura 1 - Estrutura Multiaxial da Taxonomia II.....	35
Figura 2 - Domínios e Classes da Taxonomia II.....	36
Gráfico 1 - Anos de soroconversão para pessoas vivendo com HIV/AIDS hospitali- zadas, Minas Gerais, março a setembro, 2011(n=30).....	49

LISTA DE TABELAS

- 1 - Caracterização dos participantes do estudo (N=30) segundo aspectos socioeconômicos e demográficos. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011.....47
- 2 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem, por domínios (N=30) em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011.....50
- 3 - Diagnósticos de enfermagem reais, características definidoras, fatores relacionados do domínio Nutrição em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011 (N=30).....52
- 4 - Diagnósticos de enfermagem de risco e fatores de risco do domínio Nutrição em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de no estado de Minas Gerais março-setembro, 2011 (N=30).....53
- 5 - Diagnósticos de enfermagem reais, características definidoras, fatores relacionados do domínio Enfrentamento e tolerância ao estresse em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011 (N=30).....55
- 6 - Diagnósticos de enfermagem reais, características definidoras, fatores relacionados do domínio Princípios de vida em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011 (N=30).....57
- 7 - Diagnósticos de enfermagem de bem-estar, características definidoras, do domínio Princípios de vida em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011 (N=30).....58
- 8 - Diagnósticos de enfermagem reais, características definidoras, fatores relacionados do domínio Segurança e Proteção em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011 (N=30).....59
- 9 - Diagnósticos de enfermagem de risco e fatores de risco do domínio Segurança e Proteção em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011 (N=30).....63

10 - Diagnósticos de enfermagem de bem-estar, características definidoras, do domínio Promoção da Saúde em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011 (N=30).....	67
11 - Diagnósticos de enfermagem reais, características definidoras, fatores relacionados do domínio Atividade e Repouso em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011 (N=30).....	68
12 - Diagnósticos de enfermagem reais, características definidoras, fatores relacionados do domínio Conforto em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011 (N=30).....	71
13 - Diagnósticos de enfermagem reais, características definidoras, fatores relacionados do domínio Sexualidade em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011 (N=30).....	73
14 - Diagnósticos de enfermagem reais, características definidoras, fatores relacionados do domínio Percepção/cognição em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011 (N=30).....	74
15 - Diagnósticos de enfermagem reais, características definidoras, fatores relacionados do domínio Eliminação e Troca em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011 (N=30).....	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADT	Assistência Terapêutica Domiciliar
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
CDC	Center for Disease Control
COAS	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
HAART	Terapia combinada de alta potência
HIV	Human Immunodeficiency Vírus
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
SAE	Sistematização da Assistência em Enfermagem
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 MARCOS CONCEITUAIS UTILIZADOS PARA O CUIDAR DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS.....	18
2.1 A Epidemia do HIV/aids.....	18
2.2 O modelo conceitual de Wanda Horta.....	25
2.3 Teoria Geral de Enfermagem de Orem.....	27
2.3.1 A teoria do Autocuidado.....	29
2.3.2 A teoria do Déficit Autocuidado.....	29
2.3.3 A teoria dos Sistemas de Enfermagem	30
2.4 O Processo de Enfermagem.....	30
2.4.1 Coleta de Dados no Processo de Enfermagem.....	32
2.4.2 Diagnóstico de Enfermagem.....	34
2.4.3 O Processo de Raciocínio Diagnóstico	38
3 PERCURSO METODOLÓGICO DO ESTUDO.....	40
3.1 Tipo estudo.....	40
3.2 Local do estudo.....	40
3.3 Período de realização.....	40
3.4 População	41
3.5 Coleta de dados.....	41
3.5.1 Método de coleta de dados.....	42
3.5.2 Instrumento de coleta de dados.....	42
3.5.3 A organização dos dados para análise.....	43
3.5.4 Concordância dos diagnósticos de enfermagem formulados entre os peritos e a pesquisadora.....	43
3.5.5 Análise dos resultados.....	44
3.6 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	44
4 RESULTADOS DO ESTUDO.....	46
4.1 Caracterização dos participantes do estudo.....	46
4.2 Diagnósticos de Enfermagem Identificados.....	50
4.2.1 Ocorrência dos Diagnósticos de Enfermagem do Domínio Nutrição em pessoas com HIV/aids.....	52
4.2.2 Ocorrência dos Diagnósticos de Enfermagem do Domínio Enfrentamento e Tolerância ao Estresse em pessoas com HIV/aids.....	54
4.2.3 Ocorrência dos Diagnósticos de Enfermagem do Domínio Princípios de vida em pessoas com HIV/aids.....	57
4.2.4 Ocorrência dos Diagnósticos de Enfermagem do Domínio Segurança e proteção em pessoas com HIV/AIDS.....	59
4.2.5 Ocorrência dos Diagnósticos de Enfermagem do Domínio Promoção da Saúde em pessoas com HIV/aids.....	66
4.2.6 Ocorrência dos Diagnósticos de Enfermagem do Domínio Atividade e Repouso em pessoas com HIV/aids.....	67
4.2.7 Ocorrência dos Diagnósticos de Enfermagem do Domínio Conforto em pessoas com HIV/aids.....	71

4.2.8 Ocorrência dos Diagnósticos de Enfermagem do Domínio Autopercepção em pessoas com HIV/aids.....	72
4.2.9 Ocorrência dos Diagnósticos de Enfermagem do Domínio Sexualidade em pessoas com HIV/aids.....	73
4.2.10 Ocorrência dos Diagnósticos de Enfermagem do Domínio Percepção e Cognição em pessoas com HIV/aids.....	74
4.2.11 Ocorrência dos Diagnósticos de Enfermagem do Domínio Eliminação e Troca em pessoas com HIV/aids.....	76
5 CONCLUSÃO.....	80
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS.....	84
APÊNDICES.....	92
ANEXOS.....	95

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), mundialmente conhecida pela sigla em inglês AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), consiste em um dos grandes problemas contemporâneos de saúde pública devido ao crescente número de pessoas infectadas, alto custo da terapêutica, sequelas físicas e emocionais e elevados índices de mortalidade (KOURROUSKI, 2008).

Os primeiros casos de Aids surgiram na década de 80 e foram progressivamente notificados novos casos da doença, chegando a ser considerada uma pandemia, pois atingiu simultaneamente os cinco continentes (AMARO, 2005).

A Aids¹ é caracterizada por uma disfunção grave do sistema imunológico do indivíduo infectado pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), levando a uma diminuição dos linfócitos T CD₄, que são células responsáveis em parte pela defesa imunológica do organismo humano. Isso facilita o aparecimento das infecções oportunistas, conhecidas como doenças indicadoras e/ou manifestações que são condições definidoras da aids, quando em presença do HIV (BRASIL, 2010; COLOMBRINI *et al.*, 2004).

A evolução da aids pode ser dividida em três fases: infecção aguda que pode surgir algumas semanas após a infecção inicial, entretanto a maioria não é diagnosticada devido à semelhança com outras infecções virais, em que encontramos o pico da carga viral e o menor nível de células T CD₄. Em seguida, o paciente entra em uma fase de infecção assintomática, de duração variável de alguns meses a alguns anos, os níveis de células T CD₄ podem estar estáveis ou em declínio. A doença sintomática, da qual a aids é a sua manifestação mais grave, ocorre na medida em que o paciente vai apresentando alterações da imunidade, com o surgimento das infecções oportunistas e diminuindo os níveis de células T CD₄ (BRASIL, 2010).

O relatório global sobre a epidemia de aids divulgado pelo *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) é o documento mais completo e atual sobre a situação mundial da epidemia. Segundo os dados do respectivo relatório de 2011, o número de pessoas vivendo com HIV mundialmente continuou a crescer, chegando a estimados 34,0 milhões.

¹ De acordo com a orientação do Programa Nacional de DST/AIDS, do Ministério da Saúde, a palavra “aids” deve ser considerada como substantivo comum, apesar de ser originária de uma sigla estrangeira, recomendando a grafia em caixa baixa quando tratar-se de uma epidemia. A grafia para caixa alta para letra “a” inicial e baixa para as que seguem (“i”, “d” e “s”) seria utilizada quando corresponder a nomes próprios de instituições (p. ex., Centro de Referência em Aids). Entretanto, quando a palavra estiver no meio de siglas grafadas em caixa alta, a palavra “aids” seguirá em caixa alta.

Assim, registra-se um aumento de 17% a partir de 2001. Isso se deve, em grande parte, ao fato de que mais pessoas estão vivendo por mais tempo na medida em que aumenta o acesso à terapia antirretroviral (UNAIDS, 2011).

Ainda segundo Unaid (2011), o número anual de mortes relacionadas à aids em todo o mundo está diminuindo gradativamente: 2,2 milhões em 2000 para uma estimativa de 1,8 milhão em 2010, em virtude do maior acesso das pessoas à medicação.

A África Subsaariana continua a ser a região mais afetada pela epidemia, tendo 68% de todas as novas infecções pelo HIV, considerando-se que é uma região com apenas 12% da população global. Os dados demonstram que a região tem mais mulheres que homens vivendo com HIV. (UNAIDS, 2011).

No Brasil, segundo o Boletim Epidemiológico de 2011, foram notificados, de 1980 até junho de 2011, 608.230 casos de aids no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde, dos quais 56% estão concentrados na região sudeste do país e o estado de Minas Gerais tem 42.283 casos de aids registrados no mesmo período.

Observa-se que a razão do sexo masculino para feminino vem diminuindo ao longo da série histórica. Em 1989, a razão de sexos era de cerca de seis casos de aids no sexo masculino para cada um caso no sexo feminino. Em 2010, chegou a 1,7 caso em homens para cada um em mulheres. Em relação à taxa de mortalidade, o Boletim também sinaliza queda. Em 12 anos, a taxa de incidência baixou de 7,6 para 6,3 a cada cem mil pessoas. A queda foi de 17% (BRASIL, 2011).

Nos anos iniciais, subsequentes a sua descoberta, a aids foi associada aos grupos de riscos, que, culturalmente, já eram marginalizados pela sociedade como homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo, porém, nas últimas décadas, seu perfil epidemiológico se alterou, atingindo outros segmentos populacionais como as mulheres que, quando grávidas, podem transmitir a infecção à seus filhos (SCHAURICH, 2006).

O uso da expressão “grupo de risco” que marcou a construção social e histórica da aids, implicando a discriminação, preconceito e exclusão do indivíduo infectado, teve outro reflexo negativo, pois negligenciou a possibilidade de outras pessoas, fora destes grupos, se contaminarem. Ao contrário do que se pensou inicialmente, a infecção pelo HIV não se limita a grupos distintos, mas a comportamentos adotados, sendo então utilizada atualmente a denominação de comportamento de risco (PARKER, 2000).

Assim, para Martins *et al.* (2009), a aids é uma doença marcada pelo estigma, preconceito e discriminação, que são reflexos da falta de informação sobre a ação do vírus e

da doença. Como consequência é grande o número de indivíduos assintomáticos que não revelam seu estado de soropositividade.

A introdução da terapia antirretroviral em meados dos anos 90 tem repercutido na redução da mortalidade, da progressão da doença e de distúrbios relacionados ao HIV. O uso cada vez mais precoce desses medicamentos tem impacto na clínica e na epidemiologia da infecção pelo HIV e tem aumentado substancialmente o intervalo de tempo entre a infecção pelo HIV e o aparecimento da clínica (Aids) (BASTOS; SZWARCOWALD, 2000).

No entanto, concomitantemente aos benefícios dos medicamentos antirretrovirais, seus efeitos colaterais podem vir a ser motivos de hospitalizações, assim como a imunossupressão desencadeada pelo vírus responsável pelas infecções oportunistas, o que torna necessário que os serviços de saúde proponham modelos de assistência para cuidar desse usuário.

Mesmo decorridos mais de 20 anos de sua descoberta, segundo Caetano e Pagliuca (2006), há lacunas ainda na assistência às pessoas que vivem com HIV/Aids, principalmente no que concerne à convivência do indivíduo com a doença, na busca de atender às suas necessidades psicossociais e incentivar a capacidade de autonomia para o autocuidado. Desse modo, como os demais agravos à saúde, a epidemia do HIV/Aids coloca a enfermagem diante da possibilidade de acessar os saberes de um fazer científico no sentido de viabilizar a assistência de enfermagem sistematizada (SAE).

Existem diversas formas de sistematizar a assistência de enfermagem, através de planos de cuidados, protocolos, padronização de procedimentos e o processo de enfermagem (CARVALHO; BACHION, 2009).

A organização das ações de enfermagem, por meio do processo de enfermagem, consiste na elaboração de um planejamento de ações terapêuticas, que tem suas bases no método de resolução de problemas e nas etapas do método científico. O processo de enfermagem, na sua forma atualmente mais conhecida, consiste de cinco fases sequenciais e inter-relacionadas: levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (BARROS *et al.*, 2002).

No Brasil, a Resolução do Cofen 272/2002 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em instituições pública ou privada e foi retificada em 2009 pela Resolução 358/2009. Percebe-se a necessidade de um cuidado científico da enfermagem e, para isso, deve ser utilizado o Processo de Enfermagem que contribui para a organização, planejamento e cuidado ao ser humano de forma integral através de etapas sistematizadas e inter-relacionadas que são

realizadas pela equipe durante o período em que o cliente se encontra sob assistência de enfermagem (NEVES; SHIMIZU, 2010).

O Processo de Enfermagem emergiu para contribuição da autonomia dos profissionais de enfermagem e com a finalidade de qualificar o conhecimento científico dos cuidados em enfermagem. Em sua prática, também pode ser denominado de Sistematização da Assistência de Enfermagem (BACKES *et al.*, 2008).

Entretanto, Hermida e Araújo (2006) destacam que muitos fatores têm desencadeado dificuldades práticas de implantação e implementação dessa metodologia nas instituições de saúde. Para um planejamento funcional, esta deve adequar-se à realidade local, tendo em vista a importância desta prática para os pacientes e para o serviço.

A primeira etapa do processo de enfermagem é a coleta de dados para possível identificação de problemas. A partir do julgamento clínico dessas informações, chega-se à segunda etapa, o diagnóstico de enfermagem, que é a fase em que se identificam as necessidades do ser humano (HORTA, 1979).

Nesta etapa, a enfermagem dispõe de diferentes taxonomias, destaca-se a taxonomia II da NANDA-I (NANDA, 2010), conhecida mundialmente e bastante utilizada no Brasil, é um sistema de classificação de diagnóstico de enfermagem (SANTOS *et al.*, 2009).

Segundo Hermida (2006), o processo de enfermagem deve ser norteado por um referencial teórico que oriente a coleta de dados, facilitando a identificação dos diagnósticos de enfermagem.

Para melhor aproximação do cuidado de enfermagem às pessoas que vivem com HIV/aids, o estudo foi fundamentado nas necessidades humanas básicas segundo o modelo conceitual adotado por Horta (1979) e na teoria de Orem (1995).

Como afirmam Costa *et al.* (2006), a enfermagem é uma profissão que não requer somente o conhecimento de técnicas específicas, pois, em todos os setores, os enfermeiros são solicitados a desenvolver cuidado integral, envolvendo aspectos biológicos, psicossociais e espirituais, principalmente quando este está voltado para indivíduos com doenças crônicas como HIV/Aids. Estes pacientes necessitam de muita atenção, pois, além de se depararem com os desafios físicos dessa epidemia, enfrentam a dor das perdas sociais, o desespero causado pelo medo da morte e a discriminação.

Durante minha prática cotidiana de cuidar como enfermeira, trabalhei na assistência direta aos usuários do serviço de saúde quando fiz parte da Equipe da Estratégia de Saúde da Família no período de 2001 a 2007, em um município no estado de Minas Gerais. Na ocasião, embora sentisse necessidade de uma ação mais organizada do cuidar em saúde, não foi

possível pensar algo de maneira sistematizada para a enfermagem, uma vez que a organização do serviço não facilitava essa abordagem.

Posteriormente, quando enfermeira do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), tive a oportunidade de pensar e fazer cotidianamente uma prática sistematizada para o cuidar de crianças. Essa experiência permitiu-me certificar de fato a importância de uma ação de enfermagem baseada nos fundamentos da sistematização para a promoção e recuperação da saúde.

Como docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, atuando nas disciplinas Enfermagem em Saúde da Criança e em Enfermagem em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, pude, mais uma vez, vivenciar a necessidade de propor uma prática de ensino que levasse em consideração os saberes teóricos da enfermagem para fundamentar uma assistência sistematizada para o usuário do serviço de saúde. Na docência, também tive a oportunidade de perceber a dificuldade em sair do campo do ensino teórico para, no exercício do ensino prático, propor essa ação sistematizada no cotidiano do trabalho do enfermeiro.

Considerando que o surgimento da epidemia do HIV suscitou a elaboração de modelos assistenciais tais como: assistência domiciliar e terapêutica, hospital-dia, serviço ambulatorial e especializado, centro de testagem e aconselhamento para que dessem conta desse novo usuário no serviço de saúde, uma vez que a evolução da terapêutica e diagnóstico trouxe possibilidades de alongar a vida dessas pessoas vivendo com HIV/aids. Coube a equipe de saúde propor e implementar modos de cuidar. Nesse sentido na minha prática cotidiana pude perceber que embora em alguns setores do Hospital já existisse um amadurecimento sobre o processo de sistematização da assistência de enfermagem, para esses usuários ainda não era um processo em andamento, mesmo sabendo que todas as orientações são para propor um cuidar que reduza a vulnerabilidade e adoecimento e conseqüentemente o número de internações.

Partindo dessas atuações, surgiu a motivação de observar mais atentamente a configuração do cuidado prestado pela equipe de enfermagem aos usuários de diversos setores do serviço de saúde, especialmente às pessoas que vivem com HIV/aids. Dessas observações surgiram algumas reflexões do cuidado de enfermagem: existem aspectos diferentes no processo de cuidar desses usuários? Quais são as dificuldades para propor a SAE a esses usuários? Como a enfermagem vem cuidando desses usuários com vistas à redução da vulnerabilidade ao agravamento de sua condição? Esses questionamentos encontram base na minha observação, na qual pude perceber uma assistência de enfermagem que toma como

orientação o atendimento de demandas pontuais e a ausência de um instrumento para nortear as ações da equipe de enfermagem.

Dessa experiência emergiu o interesse para realização do estudo a fim de promover o cuidado de enfermagem integral, individualizado e científico fundamentado na Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Considerando a gravidade e o impacto da doença na vida das pessoas, é preciso mudanças na atuação dos profissionais de saúde. No campo da enfermagem, a Sistematização da Assistência em Enfermagem pode possibilitar o cuidado às pessoas vivendo com HIV/aids, uma vez que toma em consideração as necessidades individuais de saúde e a valorização de suas vulnerabilidades.

Desse modo, o **objeto** de estudo é o perfil diagnóstico de pessoas vivendo com HIV/aids em um hospital de ensino público de Minas Gerais e, para responder ao objeto proposto, o estudo tem como **objetivo** identificar os diagnósticos de enfermagem baseados na Taxonomia II da NANDA-I em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas.

Dentro deste contexto, acredita-se ser relevante o estudo que focaliza a avaliação dos diagnósticos de enfermagem em pessoas que vivem HIV/aids, de modo a gerar contribuições para a promoção dos cuidados de enfermagem direcionados a esses usuários. Acredita-se que os resultados poderão fundamentar o planejamento da assistência em enfermagem, para promoção da assistência voltada para as reais necessidades das pessoas que vivem com HIV/aids tendo como base o perfil dos diagnósticos de enfermagem identificados nessa população.

2 MARCOS CONCEITUAIS UTILIZADOS PARA O CUIDAR DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

2.1 A Epidemia do HIV/aids

A síndrome da imunodeficiência adquirida teve seu reconhecimento no Center for Disease Control (CDC) dos Estados Unidos, em meados de 1981, quando foram identificados pacientes do sexo masculino, homossexuais, que apresentavam sarcoma de kaposi, pneumonia atípica causada pelo fungo *Pneumocystis carinii* e comprometimento da imunidade. (VERONESI; FOCACCIA, 2004).

Azevedo (2002) e Camargo (1994) comentam que, em 1983, os pesquisadores Robert Gallo, nos EUA, e Luc Montagnier, na França, isolaram o vírus da aids. Em 1985, o método Elisa (*Enzima Link Immunosorbent Assay/Enzima Imunoensaio*) detectou os anticorpos do vírus HIV no sangue e, no ano de 1986, foi designada a sigla HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) para fazer referência ao agente etiológico da doença.

O HIV é um retrovírus da subfamília *Lentiviridae*, caracterizado por produzir doenças imunossupressoras e neurológicas e está relacionado a outros dois retrovírus linfotrópicos humanos - HTLV-I e HTLV-II, pertencentes à subfamília *Oncoviridae*. Os retrovírus são caracterizados por sintetizarem DNA a partir de RNA, através da enzima transcriptase reversa, específica dos retrovírus, e apresentam longos períodos de incubação, mecanismos de escape à vigilância imunológica do hospedeiro e atingem órgãos específicos, causando doença crônica e infecção persistente (BRASIL, 2006).

A aids adquiriu rapidamente uma dimensão epidêmica no Brasil, sendo considerada concentrada, visto que a prevalência da infecção pelo HIV é superior a 5% em uma ou mais subpopulações com comportamento de alto risco, como homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis, porém a prevalência em gestantes revela-se menor que 5% (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000).

Inicialmente, era uma doença associada a homossexuais, bissexuais, hemofílicos e demais pessoas que recebiam sangue e hemoderivados. Os usuários de drogas injetáveis também ocupavam posição de destaque entre os casos de transmissão sanguínea. Após profundas transformações no perfil epidemiológico, a aids vai se disseminando para a população geral e ocorrem os processos de heterossexualização e feminização (SZWARCOWALD *et al.*, 2000).

Assim, com o aumento da transmissão por contato heterossexual, cresceram os casos de mulheres soropositivas, sendo considerado o mais importante fenômeno para o atual momento da epidemia (BERQUÓ, 2008).

No início da epidemia, os casos diagnosticados eram quase que exclusivamente masculinos, porém, ao longo dos anos, a razão dos sexos masculino e feminino vem diminuindo sistematicamente e, na faixa etária dos 13 aos 19 anos, o número de casos de aids é maior entre as mulheres. Essa inversão ocorreu a partir do ano de 1998. A faixa etária que a aids é mais incidente em ambos os sexos é a de 25 a 49 anos de idade (BRASIL, 2011).

Com relação à exposição, a relação heterossexual sempre configurou a principal via de contaminação entre mulheres e corresponde a 81,3% dos casos registrados em 2010. Entre os homens, 42,4% dos casos se deram por relações heterossexuais, 22% por relações homossexuais e 7,7% por bissexuais. O restante ocorreu por transmissão sanguínea e vertical (BRASIL, 2011).

No processo saúde-doença, na condição da infecção do HIV, existem particularidades específicas das mulheres, como os componentes socioeconômicos e culturais que estruturam a desigualdade social, as questões de gênero, a falta de percepção de risco, principalmente em mulheres envolvidas em relacionamentos estáveis, que interferem na capacidade de negociação das mulheres com seus parceiros para o uso do preservativo (BRASIL, 2007).

Do ponto de vista biológico, as mulheres são mais vulneráveis à infecção pelo HIV, pois a superfície da mucosa vaginal exposta ao sêmen é relativamente extensa, e ainda pelo fato de o vírus apresentar-se em quantidade muito maior no líquido seminal, quando comparado ao fluido vaginal. A infecção pelo HIV se acentua nas mulheres mais jovens, pré-púberes e adolescentes jovens, nas quais a imaturidade do aparelho genital se apresenta mais fragilizado frente à infecção pelo HIV (SANTOS *et al.*, 2002).

As lesões provocadas pelas infecções sexualmente transmissíveis (IST) ampliam a possibilidade de as mulheres se contaminarem pelo HIV, são, na maioria das vezes, assintomáticas nesse grupo e facilitam a entrada do vírus no organismo. Os riscos de uma pessoa se infectar pelo HIV aumentam em dez vezes no caso de infecção por sífilis, em seis vezes no caso de clamídia, nove vezes no caso de herpes genital e gonorreia e em até 18 vezes na presença de úlceras genitais (BRASIL, 2007).

No momento do diagnóstico, nem sempre tais infecções sexualmente transmissíveis são associadas ao vírus HIV, tendo como consequência uma intervenção tardia nas mulheres devido à ausência de uma investigação criteriosa para alguns sinais e sintomas que são

comuns nesse grupo e que, frequentemente, são associados a outros distúrbios e não à aids (PADOIN; PAULA; SCHAURICH, 2007).

O Brasil reduziu a incidência de casos de aids em menores de 5 anos no país. Comparando-se os anos de 2000 e 2010, a redução chegou a 55%. Tais resultados são reflexos das ações profiláticas preconizadas pela Política Nacional de DST/aids (PN-DST/aids), particularmente a utilização dos antirretrovirais em gestantes infectadas pelo HIV e em recém-nascidos expostos. O Ministério da Saúde determina também a realização de cesárea para as mulheres que têm carga viral elevada ou desconhecida e para o recém-nascido, a de substituição do aleitamento materno por alimentação artificial (BRASIL, 2011).

A quantificação das informações sobre aids é um dos grandes desafios para as ações de saúde pública. As subnotificações, bem como atrasos nas notificações e o não preenchimento correto da ficha pelos profissionais, podem mascarar os dados. Além disso, a epidemia adapta-se e modifica-se rapidamente em função do perfil socioeconômico e cultural (PRADO, 2008).

Para que ocorra a transmissão em adultos, deve haver troca de fluidos corporais entre uma pessoa contaminada e outra não contaminada. Esses fluidos são o sangue, o sêmen e as secreções vaginais. Para ocorrer a penetração do vírus no organismo sadio, é necessário haver uma porta de entrada, sendo as principais: mucosas, lesões e ferimentos abertos (AZEVEDO, 2002).

Nesse mesmo sentido, de acordo com Carrazzone (2004), o HIV pode ser transmitido pelo contato sexual com um parceiro HIV positivo, pela exposição parenteral ao sangue e seus derivados, incluindo compartilhamento de agulhas entre usuários de drogas injetáveis, contato com hemoderivados contaminados e transfusão de sangue, plasma ou hemocomponentes e via vertical. Atualmente, com a obrigatoriedade da realização de testes para detecção de HIV, bem como de outras doenças transmitidas pelo sangue, às contaminações por transfusões diminuíram.

Assim, para minimizar a transmissão de doenças pela transfusão sanguínea, no momento da captação dos doadores, são adotadas algumas medidas de segurança, como afastar as pessoas que vivam em maior exposição a risco, como indivíduos confinados em regime carcerário, usuário de drogas, promiscuidade sexual e outras. Além disso, os candidatos à doação devem passar por uma triagem clínica epidemiológica (CARRAZZONE, 2004).

O diagnóstico para infecção pelo vírus HIV é realizado a partir da sorologia, incluindo o teste Elisa, Imunofluorescência e *Western blot*, sendo de caráter comprobatório. Também é

realizada a contagem dos linfócitos CD4 e CD8 e da carga viral para chegar ao diagnóstico final e caracterizar a instalação da doença (COLOMBRINI *et al.*, 2004). Para entender o processo de adoecimento da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida, é importante conhecer sua evolução clínica.

A infecção aguda é conhecida como síndrome da infecção retroviral aguda ou infecção primária e ocorre em cerca de 50% a 90% dos indivíduos infectados, os sintomas aparecem aproximadamente duas ou três semanas após o contágio. Esses sintomas são representados por: febre, adenomegalia, faringite, exantema transitório e meningite asséptica. O diagnóstico é pouco realizado nesta fase devido ao baixo índice de suspeição pelo fato de os sintomas assemelharem-se aos de outras infecções virais comuns (VERONESI; FOCACCIA, 2004).

Azevedo (2002) afirma que, na fase inicial da doença, os testes diagnósticos Elisa, Imunofluorescência e Western blot podem não identificar a presença de anticorpos para HIV, devido ao tempo decorrido entre a possível exposição ao vírus e o desenvolvimento de anticorpos no organismo.

A fase assintomática (latência) pode durar de alguns meses a alguns anos, o estado clínico básico é mínimo ou inexistente. Alguns pacientes podem apresentar uma linfadenopatia generalizada persistente, “flutuante” e indolor. A abordagem clínica nestes pacientes, no início do acompanhamento, prende-se a uma história clínica prévia, investigando as condições de base, ou seja, situações que podem complicar ou ser agravantes em alguma fase de desenvolvimento da doença.

Nessa fase, as culturas plasmáticas podem não demonstrar o vírus circulante. No entanto, estudos comprovaram que ocorre replicação viral persistente e, como consequência, há destruição das células T, aumentando a deficiência imunitária, o que resulta no reaparecimento dos sintomas (VERONESI; FOCACCIA, 2004).

A fase crônica inicia-se com os sinais e sintomas característicos da deficiência imunológica, que são: fadiga, perda de peso, febre intermitente, sudorese noturna, infecções intestinais e consequentes quadros de diarreias, candidíase oral e genital, leucoplasia pilosa oral, gengivite, úlceras aftosas, sinusopatias, herpes simples recorrente e herpes zoster (VERONESI; FOCACCIA, 2004).

Esses sintomas são comumente encontrados em pacientes com contagem de linfócitos T CD4+ entre 200 e 500/mm³, não muito abaixo do valor da normalidade (VERONESI; FOCACCIA, 2004).

Smeltzer e Bare (2002) comentam que a Síndrome da desnutrição faz parte da definição de caso para a aids. Os critérios diagnosticados incluem a perda de peso que é

involuntária e profunda, superando 10% do peso corporal basal. Também a diarreia é crônica por mais de 30 dias, com fraqueza contínua e febre constante ou intermitente na ausência de qualquer doença concomitante que possa explicar esses achados.

As infecções oportunistas são doenças que se desenvolvem em decorrência de uma alteração imunitária do paciente, são geralmente de origem infecciosa, porém várias neoplasias também são consideradas infecções oportunistas. São infecções causadas por vários microrganismos, entre eles: os vírus (Citomegalovirose, Herpes simples, Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva), as bactérias (tuberculose e o complexo *Mycobacterium avium-intracellulare*, Pneumonias e Salmonelose), os fungos (Pneumocistose, Candidíase, Criptococose e Histoplasmose) e os protozoários (Toxoplasmose, Ccriptosporidiose, Isosporíase). As neoplasias (Sarcoma de Kaposi, linfomas não Hodgkin, neoplasias intraepiteliais anal e cervical) também são bastante comuns nesses indivíduos. O câncer de colo de útero faz parte das doenças que definem o caso de aids nas mulheres (BRASIL, 2005).

No Brasil, o primeiro registro identificado da aids foi em 1980, na cidade de São Paulo, seguido de outros casos restritos à região metropolitana do Rio de Janeiro. A partir daí, ocorreram casos em outras regiões, configurando, desde a segunda metade da década de 1990, uma mudança no perfil epidemiológico, visto que a doença se disseminou geograficamente a partir dos centros urbanos para os demais municípios do Brasil, fenômeno denominado de interiorização da epidemia (BRASIL, 2007; PRADO, 2008).

Martins (2009); Ministério da Saúde (2007) ressaltam que, sob a perspectiva social, a doença atinge, paulatinamente, pessoas em desvantagem socioeconômica, alcançando fortemente os indivíduos que vivem em comunidades menos assistidas. Tanto no Brasil como em outros países em desenvolvimento, a pobreza é apontada como um dos contextos estruturais de vulnerabilidade para IST/aids, fenômeno denominado de pauperização.

Outro aspecto que caracteriza a pauperização é o fato de a aids atingir pessoas com menor nível de escolaridade, embora, isoladamente, não seja suficiente para indicar a condição socioeconômica da população afetada pela epidemia (BRASIL, 2007).

Atualmente, para melhor compreensão das diferentes interfaces que permeiam o conceito da epidemia, apresenta-se como alternativa o conceito de vulnerabilidade, que considera que todos os sujeitos estão vulneráveis à infecção pelo HIV, e esta resulta não só de condições relativas ao indivíduo, mas também ao coletivo, à existência de políticas públicas e à disponibilidade de recursos (GUANILO, 2008).

Diante deste contexto, é necessário que se incorporem estratégias de educação e prevenção da aids entre a população, através de campanhas nacionais. As repercussões mundiais da aids trouxeram consigo a incorporação de políticas públicas, tendo em vista, principalmente, os números elevadíssimos que ocorreram após o seu aparecimento.

Os avanços da terapia antirretroviral causaram uma redução importante na mortalidade por aids, na incidência de infecções oportunistas e melhora do estado de saúde dos portadores do vírus HIV, o que permitiu que eles sejam incluídos no mercado de trabalho (BRASIL, 2008).

Entretanto, alguns fatores impedem que se obtenha maior impacto com a terapia antirretroviral, entre eles incluem-se o diagnóstico da infecção pelo HIV realizado em fases tardias da doença, acesso insuficiente aos serviços de tratamento da aids, falha das estratégias de adesão ao uso dos medicamentos (DUNCAN *et al.*, 2004).

Como afirma Tibúrcio (2010), o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV pode impedir evolução da infecção assintomática até o estágio da aids por meio da instituição do tratamento adequado, com a possibilidade de conter a disseminação da infecção na população através da redução dos comportamentos de risco. Porém, ainda se verifica, nos serviços de atendimento especializado aos portadores de HIV, que muitas pessoas realizam os exames diagnósticos já na fase avançada da infecção.

O Brasil possui um programa nacional de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e aids organizado através do Sistema Único de Saúde que é considerado uma importante estratégia realizada mundialmente para o controle da epidemia da aids. Em 1981, foram criados pelo Ministério da Saúde Brasileiro os Centros de Testagem e Aconselhamento- CTA e, posteriormente, o Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), que proporcionam ao soropositivo, no âmbito do SUS, tratamento médico, odontológico e social, além de ações de aconselhamento (MARTINS, 2009).

O programa garante por meio da Lei n. 9.313, de 13 de novembro de 1996, a distribuição gratuita e universal de medicamentos anti-HIV pelo sistema público de saúde. Segundo Galvão (2000), esse fato mudou decisivamente o panorama epidemiológico brasileiro, pois, a partir de então, ampliam-se a expectativa e a qualidade de vida das pessoas soropositivas, quando a aids passa a ser considerada doença crônica tratável, e a letalidade da epidemia diminui sensivelmente no Brasil.

Segundo análises realizadas pelo Ministério da Saúde, a política nacional de distribuição gratuita dos antirretrovirais, através do Sistema Único de Saúde-SUS, para todos os pacientes portadores de HIV tem sido consideravelmente rentável, diante da redução nas

despesas com internações hospitalares e medicamentos para doenças oportunistas (BRASIL, 2008).

Porém, somente disponibilizar os antirretrovirais não é suficiente, visto que os medicamentos apresentam muitos efeitos adversos, sendo os mais frequentes a neuropatia periférica, erupção cutânea, neutropenia, intolerância gastrointestinal, náusea, vômito, diarreia, entre outros, o que, na maioria das vezes, dificulta a adesão medicamentosa (SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006).

Nesse mesmo sentido, Ceccatto *et al.* (2004) comentam que ainda não existe tratamento definitivo para a aids e que a evolução do conhecimento e o desenvolvimento de recursos diagnósticos, terapêuticos e a terapia combinada de alta potência (HAART), desde 1996, são decisivos no aumento da sobrevivência de indivíduos com aids. Com a evolução de medicações voltadas aos indivíduos com infecção pelo HIV, o Brasil começou a assumir uma posição de destaque no mundo no que diz respeito à assistência e prevenção dessa epidemia.

As modalidades de atendimento aos pacientes que vivem com HIV/aids contemplam ações curativas e preventivas. Na atenção primária, as ações na Estratégia de Saúde da Família – ESF devem ser articuladas com os serviços de referência em HIV/aids de forma a intensificar o acompanhamento dos indivíduos infectados. Silva *et al.* (2005) dão ênfase para as dificuldades no processo de referência e contrarreferência, o que compromete a articulação entre os serviços e o atendimento integral aos indivíduos com aids.

O Serviço de Assistência Especializada em HIV/aids (SAE) tem como objetivo oferecer ao paciente uma assistência diferenciada realizada por uma equipe especializada, sendo que a maioria dos serviços conta com um especialista em infectologia. O atendimento por profissionais de outras especialidades, segundo o autor, acontece por encaminhamento do médico. O serviço também conta com o auxiliar de enfermagem, disponibilização dos medicamentos antirretrovirais e realização de exames. O Hospital Dia oferece o atendimento ambulatorial ou internação dia para medicação específica às pessoas com HIV/aids (MELCHIOR *et al.*, 2006).

Assistência Terapêutica Domiciliar em Aids-ADT/Aids consiste em uma abordagem multidisciplinar às pessoas portadoras da aids no domicílio, oferecendo atendimento médico, psicológico, da equipe enfermagem, de fisioterapia, além de orientações gerais do serviço social. O ADT representa uma alternativa para redução no índice, demanda e no tempo das internações hospitalares, diminuindo assim as infecções nosocomiais (BRASIL, 2006).

Os pacientes com HIV/aids em assistência domiciliar são aqueles que já superaram a fase aguda do processo, mas ainda estão em situação clínica delicada, necessitando de atenção

constante e de cuidados específicos de baixa complexidade ou em caráter paliativo, com característica de média duração e programação eletiva (BRASIL, 2006).

O projeto oferece ações voltadas para promover a cidadania do paciente, fazendo com que o mesmo participe ativamente do seu tratamento. O foco da atenção deixa de ser a doença ou sintoma e passa a ser cada pessoa de maneira singular. O serviço prestado inclui, além das consultas dos profissionais da equipe, administração de medicamentos, repasse dos medicamentos antirretrovirais e para doenças oportunistas, bem como orientações sobre a importância da adesão ao tratamento, controle de exames de rotina e suporte nutricional (BRASIL, 2006).

2.2 O modelo conceitual de Wanda Horta

As formulações da maioria dos conceitos na enfermagem foram emprestadas de outras disciplinas e desenvolvidas a partir da prática e pesquisa em enfermagem (MCEWEN; WILLS, 2009). Concomitante ao desenvolvimento dos conceitos ocorre o desenvolvimento das teorias que são a base para a sustentação da prática profissional da enfermagem, além da inclusão de discursos filosóficos para criação de estratégias apropriadas, de modo a delinear os pressupostos do cuidado humano (COELHO *et al.*, 2010).

Assim, neste estudo, adotou-se o referencial teórico de Horta (1979), o qual se fundamenta no atendimento das necessidades humanas básicas do indivíduo, família ou comunidade. É um modelo que permite a avaliação do indivíduo como um todo, considerando os aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais.

O fato de o conhecimento surgir das experiências, leituras, relacionamentos vivenciados no cotidiano e de retratar a incorporação de novas percepções da realidade expressas por conceitos a respeito de um fenômeno ou fato possibilita classificá-lo em: empírico, como sendo aquele que surge das experiências do senso comum; filosófico, como originado das reflexões humanas ao especular fenômenos subjetivos; teológico, como advindo das crenças e concepções de vida, e científico, que se estrutura numa abordagem sistemática a respeito de um fenômeno numa dada realidade. Assim, os conceitos equivalem aos tijolos em uma parede e emprestam sua estrutura à ciência. Os significados dos conceitos são entendidos apenas dentro de uma estrutura teórica da qual fazem parte (SOLAZ-PORTOLÉS; LÓPEZ, 2008; MCEWEN; WILLS, 2009).

A enfermagem preocupa-se com quatro conceitos principais: a pessoa, a saúde, o ambiente e a enfermagem. Juntos, eles formam o metaparadigma da enfermagem (GEORGE, *et al.*, 1993).

Horta (1979) define o ser humano (indivíduo, família e comunidade) como parte integrante do universo dinâmico e tem capacidade de reflexão, imaginação, com unicidade, autenticidade e individualidade. Essa dinâmica provoca mudanças que levam ao estado de equilíbrio e desequilíbrio. Para Horta (1979), saúde é estar em equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço, e doença resulta de necessidades não atendidas ou atendidas inadequadamente e que trazem o desconforto.

Horta (1979) baseou-se na teoria da motivação humana, de Maslow, que se fundamenta nas necessidades humanas básicas. Partindo dessa teoria, Horta (1979, p. 29) desenvolveu o conceito de enfermagem:

Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado, de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

A partir dos conceitos de enfermagem, Horta (1979) salienta que as funções do enfermeiro podem ser divididas em três áreas distintas: a área específica, ou seja, assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas e ensinar o autocuidado; a área de interdependência, que se refere à manutenção, promoção e recuperação da saúde, e a área social, que compreende ensino, pesquisa, administração, responsabilidade legal, participação na associação de classe.

Para Horta (1979), necessidades humanas básicas são estados de tensões conscientes ou inconscientes resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais. São comuns a todos os seres humanos e ocorre variação de um indivíduo para o outro na capacidade de manifestação e na maneira como são satisfeitas e atendidas. Alguns fatores interferem na sua manifestação e atendimento como: a individualidade, idade, sexo, cultura, escolaridade, fatores socioeconômicos, a enfermidade e o ambiente físico.

Para Maslow (1970), o comportamento humano é explicado através de necessidades humanas básicas que são hierarquizadas em cinco níveis: necessidades fisiológicas, de segurança, amor, estima e autorrealização. Para ele, não há satisfação completa ou permanente de uma necessidade, pois, se houvesse, não haveria mais motivação individual.

Horta (1979) utilizou-se da denominação atribuída por João Mohana que classifica as necessidades humanas básicas em três níveis: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Classificação das Necessidades Humanas Básicas

Necessidades Psicobiológicas	Necessidades Psicossociais	Necessidades Psicoespirituais
Oxigenação	Segurança	Religiosa ou teológica
Hidratação	Amor	Ética ou de filosofia de vida
Nutrição	Liberdade	
Eliminação	Comunicação	
Sono e Repouso	Criatividade	
Exercício e Atividades Físicas	Aprendizagem (Educação à saúde)	
Sexualidade	Gregária	
Abrigo	Recreação	
Mecânica corporal	Lazer	
Motilidade	Espaço	
Cuidado Corporal	Orientação no tempo e espaço	
Integridade cutâneo mucosa	Aceitação	
Integridade física	Autorrealização	
Regulação: térmica, hormonal,	Autoestima	
Neurológica, hidrossalina,	Participação	
Eletrolítica, imunológica,	Autoimagem	
Crescimento celular, vascular	Atenção	
Locomoção		
Percepção: olfativa, visual, tátil,		
Auditiva, gustativa, dolorosa		
Terapêutica		

Fonte: HORTA, 1979.

2.3 Teoria Geral de Enfermagem de Orem

O advento das teorias de enfermagem é a base para sustentação da prática profissional da enfermagem, possibilitando a profissão buscar suas próprias bases científicas, teóricas e filosóficas e romper com a tradicional execução de tarefas complementares ao ato médico (MCEWEN; WILLS, 2009).

Segundo Cianciarrulo (1996), os alicerces da enfermagem sempre foram os princípios, as crenças, valores e as normas tradicionalmente aceitas. Com a evolução da ciência, os enfermeiros começaram a questionar esses preceitos tradicionais e sentiram a necessidade de orientar a sua prática através de teorias.

Florence Nightingale é considerada por muitos estudiosos em enfermagem a precursora das teorias de enfermagem. Seu trabalho destaca a importância da observação e

manipulação do ambiente, visando ao benefício do paciente. Porém, Nightingale não apresentou o seu trabalho como uma teoria de enfermagem, mas suas ideias e escritos, em 1859, foram modelo para outros estudos (GEORGE, 2000).

As primeiras conceitualizações teóricas da enfermagem aconteceram na década de 50 e 60 na *Colombia School* e *Yale School* respectivamente (GEORGE, 2000).

Orem (1995), na década de 50, iniciou seus questionamentos acerca da formalização do objeto próprio da enfermagem: “Que condição determina que as pessoas devam estar sob os cuidados de enfermagem?” A resposta para essa inquietação foi a incapacidade das pessoas para o autocuidado. A autora define autocuidado como o cuidado pessoal que indivíduos requerem no seu dia a dia para regular o seu próprio funcionamento e o desenvolvimento que podem ser afetados por fatores como a idade, estágio de desenvolvimento, estado de saúde, condições ambientais e efeitos de cuidados médicos (OREM, 1995, p.8).

O conceito do autocuidado foi iniciado em 1956 e formalizado em 1967 através dos trabalhos do *Nursing Development Conference Group*. A formalização do trabalho é descrita nas duas primeiras edições da obra *Concept Formalization in Nursing: Process and Product*, 1973 e 1979 (OREM, 1995).

A autora prosseguiu no desenvolvimento dos seus conceitos de enfermagem e, em 1971, publicou *Nursing: Concepts of practice*, obra que foi reeditada quatro vezes. A primeira edição abordava o indivíduo, a segunda inclui as famílias, grupos e comunidades e a terceira apresentava a teoria geral de enfermagem de Orem, constituída pelas bases teóricas: autocuidado, déficit do autocuidado e sistemas de enfermagem. A quarta edição deu maior ênfase à criança, aos grupos e à sociedade (OREM, 1995; GEORGE, 2000).

Em 1995, foi publicada a quinta edição de *Nursing: Concepts of practice* de Dorothea Orem com a contribuição de Susan G. Taylor e Kathie McLaughlin Renpenning. Como indicado nas edições anteriores, reforça o objeto da enfermagem (OREM, 1995).

Orem (1995) discute em seu trabalho os conceitos do metaparadigma da enfermagem: a enfermagem, o ser humano, o ambiente e a saúde. A enfermagem presta assistência às pessoas incapacitadas, visando proporcionar os cuidados de saúde. É necessária quando as pessoas são incapazes de prover a quantidade e a qualidade de autocuidado para o seu desenvolvimento e bem-estar. Os seres humanos são definidos como o objeto da enfermagem. O ambiente é classificado segundo os aspectos físicos, químicos e biológicos, que incluem a família, a cultura e a comunidade. O conceito de saúde considera os aspectos físico, psicológico, interpessoal e social como inseparáveis do indivíduo, considerando-o como um ser funcionalmente inteiro e sólido.

A teoria geral de Orem (1995), denominada teoria do déficit do autocuidado, é composta de três teorias que se encontram inter-relacionadas: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem.

2.3.1 A teoria do Autocuidado

A teoria do autocuidado descreve e explica por que o autocuidado é necessário para a saúde e bem-estar da pessoa. A capacidade de a pessoa realizar o autocuidado é afetada por fatores condicionantes básicos: idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sociocultural, sistema de saúde, sistema familiar, padrão de vida, fatores ambientais e adequação e disponibilidade de recursos (OREM, 1995).

Pensando nas pessoas vivendo com HIV/aids, estes fatores podem influenciá-las direta ou indiretamente em suas capacidades e ações de autocuidado. Portanto, o enfermeiro deve estar atento aos fatores condicionantes básicos e aos requisitos do autocuidado para esses usuários.

As ações de enfermagem são fundamentais para prevenir as complicações resultantes das doenças oportunistas nas pessoas que vivem com HIV/aids. É importante orientar para o tratamento efetivo, ressaltar a importância da adesão ao uso de medicamentos, observar os sinais e sintomas e realizar os cuidados terapêuticos sempre que necessários.

Orem (1995) apresenta os requisitos do autocuidado como: universais, ou seja, comuns a todos os seres humanos, do desenvolvimento que é definido como os requisitos necessários para o crescimento e desenvolvimento e os do desvio de saúde que são aqueles requisitos associados aos déficits de saúde.

As necessidades de autocuidado universal, como a manutenção de ingestão suficiente de ar, água, alimentos, os cuidados associados com a eliminação urinária e intestinal, a manutenção do equilíbrio entre a atividade e repouso, solidão e interação social, a prevenção dos perigos à vida humana, o funcionamento e o bem-estar humano, a promoção do funcionamento humano e o desenvolvimento com grupos sociais, podem sofrer variações, dependendo da fase da doença e da evolução clínica do paciente (OREM, 1995).

Os requisitos de autocuidado nos desvios de saúde, geralmente, estão presentes nas pessoas que vivem com HIV/aids, pois estes surgem em condições de enfermidade, no

momento do diagnóstico e tratamento. Nesse momento, as ações de enfermagem são importantes para prevenir novos desvios de saúde do funcionamento humano.

2.3.2 A teoria do Déficit do Autocuidado

A teoria do déficit do autocuidado é considerada o elemento principal da teoria de Orem (1995), pois delinea a razão pela qual as pessoas necessitam dos cuidados da equipe de enfermagem. A enfermagem é exigida quando as pessoas apresentam limitações decorrentes de suas condições de saúde e são incapazes ou apresentam dificuldades no autocuidado.

Para proporcionar a assistência com o autocuidado, Orem (1995) propõe cinco métodos de ajuda: agir ou fazer para outra pessoa, guiar e orientar, proporcionar apoio físico e psicológico, proporcionar e manter um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal e ensinar.

2.3.3 A teoria dos Sistemas de Enfermagem

A partir dos requisitos do autocuidado e dos métodos de ajuda, Orem (1995) propõe três Sistemas de Enfermagem que irão direcionar as ações da enfermagem: Sistema Totalmente Compensatório, Sistema Parcialmente Compensatório e o Sistema de Apoio-Educação.

O Sistema Parcialmente Compensatório compreende o sistema em que o enfermeiro realiza algumas medidas de autocuidado, ajuda o paciente que participa das ações de autocuidado e possui capacidade de julgamento acerca das mesmas.

No Sistema de Apoio-Educação, o paciente realiza o autocuidado com as orientações e apoio da enfermagem que estimulam e motivam o mesmo para o autocuidado. Este sistema é muito utilizado nas pessoas que vivem com HIV/aids nas orientações do uso adequado dos medicamentos antirretrovirais, elaborando um plano de cuidados com reforço para a importância da adesão medicamentosa, orientação quanto aos sinais e sintomas das possíveis complicações que sinalizam a ocorrência das infecções oportunistas com o propósito de torná-los agentes do autocuidado.

2.4 O Processo de Enfermagem

George (2000) afirma que os teóricos orientados para os problemas e necessidades dos pacientes têm como objetivo solucioná-los, utilizando como estratégia o processo de enfermagem. Sena *et al.* (2001) destacam que a aplicação do processo de enfermagem na prática assistencial, no ensino ou na pesquisa implica identificar os nossos paradigmas.

E, nessa perspectiva, ressaltam Tannure e Gonçalves (2009) a importância do uso das teorias de enfermagem na sistematização da assistência de enfermagem, considerando-se que foram escritas a partir de vivências da prática profissional. Conforme pontua Lunney (2011), devemos utilizar uma ou mais teorias de enfermagem para orientar a abordagem teórica e filosófica do cuidado de enfermagem.

O processo de enfermagem direciona o cuidado de enfermagem e auxilia na tomada de decisões através de uma abordagem científica. Foi descrito, inicialmente, nos Estados Unidos da América, na década de 50, com três fases, que continham elementos rudimentares do processo de enfermagem e, posteriormente, por quatro fases (histórico, planejamento, implementação e avaliação). Finalmente, nos anos 70, foi acrescentada a fase do diagnóstico de enfermagem (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

No Brasil, o processo de enfermagem foi iniciado na década de 70 por Wanda de Aguiar Horta e é ainda muito utilizado nos dias atuais na assistência, ensino e pesquisa (CARVALHO *et al.*, 2007).

Segundo George (1993, p. 32) o sucesso do processo de enfermagem implica “aplicar os conceitos e as teorias de enfermagem, das ciências biológicas e físicas, e comportamentais e humanas, a fim de proporcionar uma justificativa para a tomada de decisão, o julgamento, os relacionamentos interpessoais e as ações”.

Sampaio *et al.* (2008) afirmam que o processo de enfermagem, associado a uma teoria, pode resultar em uma assistência mais efetiva, contribuindo com a participação do paciente no planejamento do cuidado. Sena *et al.* (2001) enfatizam a importância do suporte teórico para sustentação da prática profissional e a contribuição para a atuação do enfermeiro com previsão e coerência.

No Brasil, o Processo de Enfermagem é uma imposição legal, frente à Lei do Exercício Profissional, Lei nº 7.498/86, que regulamenta o exercício da prática de enfermagem e resolve que é competência do enfermeiro a consulta de enfermagem e a prescrição da assistência de enfermagem. O que é reforçado na Resolução do Conselho

Federal de Enfermagem nº272 de 2002, no artigo 2º, que afirma que a Sistematização da Assistência de Enfermagem deve ocorrer em toda instituição de saúde pública e privada. O artigo 3º cita que a SAE deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente/usuário.

Assim, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 358 de 2009 menciona, ainda, no artigo 3º: “O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnóstico de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem e que forneça a base para a avaliação dos resultados”.

Para Alfaro-Lefvre (1996), o processo de enfermagem conduz o enfermeiro ao pensamento crítico em enfermagem e direciona a resolução dos problemas identificados. As etapas do processo de enfermagem se inter-relacionam e envolvem um contínuo processo de julgamento clínico.

O processo de enfermagem proposto por Horta se baseou na teoria das necessidades humanas básicas de Maslow e na denominação de necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais de João Mohana. Visa, principalmente, ao atendimento das necessidades básicas do paciente e ao desenvolvimento do potencial do indivíduo para o autocuidado.

Horta (1979, p. 29) corrobora esta afirmativa: “A enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível pelo ensino do autocuidado, de recuperar, manter e promover a saúde”. A autora afirma ainda que a eficiência no cuidado em enfermagem está associada ao uso do método científico através do processo de enfermagem.

O processo de enfermagem descrito por Horta apresenta seis fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem e prognóstico de enfermagem (HORTA, 1979). No entanto, o processo de enfermagem é descrito em cinco fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. Destacaremos as fases do histórico e do diagnóstico, pois serão as bases para elaboração deste estudo.

No entanto, as fases ou etapas do processo de enfermagem para todas as teorias são inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, sendo suas divisões puramente didáticas para orientar as ações de enfermagem (GEORGE, 1993).

2.4.1 Coleta de Dados no Processo de Enfermagem

O histórico de enfermagem ou investigação compreende a primeira fase do processo de enfermagem e inclui a coleta sistemática e ordenada de informações referentes ao paciente, família ou à comunidade. Os dados podem ser coletados através da entrevista ou histórico de enfermagem, exame físico, resultados laboratoriais e outras fontes (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993). Embora seja a primeira fase do processo, ela pode ser revisada durante todo o processo com o objetivo de obter novos dados. Nesta fase, é importante um olhar abrangente do profissional para observação das esferas biológicas, psicológicas, sociais e espirituais (GEORGE, 1993).

A investigação inclui a coleta e a análise dos dados coletados. Uma coleta de dados insuficiente ou incorreta pode levar a um diagnóstico incorreto e pode comprometer o processo como um todo. Portanto o histórico compreende a base para a identificação dos diagnósticos de enfermagem, o desenvolvimento dos resultados, a implementação das intervenções e a avaliação das ações de enfermagem (GEORGE, 1993).

Como enfatizam Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993), a fase do histórico de enfermagem é influenciada pelas opiniões, habilidades e conhecimentos do profissional. Reforçam a importância das habilidades interpessoais, por tratar-se de um processo interativo e de comunicação.

Portanto é imprescindível que o enfermeiro desenvolva habilidades de comunicação para um melhor processo de interação com o paciente, a fim obter informações da doença, tratamento clínico, prognóstico e conhecer os sentimentos do paciente diante da hospitalização. A comunicação pode ser dividida em verbal (ocorre através de expressões verbais associadas às palavras expressas por meio da fala e da escrita) e não verbal (desenvolvida através de gestos, silêncio, expressões faciais, postura corporal, entre outros) (BARROS *et al.*, 2002).

Segundo Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993), na fase do histórico de enfermagem, todas as informações são agrupadas para orientação do cuidado ao paciente. Os dados objetivos são observações ou medidas feitas durante o exame físico. Os dados subjetivos são as percepções, sentimentos e ideias do paciente sobre seus problemas de saúde.

Carpenito (1997) afirma que o histórico de enfermagem objetiva obter dados do estado progressivo de saúde e dos acontecimentos recentes. O processo é contínuo e serve de parâmetro para o cuidado de enfermagem e também na determinação de atividades dos outros profissionais.

Alfaro-Lefevre (1996) aponta que os principais objetivos dessa fase são fornecer informações necessárias para rever, detectar, prevenir, controlar ou eliminar problemas de saúde e identificar maneiras de ajudar os pacientes a obter boa saúde e independência.

A coleta de dados dependerá do modelo teórico adotado. Neste estudo, foi escolhido o modelo conceitual de Horta (1979) e a teoria de Orem (1995). Foram abordados os dados das pessoas que vivem com HIV/aids sobre os aspectos psicobiológicos, psicossociais e psicoespirituais, além da investigação sobre a capacidade de autocuidado do paciente e a demanda do autocuidado terapêutico.

2.4.2 Diagnóstico de Enfermagem

Após a coleta, os dados devem ser analisados pelo enfermeiro para que se obtenham os diagnósticos de enfermagem. Nessa etapa, o profissional examina os dados de modo a identificar, comparar a relação de um dado com outro. É o momento que o profissional utiliza o seu conhecimento sobre as várias teorias e conceitos para agrupar os dados coletados (GEORGE, 1993).

A etapa seguinte do processo de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem, tem como definição oficial, aprovada na 9ª conferência em 1990: o julgamento clínico sobre as respostas de um indivíduo, família ou comunidade a problemas de saúde/ processos de vida reais ou potenciais. É a base para a escolha de intervenções de enfermagem e para o alcance de resultados que é responsabilidade do enfermeiro (NANDA, 2010, p. 65).

O desenvolvimento de um sistema de classificação para diagnóstico de enfermagem ganhou proporções significativas na década de 70 na América do Norte. Em 1973, foi realizada a primeira conferência de classificação de diagnósticos de enfermagem, em que os mesmos eram listados alfabeticamente, porém tal método não facilitava seu uso. Essa estrutura compreende a Taxonomia I dos diagnósticos de enfermagem da Nanda, com nove padrões de respostas humanas assim estabelecidas: escolher, comunicar, trocar, sentir, conhecer, mover, perceber, relacionar, valorizar (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

Uma organização mais formal foi aprovada na quinta conferência e passou a ser denominada de *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), oficializada em 1982, em que os mesmos são revisados e aprovados constantemente. Entretanto percebeu-se a necessidade da substituição da Taxonomia I pela taxonomia II da NANDA-I e foi aprovada na Conferência de 2000 e publicada em 2001 (CARPENITO, 1997).

A taxonomia II é multiaxial para garantir flexibilidade no caso de inclusões e modificações. Os sete eixos da taxonomia são dimensões das reações humanas, sendo necessário considerar todos os eixos para a elaboração de um diagnóstico, apresentados na figura 1.

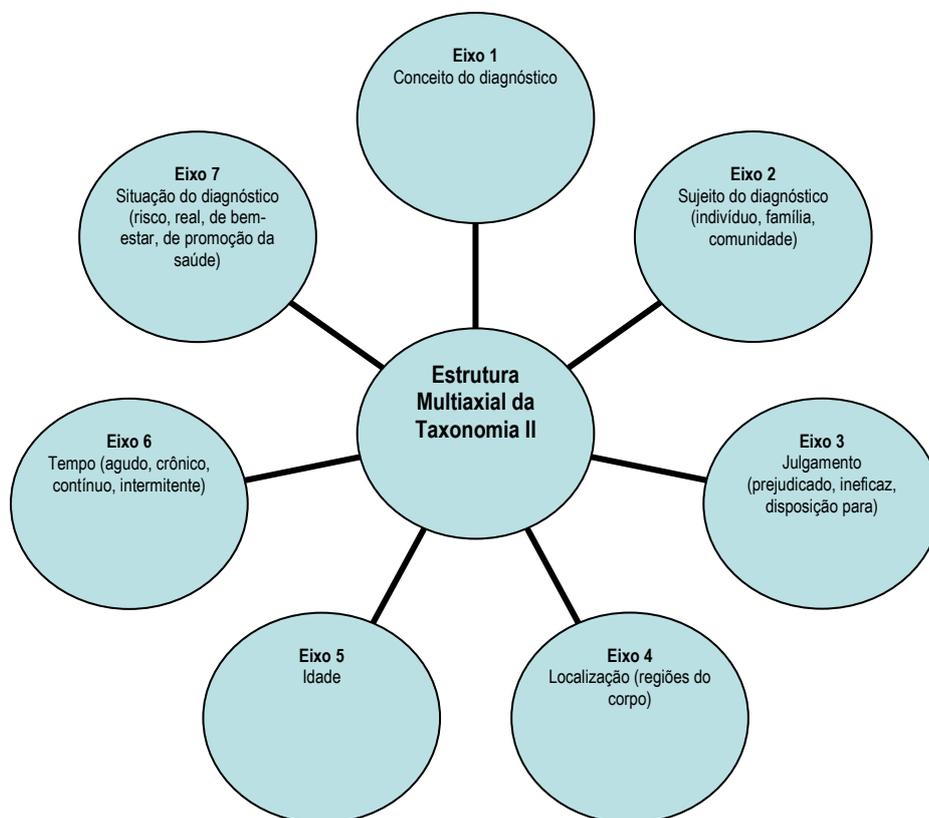


Figura 1 - Estrutura Multiaxial da Taxonomia II
Fonte: NANDA, 2010.

A taxonomia II é constituída de três níveis: domínios, classes e diagnósticos de enfermagem. A publicação de 2009-2011 consta de 13 domínios, 47 classes e 201 diagnósticos. Cada domínio é composto de classes e cada classe é composta de conceitos diagnósticos (ALMEIDA *et al.*, 2011). Os 13 domínios e suas classes são representados na Figura 2 a seguir:

Domínios	Classes
1. Promoção da Saúde	Percepção da saúde Controle da saúde
2. Nutrição	Ingestão Digestão Absorção Metabolismo Hidratação
3. Eliminação e Troca	Função urinária Função gastrointestinal Função tegumentar Função respiratória
4. Atividade e Repouso	Sono/repouso Atividade/exercício Equilíbrio de energia Respostas cardiovasculares /pulmonares Autocuidado
5. Percepção/cognição	Atenção Orientação Sensação/percepção Cognição Comunicação
6. Auto percepção	Autoconceito Autoestima Imagem corporal
7. Papéis e relacionamentos	Papéis do cuidador Relações familiares Desempenho de papéis
8. Sexualidade	Identidade sexual Função sexual Reprodução
9. Enfrentamento/tolerância ao estresse	Reações pós-trauma Reações de enfrentamento Estresse neurocomportamental
10. Princípios de vida	Valores Crenças Coerência entre valores/crenças e atos
11. Segurança/proteção	Infecção Lesão física Violência Riscos ambientais Processos defensivos Termorregulação
12. Conforto	Conforto físico Conforto ambiental Conforto social
13. Crescimento/ desenvolvimento	Crescimento Desenvolvimento

Figura 2 - Domínios e classes da Taxonomia II
Fonte: NANDA-I, 2010

Os componentes de um diagnóstico de enfermagem segundo NANDA-I (2010) são o **título** (é um termo ou expressão concisa que representa o significado do diagnóstico de enfermagem); **definição** (delineia seu significado e distingue-o de outros diagnósticos); **características definidoras** (são sinais, sintomas e ou comportamentos que se agrupam como manifestações de um diagnóstico real ou de bem-estar); **fatores de risco** (fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, família ou comunidade a um evento insalubre) e **fatores relacionados** (são

condições ou circunstâncias que podem causar ou contribuir para o desenvolvimento do diagnóstico).

A implementação da classificação diagnóstica na prática clínica orienta e organiza as ações de enfermagem. Além disso, favorece a comunicação entre enfermeiros e outros profissionais que prestam assistência aos pacientes. As classificações contribuem para a identificação de falhas no conhecimento, que podem ser corrigidas pelo desenvolvimento das pesquisas (ALMEIDA *et al.*, 2011).

No I Simpósio Latino-Americano NANDA-I, em junho de 2011, no Brasil, foram apresentadas discussões sobre a introdução da Taxonomia III com a proposta de sete domínios e 30 classes a fim de aperfeiçoar a sistematização da assistência de enfermagem.

Os tipos e componentes do diagnóstico de enfermagem são: real, de risco, de promoção da saúde, de bem-estar e síndrome.

Os diagnósticos reais descrevem respostas humanas a condições de saúde / processos vitais que existem em um indivíduo, família ou comunidade e são sustentados pelas características definidoras (manifestação de sinais e sintomas), que se agrupam em fatores relacionados (NANDA, 2010, p. 436).

O diagnóstico de risco, por sua vez, descreve condições de saúde/processos vitais, que podem se desenvolver em um indivíduo, família ou comunidade e é sustentável por fatores de risco que contribuem para a vulnerabilidade. O seu enunciado é composto de título, definição e fatores de riscos (ALMEIDA *et al.*, 2011; NANDA, 2010).

O diagnóstico de promoção da saúde compreende o julgamento clínico da motivação e do desejo de aumentar o bem-estar no indivíduo, na família e na comunidade. Essa motivação é sustentada pelas características definidoras (NANDA, 2010).

O diagnóstico de bem-estar descreve respostas humanas a níveis de bem-estar em indivíduo, família ou comunidade que possuem um potencial para elevar-se a um nível superior de bem-estar e de saúde comparado com o atual. Possui como componente o título (NANDA, 2010).

“Síndrome é caracterizada por um conjunto ou grupo de sinais e sintomas que quase sempre ocorrem juntos e, quando juntos, representam um quadro clínico diferente” (NANDA 2010, p. 436).

George (1993) reforça a importância de listar os diagnósticos em ordem de prioridade, considerando tanto as opiniões dos enfermeiros quanto as do cliente, de forma que o profissional determina prioridade baseado no grau de ameaça ao bem-estar do cliente.

Como afirma Carpenito (1997), não é possível abordar todos os diagnósticos de enfermagem. Devemos selecionar os diagnósticos prioritários, que necessitam de intervenção imediata, pois afetaram negativamente o estado funcional do paciente. Depois de solucionados os diagnósticos que comprometem as necessidades fisiológicas e de sobrevivência, a enfermagem deve preocupar-se com os diagnósticos considerados importantes, que podem ser adiados sem comprometer o estado funcional presente.

Lunney *et al.* (2011) ressaltam a importância de a enfermagem empregar os conhecimentos que vêm sendo desenvolvidos desde a década de 70 sobre o diagnóstico de enfermagem. Sugerem ainda que a acurácia dos diagnósticos de enfermagem seja negligenciada em detrimento de outras prioridades no atendimento de saúde, como a preocupação com os diagnósticos médicos e a contenção de despesas, visto que, para acurácia de diagnóstico, o enfermeiro necessita de tempo.

Os enfermeiros podem encontrar dificuldades para interpretar as respostas das pessoas aos problemas de saúde e processos de vida, considerando-se que são questões subjetivas e muitas vezes complexas. As intervenções são baseadas nas interpretações dos dados, independentemente de serem chamados diagnósticos de enfermagem (LUNNEY *et al.*, 2011).

Como argumenta Jesus (1995), mesmo com as dificuldades para sua implementação, o diagnóstico de enfermagem é uma das mais importantes fontes de conhecimento específico para a profissão, tornando-se fundamental para o planejamento da assistência ao paciente.

Segundo Moorhead (2010), o uso de linguagens padronizadas de enfermagem facilita a sistematização do processo de cuidar e a evolução dessa ciência. Apesar de os enfermeiros serem os profissionais mais numerosos do sistema de saúde, sem uma linguagem padronizada, suas ações perdem a visibilidade.

2.4.3 O Processo de Raciocínio Diagnóstico

O uso de Diagnósticos de Enfermagem faz com que enfermeiros demonstrem o raciocínio utilizado na elaboração dos mesmos e o uso do raciocínio diagnóstico compreende uma das suas principais funções na prática clínica (SILVA *et al.*, 2011).

Os enfermeiros fazem julgamentos acerca do estado de saúde dos indivíduos ao identificar o problema de saúde e suas causas com base nos sinais, sintomas, fatores de risco, exames e informações complementares (SILVA *et al.*, 2011).

Ao processo de raciocínio diagnóstico são agregados a experiência profissional, o conhecimento técnico-científico e as informações sobre o problema de saúde do paciente. Essa interação de processos interpessoais, técnicos e intelectuais envolve habilidades do enfermeiro que influenciam na acurácia das interpretações das respostas humanas (LUNNEY *et al.*, 2011).

O processo de raciocínio diagnóstico possui definições semelhantes como julgamento clínico, raciocínio lógico, raciocínio crítico ou raciocínio clínico (LUNNEY *et al.*, 2011). Dentre as várias descrições para o processo diagnóstico, com diferentes etapas, neste estudo, optamos pela utilização do processo diagnóstico proposto por Risner (1995).

A análise compreende a categorização dos dados e a identificação de lacunas e dados divergentes. A categorização dos dados é a organização dos mesmos em grupos ou classes, de forma lógica ou sistemática de acordo com o referencial teórico adotado. A identificação de lacunas é a identificação de dados relevantes que podem estar faltando ou de dados que necessitam ser esclarecidos, necessitando, às vezes, de uma nova coleta. Os dados divergentes são os dados conflitantes ou contraditórios (RISNER, 1995).

A síntese compreende quatro fases: agrupamento dos dados relevantes, comparação dos dados, identificação de inferências ou hipóteses diagnósticas e relação de fatores etiológicos (RISNER, 1995).

A comparação dos dados é a comparação com critérios, normas, teorias, modelos e conceitos, ou seja, os dados coletados sobre o paciente são comparados com padrões ou normas conhecidas e aceitas.

A identificação de inferências ou hipóteses diagnósticas: é a identificação de desvios ou potencialidades de saúde, onde são elaborados os diagnósticos de enfermagem, após a comparação com teorias, modelos, conceitos.

Quanto à relação de fatores etiológicos, nesta etapa, o enfermeiro explora e identifica os fatores que contribuíram e influenciaram os problemas de saúde do paciente e pode elaborar hipóteses (inferências) sobre a possível causa do problema de saúde do paciente.

3 PERCURSO METODOLÓGICO DO ESTUDO

3.1 Tipo estudo

Trata-se de um estudo descritivo. Segundo Polit, Beck e Hungler (2005), nesse tipo de estudo, o pesquisador observa e explora os aspectos de uma situação. Objetiva, principalmente, o retrato preciso das características dos indivíduos, situações ou grupos e a frequência com que ocorrem determinados fenômenos.

De acordo com Gil (1994), são estudos usados por pesquisadores preocupados com atuação prática. Os estudos descritivos vão além da descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou do estabelecimento das relações entre as variáveis, uma vez que objetivam também determinar a natureza dessa relação.

O estudo foi organizado e fundamentado no referencial da Teoria do déficit do autocuidado (OREM, 1995), no modelo conceitual de Horta (1979), no processo de Raciocínio clínico de Risner (1995) e no processo de classificação dos diagnósticos de enfermagem proposto pela Nanda (2010).

3.2 Local do estudo

O cenário do estudo foi a Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário do Estado de Minas Gerais. A Clínica de doenças infecciosas e parasitárias possui seis leitos, sendo três masculinos e três femininos. A instituição hospitalar é um centro de referência na macrorregião de Minas Gerais em atendimentos a pacientes do Sistema Único de Saúde. Possui uma equipe com mais de 800 pessoas, sendo 232 docentes, 468 técnicos-administrativos, 103 residentes, com uma estrutura ocupacional de 156 leitos.

3.3 Período de realização

A pesquisa foi realizada entre os meses de março e setembro do ano de 2011, totalizando seis meses de coleta de dados.

3.4 População

A população deste estudo foram as pessoas que vivem com HIV/aids internadas na Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário do Estado de Minas Gerais, no período estudado. Os participantes do estudo foram os indivíduos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- Os pacientes que foram acompanhados por no mínimo três dias do período da sua internação pela pesquisadora.
- As pessoas na faixa etária entre 18 e 60 anos que concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Os sujeitos menores de 18 anos ou maiores de 60 anos, tendo o seu responsável assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão:

- Os pacientes acompanhados por um período inferior a três dias.
- A recusa em participar do estudo.
- A não assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Os pacientes que não se sentiram à vontade para continuar a participar do estudo.

Dos pacientes internados no período da coleta de dados, dois foram excluídos por terem sido acompanhados por um período inferior a três dias, um por ter falecido, outro por receber alta. Assim, o total de participantes deste estudo foi de 30 pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas em um hospital universitário do Estado de Minas Gerais.

3.5 Coleta de dados

3.5.1 Método de coleta de dados

O processo de coleta de dados foi realizado em cinco etapas:

1. **Ambiência do setor:** consistiu na inserção da pesquisadora no campo do estudo, para fazer observações com a finalidade de caracterizar o cuidado às pessoas com HIV/aids.
2. **Análise documental:** consulta aos prontuários, buscando dados para caracterizar o perfil dos participantes do estudo.
3. **Abordagem às pessoas que vivem com HIV/aids:** por meio da realização de entrevista com os participantes do estudo a fim de obter as características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco. A entrevista aborda itens como: dados sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, ocupação, escolaridade, renda), informações sobre a doença e tratamento (motivo da internação, diagnóstico médico, tratamentos anteriores) e hábitos de vida.
4. **Avaliação clínica** utilizando-se de técnicas semiológicas. Para identificação dos diagnósticos de enfermagem, foi utilizado o processo de raciocínio clínico (análise, julgamento e síntese dos dados) de acordo com Risner (1995).
5. **Consulta à Taxonomia da NANDA-I (2010):** identificação dos diagnósticos de enfermagem.

3.5.2 Instrumento de coleta de dados

Para coleta de dados, foi utilizado um instrumento adaptado a partir de Barros *et al.* (2002), elaborado pelo Grupo de Estudos sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem do Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, que divulgou alguns itens como histórico de saúde pessoal e familiar, história da doença atual, os hábitos de vida nos níveis biológico, social, espiritual, percepções do entrevistador e exame físico. Para subsidiar o processo de coleta de dados, as autoras fundamentaram o instrumento no modelo conceitual de Horta (1979) e na Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem (1995). (Anexo A).

Para este estudo, foram acrescentadas questões específicas dos pacientes que vivem com HIV/aids, como tempo de soroconversão, uso de e aderência aos antirretrovirais.

Barros *et al.*(2002) ressaltam a necessidade de validação dos instrumentos de coleta de dados. Considerando que o processo de construção de instrumentos de coleta de dados é

dinâmico e necessita ser constantemente avaliado para que se adapte aos paradigmas da sistematização da assistência de enfermagem, ele deverá ser ajustado a cada realidade a ponto de captar características da clientela e traduzir o perfil da filosofia e prática adotadas pela equipe de enfermagem e pela instituição.

3.5.3 A organização dos dados para análise

No primeiro momento, a análise foi processual, ou seja, realizada simultaneamente com a coleta de dados, buscando-se identificar as características definidoras, fatores relacionados e as situações de vulnerabilidade para afirmação dos diagnósticos de enfermagem à medida que a entrevista era realizada com o paciente. Tal fato foi possível devido à intencionalidade do processo de coleta de dados. Vale considerar que, a partir da aplicação do roteiro inicial, o acompanhamento diário do paciente permitiu adicionar novas informações para ser incorporadas no arcabouço de dados.

Ao terminar o período da coleta, diariamente, foi utilizado também o processo de raciocínio de Risner (1995), para elaboração dos diagnósticos de enfermagem com o objetivo de familiarizar com as duas fases do processo diagnóstico: análise e síntese dos dados coletados, a fim de obter subsídios para avaliação e interpretação dos dados e melhor forma de aplicação do instrumento, fazer ajustes necessários às perguntas, além de permitir a identificação de lacunas no instrumento de coleta de dados.

Ao organizar os dados para análise, no primeiro momento, buscamos identificar as características definidoras, fatores relacionados ou fator de risco na ocasião da entrevista através da coleta de dados e ao recoletar os dados, considerando-se o acompanhamento do paciente por no mínimo três dias consecutivos.

De posse desse banco de informações, procedeu-se à análise detalhada das histórias individuais dos participantes a fim de identificar e classificar os diagnósticos de acordo com o referencial da taxonomia II da NANDA-I (2010).

3.5.4 Concordância dos diagnósticos de enfermagem formulados entre os peritos e a pesquisadora

A validação do conteúdo dos diagnósticos de enfermagem tem por objetivo verificar a sua fidedignidade e validade. A fidedignidade refere-se ao grau de concordância dos elementos que o estruturam, ou seja, o título, as características definidoras (sinais e sintomas), fatores relacionados (etiologia ou causa) ou fator de risco (situações ou circunstâncias de vulnerabilidade) (ALMEIDA *et al.*, 2011).

A validade do diagnóstico de enfermagem necessita ser confirmada por meio da avaliação descritiva de enfermeiros e ou outros profissionais dependendo da categoria diagnóstica em estudo. É necessário precisar o quanto um diagnóstico realmente descreve uma situação ocorrida na prática clínica (ALMEIDA *et al.*, 2011).

Os dados obtidos no estudo foram submetidos à apreciação de três enfermeiros com experiência na prática clínica e diagnósticos de enfermagem, denominados peritos. Estes, separadamente, indicaram as características definidoras, fatores relacionados ou de risco a partir dos registros da coleta de dados. As respostas dos peritos foram registradas em um formulário. O consenso entre a pesquisadora e os peritos foi o critério para aceitar os diagnósticos e incluí-los no relatório.

3.5.5 Análise dos resultados

Os diagnósticos de enfermagem foram analisados utilizando-se da estatística descritiva (frequência simples e percentual) dos fatores relacionados e características definidoras dos diagnósticos de enfermagem da taxonomia II da NANDA-I (2010) identificados nos participantes do estudo.

3.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

O estudo seguiu os três princípios éticos que norteiam as pesquisas com seres humanos, como afirmam Hulley *et al.* (2008), o princípio de respeito à pessoa, que exige que os investigadores obtenham o consentimento informado. O princípio da beneficência exige que o delineamento da pesquisa seja fundamentado cientificamente e que seja possível aceitar os riscos, considerando-se os prováveis benefícios. O autor considera riscos, além dos danos

físicos, também os psicológicos, como a quebra do sigilo, estigmatização e discriminação. O princípio da justiça requer que os ônus da pesquisa sejam distribuídos de forma justa.

Assim, o estudo seguiu os trâmites legais de pesquisa envolvendo seres humanos, sendo iniciado após a autorização concedida pelos diretores da instituição e, posteriormente, pelos chefes de serviços nos quais os pacientes se encontram internados (Apêndice A). O início da coleta dos dados ocorreu após a autorização da instituição e do parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa -Parecer 248/10 (Anexo B), atendendo à Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os pacientes foram orientados quanto aos objetivos do estudo e como consistia a sua participação. Os pacientes que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No caso dos pacientes que não apresentavam habilidades motoras para proceder à assinatura, a mesma foi realizada pelo seu responsável (Apêndice B). Os nomes dos sujeitos foram mantidos em sigilo e anonimato.

4 RESULTADOS DO ESTUDO

4.1 Caracterização dos participantes do estudo

Os resultados são apresentados de acordo com o perfil socioeconômico e demográfico de 30 pacientes internados na Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, estudados no período de março a setembro de 2011.

Entre os 30 pacientes com HIV/Aids que participaram do estudo, não houve diferença percentual quanto ao sexo. Esses dados encontram respaldo no perfil nacional divulgado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) sobre a razão entre os sexos (M:F) que diminuiu consideravelmente do início da epidemia até os dias atuais, destacando o processo de feminização da epidemia. Os dados retratam que, nos anos iniciais da epidemia da aids, a razão entre os sexos era de 15 casos de aids no sexo masculino para um caso no sexo feminino. Em 1989, a razão era de seis casos de aids no sexo masculino para cada um caso no sexo feminino. Em 2010, chegou a 1,7 caso em homens para cada um em mulheres (BRASIL, 2011).

A idade dos participantes do estudo foi entre 23 e 75 anos, sendo a média de 40,8 anos, o desvio padrão de 12,4 anos. Esses achados corroboram as estatísticas nacionais (BRASIL, 2011) de que a aids acomete principalmente adultos em fase economicamente ativa.

Para ilustrar as informações sobre as características socioeconômicas e demográficas dos participantes do estudo, apresentamos a tabela 1.

Tabela1

Distribuição das características socioeconômicas e demográficas dos participantes do estudo (n=30). Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011.

Características	f	%
Sexo		
Masculino	15	50,0
Feminino	15	50,0
Estado Civil		
Solteiro	15	50,0
Casado	5	16,7
Viúvo	1	3,3
Separado/divorciado	6	20,0
União estável	3	10,0
Escolaridade		
Analfabeto	2	6,7
Fundamental incompleto	23	76,7
Ensino médio incompleto	1	3,3
Ensino médio completo	3	10,0
Ensino superior	1	3,3
Ocupação		
Aposentado	7	23,3
Desempregado	9	30,0
Trabalhador autônomo	3	10,0
Trabalho com vínculo empregatício	1	3,3
Do lar	2	6,7
Licença médica	8	26,7
Renda Pessoal		
< um salário mínimo	13	43,3
Um salário mínimo	13	43,3
> um salário e < 3 salários mínimos	4	13,3
Idade		
20-25 anos	4	13,3
26-30 anos	2	6,7
31-40 anos	8	26,7
41-50 anos	12	40,0
51-60 anos	1	3,3
> 60 anos	3	10,0

Fonte: Dados primários do banco de Faria & Silva, 2011.

Quanto ao estado civil, cinquenta por cento dos participantes eram solteiros. Os demais eram separados/divorciados (20%), casados (16,7%), com união estável (10%) e um viúvo (3,3%).

Os sujeitos do estudo encontravam-se predominantemente fora do mercado de trabalho, 30% estão desempregados; 26,7% estão afastados de suas atividades laborais por motivos de doença e estão de licença médica; 23,3%, aposentados, ressaltando-se que muitos são aposentados por invalidez; 10% são autônomos, envolvidos com atividades laborais informais; 6,7% são do lar e apenas 3,3% têm com vínculo empregatício.

Quanto à renda mensal, predominaram, com a mesma proporção (43,3%), os pacientes que recebiam menos que um salário mínimo e um salário mínimo.² Em 13,3% dos casos analisados, a renda variou de três a cinco salários mínimos. Com relação à escolaridade, predomina a baixa escolaridade, uma vez que 76,7% dos participantes têm o ensino fundamental incompleto e 6,7% são analfabetos.

Os dados reforçam as crescentes especulações acerca da “pauperização” da aids, uma vez que as condições socioeconômicas e culturais desfavoráveis são fatores que podem gerar ou acrescer a vulnerabilidade ao HIV/aids (BRASIL, 2007). O aumento da proporção dos casos de aids em indivíduos com baixa escolaridade é outra variável que reforça a “pauperização” da doença (BRITO; CASTILHO, 2001).

O baixo grau de escolaridade e a baixa renda devem ser considerados pelos profissionais de saúde, pois podem interferir negativamente na capacidade de autocuidado dos pacientes, porque a capacidade do indivíduo para realizar o seu autocuidado é afetada por fatores condicionantes básicos como a orientação sociocultural, padrões de vida e a disponibilidade de recursos (GEORGE *et al.*, 1993).

Em relação às condições de moradia, residem em zona urbana 70% dos participantes do estudo, 20% vivem na zona rural, 3,3% residem na Instituição Grupo Espírita de Apoio aos Enfermos - GEDAE em Juiz de Fora e 6,7% são moradores de rua. Dos casos analisados, 93,3% possuem saneamento de água, esgoto em suas residências.

Somada às condições de pobreza de populações que enfrentam situações de dificuldade de acesso ao serviço de saúde e educação, vivendo da economia informal, a exposição ao uso de drogas lícitas e ilícitas aumenta a vulnerabilidade destas ao HIV/Aids. O percentual de pacientes tabagistas, usuários de álcool e drogas foi outro dado significativo. A maior frequência consistiu no tabagismo (19), alcoolismo (nove), seguidos do uso de drogas (quatro). Essas são informações relevantes para uma assistência sistematizada de enfermagem, visto que interferem diretamente no comportamento dos pacientes.

Um aspecto epidemiológico que merece destaque é a mudança das características do início da epidemia da aids, com comprovado aumento proporcional da contaminação entre os heterossexuais e diminuição entre os homossexuais e bissexuais. Observa-se que a maioria dos pacientes deste estudo se declarou heterossexual (90%). A aids deixou de ser uma doença de segmentos populacionais considerados de risco e se disseminou entre a população geral, reforçando a necessidade do uso do termo vulnerabilidade.

² Salário mínimo de referência em 2010: R\$ 510,00

Este resultado sobre a incidência do HIV entre heterossexuais, homossexuais e bissexuais assemelha-se aos dados de outro estudo que destaca que, no ano de 1984, onde 71% dos casos notificados eram referentes a homossexuais e bissexuais masculinos. Verificou-se, entretanto, mudança de comportamento no sentido de práticas sexuais mais seguras destes entre os casos notificados. Nos anos 1999-2000, estes correspondiam a 16% dos casos (BRITO; CASTILHO, 2001).

É importante destacar a necessidade da articulação lógica e compreensiva da vulnerabilidade nas suas dimensões interdependentes: individual, social e programática para um melhor enfrentamento da epidemia tanto em nível individual como coletivo (COSTA; SILVA, 2005).

Dessa forma, corroboramos com o estudo de Berquó e Barbosa (2008) que destaca a necessidade de compreender em que grupos a epidemia tem se disseminado mais rapidamente, a vulnerabilidade dos indivíduos acometidos pela doença e as mudanças do comportamento sexual após a infecção pelo HIV.

Quanto ao tempo de soroconversão, 33,3% dos pacientes do estudo tiveram um tempo inferior a 12 meses. Para alguns, a confirmação do diagnóstico prévio ocorreu na internação atual. Considerando que estes pacientes já se internaram com infecções oportunistas, parece que o diagnóstico médico foi estabelecido em fase avançada da doença.

A distribuição dos pacientes de acordo com os anos de diagnóstico para o HIV pode ser observada no Gráfico 1.

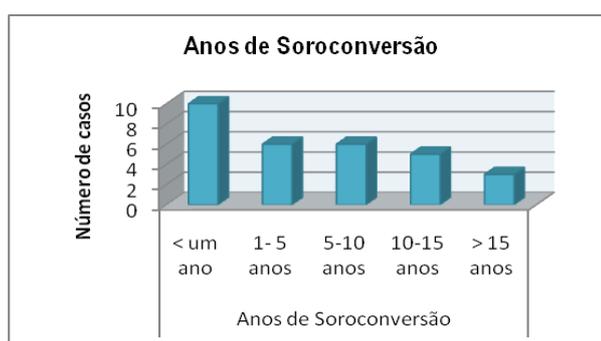


Gráfico 1- Anos de soroconversão para o HIV dos participantes do estudo (n=30). Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário do Estado de Minas Gerais, março a setembro de 2011.

Vermund e Wilson (2002) afirmam que existem diversas barreiras para a realização do teste de HIV como: medo de consequências adversas, falta de expectativa de benefício, nenhuma percepção de risco de ser portador do vírus HIV, a norma cultural é não realizar o

teste, o teste não está disponível, a falta de privacidade no aconselhamento, a falta de garantias de confiabilidade, custo, isolamento pessoal, falta de apoio social e disponibilidade para testar casais.

Dessa forma, é importante o aconselhamento para realização do teste anti-HIV e a conscientização dos benefícios do tratamento precoce, pois, dificilmente, as pessoas se reconhecem em condições de vulnerabilidade ao HIV.

4.2 Diagnósticos de Enfermagem Identificados

A apresentação e análise dos diagnósticos de enfermagem foi feita por domínios, favorecendo assim identificar as áreas de conhecimentos necessárias, para realizar o cuidar de pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. A taxonomia da NANDA-I (2010) diz que um domínio representa uma esfera de atividade, estudo ou interesse.

De acordo com as particularidades das pessoas que vivem com HIV/aids observadas no estudo, percebemos que alguns diagnósticos são comuns a todos os pacientes estudados, outros aparecem em apenas alguns.

Desse modo, apresentaremos, na tabela 2 a seguir, os diagnósticos de enfermagem identificados nos sujeitos do estudo de acordo com frequência em que ocorreram.

Tabela 2

Distribuição dos diagnósticos de enfermagem, por domínios (N=30) em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011.

Domínio	Diagnóstico	n	%
NUTRIÇÃO	Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	23	76,7
	Risco da Função hepática prejudicada	14	46,7
	Risco de desequilíbrio hidroeletrólítico	3	10,0
ENFRENTAMENTO/TOLERÂNCIA AO ESTRESSE	Risco de Resiliência	30	100
	Comportamento de saúde propenso a risco	13	43,3
	Negação ineficaz	3	10,0
	Ansiedade	2	6,7
PRINCÍPIOS DE VIDA	Falta de adesão	10	33,3
	Disposição para o bem-estar espiritual aumentado	3	10,0
CONTINUA			

Domínio	Diagnóstico	n	%
SEGURANÇA E PROTEÇÃO	Proteção ineficaz	30	100
	Risco de infecção	30	100
	Risco para trauma vascular	25	83,3
	Mucosa Oral Prejudicada	12	40,0
	Risco da Integridade da Pele Prejudicada	12	40,0
	Hipertermia	7	23,3
	Risco de queda	7	23,3
	Integridade da Pele Prejudicada	6	20,0
	Risco de Suicídio	3	10,0
	Risco de aspiração	3	10,0
	Desobstrução ineficaz das vias aéreas	1	3,3
	Dentição prejudicada	1	3,3
PROMOÇÃO DA SAÚDE	Disposição para o controle aumentado do regime terapêutico	5	16,7
	Controle familiar ineficaz do regime terapêutico	1	3,3
	Manutenção do lar prejudicada	1	3,3
	Manutenção ineficaz da saúde	1	3,3
	Autocontrole ineficaz da saúde	1	3,3
ATIVIDADE E REPOUSO	Déficit do autocuidado para o banho	16	53,3
	Mobilidade física prejudicada	16	53,3
	Insônia	12	40,0
	Padrão do sono prejudicado	10	33,3
	Déficit do autocuidado para higiene íntima	8	26,7
	Déficit do autocuidado para a alimentação	8	26,6
	Deambulação prejudicada	7	23,3
	Déficit do autocuidado para vestir-se	5	16,7
	Risco de choque	4	13,3
	Atividade de Recreação deficiente	3	10,0
	Mobilidade no leito prejudicada	2	6,7
Intolerância a atividade	1	3,3	
CONFORTO	Dor Aguda	16	53,3
	Náusea	2	6,7
AUTOPERCEPÇÃO	Risco de Solidão	5	16,7
SEXUALIDADE	Padrões de sexualidade ineficazes	12	40,0
	Disfunção sexual	4	13,3
PERCEPÇÃO/COGNIÇÃO	Comunicação verbal prejudicada	4	13,3
	Memória prejudicada	3	10,0
	Percepção sensorial perturbada (visual)	2	6,7
	Confusão aguda	1	3,3
ELIMINAÇÃO E TROCA	Troca de gases prejudicada	10	33,3
	Eliminação urinária prejudicada	8	26,7
	Diarréia	7	23,3
	Constipação	7	23,3

4.2.1 Ocorrência dos Diagnósticos de Enfermagem do Domínio Nutrição em pessoas com HIV/AIDS

A tabela 3 apresenta a distribuição dos diagnósticos de enfermagem reais das pessoas que vivem com HIV/aids no domínio Nutrição da Taxonomia II da NANDA-I.

Tabela 3

Diagnóstico de enfermagem real, características definidoras, fatores relacionados do domínio Nutrição em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011 (N=30)

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Fator Relacionado	f	%	Características definidoras	f	%
NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS	23	76,7	Agentes biológicos	7	7,3	Ingestão inadequada de alimentos	10	33,3
			Fatores econômicos	2	6,7	Falta de interesse pela comida	5	16,7
			Capacidade prejudicada de ingerir alimentos	15	50	Perda de peso	2	6,7
			Fatores Psicológicos	2	6,7	Dor abdominal	5	16,7
						Cavidade bucal ferida	11	36,7

Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais

Para a necessidade de nutrição, foi identificado o diagnóstico de enfermagem nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais em 76,7% dos pacientes do estudo.

O termo nutrição é definido pela NANDA-I (2010, p.101) como “a ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer as necessidades metabólicas”. Este é um domínio que merece atenção especial da enfermagem, pois algumas respostas humanas apresentadas nas pessoas que vivem com HIV/aids merecem intervenções em tempo hábil para evitar um comprometimento importante do estado geral do paciente.

A nutrição é fundamental para o sistema imunológico de todos os indivíduos, inclusive os que vivem com HIV/aids. Estes são mais vulneráveis à desnutrição (PINTO, 2009). Considera-se que uma pessoa tem baixo peso quando está 10,0 a 20,0% abaixo do padrão de peso aceito como normal. Pode apresentar resistência diminuída a doenças, fraqueza, dificuldade de concentração e outras (ALMEIDA *et al.*, 2011).

As pessoas que estão abaixo de 20,0% do peso aceito como normal são denominadas caquéticas, ou seja, estado de magreza extrema, desnutrição grave, podendo conduzir para progressão da doença e aumento da mortalidade para os indivíduos que vivem com HIV/aids (ALMEIDA *et al.*, 2011; PINTO, 2009).

A desnutrição nas pessoas que vivem com HIV/aids pode estar relacionada à ingestão alimentar inadequada, que pode estar associada à anorexia ou perda do apetite, problemas

socioeconômicos, candidíase oral, fatores psicossociais como a depressão, efeitos colaterais da terapia antirretroviral como náuseas e diarreia. A perda ponderal também pode ser provocada pela má absorção de nutrientes e aumento das necessidades energéticas (PINTO, 2009).

Ressaltamos que a satisfação do requisito do autocuidado de aporte adequado de alimentos através de uma dieta mais saudável e equilibrada pode contribuir na recuperação das pessoas que vivem com HIV/aids.

A tabela 4 apresenta os diagnósticos de enfermagem de risco do domínio nutrição:

Tabela 4

Diagnósticos de enfermagem de risco e fatores de risco do domínio Nutrição em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011 (N=30)

Diagnóstico de Enfermagem	N	%	Fator de Risco	F	%
RISCO DA FUNÇÃO HEPÁTICA PREJUDICADA	14	46,7	Abuso de substância	12	40,0
			Infecção pelo HIV	14	46,7
			Medicamentos hepatotóxicos	9	30,0
			Infecção viral	14	46,7
RISCO DE DESEQUILÍBRIO HIDROELETROLÍTICO	3	10,0	Diarreia	3	10,0
			Vômito	1	3,3
			Desidratação	1	3,3

Risco da função hepática prejudicada

O diagnóstico de enfermagem risco da função hepática prejudicada foi encontrado em 46,7% dos pacientes do estudo. Segundo NANDA-I (2010, p.104), como a própria expressão sugere, “é o risco da disfunção hepática”.

Os fatores de riscos para os pacientes do estudo foram: o uso abusivo de substâncias, o uso de medicamentos hepatotóxicos, a infecção pelo HIV e outras infecções virais.

Segundo Ugiagbe e Eze (2011), a hepatotoxicidade é um dos mais relevantes efeitos adversos da terapia antirretroviral e pode levar à interrupção do uso dos medicamentos e à hepatite clínica. São várias as causas da toxicidade hepática como: a própria infecção pelo vírus HIV, a hepatite B, a hepatite C, infecções oportunistas sistêmicas, outras drogas hepatotóxicas como alguns antibióticos e anticonvulsivantes, o uso abusivo de drogas ilícitas e de bebidas alcoólicas.

Risco de desequilíbrio hidroeletrólítico

O diagnóstico de enfermagem risco do desequilíbrio hidroeletrólítico foi encontrado em 10,0% dos pacientes do estudo. É definido como “risco de mudança nos níveis séricos capaz de comprometer a saúde” (NANDA, 2010, p.106).

Os dados que levaram ao diagnóstico foram: nutrição prejudicada relacionada basicamente à incapacidade de ingerir alimentos, além da relação com o processo infeccioso e das lesões causadas pela candidíase oral e, principalmente, pela diarreia.

4.2.2 Ocorrência dos Diagnósticos de Enfermagem do Domínio Enfrentamento e Tolerância ao Estresse em pessoas com HIV/aids

O domínio enfrentamento e tolerância ao estresse refere-se ao lidar com eventos e processos de vida. Os diagnósticos de enfermagem encontrados nesse domínio foram: risco de resiliência comprometida (100% dos pacientes do estudo), comportamento de saúde propenso a risco (43,3%), negação ineficaz (10,0%) e ansiedade (6,7%). Os diagnósticos de enfermagem reais desse domínio estão apresentados com suas respectivas características definidoras e fatores relacionados na tabela 5 a seguir.

Tabela 5

Diagnósticos de enfermagem reais, características definidoras, fatores relacionados do domínio Enfrentamento e tolerância ao estresse em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011 (N=30)

Diagnóstico	n	%	Fator Relacionado	F	%	Características definidoras	f	%
COMPORTAMENTO DE SAÚDE PROPENSO A RISCO	13	43,3	Atitude negativa em relação aos cuidados de saúde	13	43,3	Não consegue agir de forma a prevenir problemas de saúde	12	40
			Baixa condição econômica	13	43,3	Demonstra não aceitação da mudança do estado de saúde	1	3,3
			Compreensão inadequada	13	43,3			
			Excesso de álcool Tabagismo	13 13	43,3 43,3			
NEGAÇÃO INEFICAZ	3	10,0	Falta de controle sobre a situação de vida	3	10,0	Recusa assistência à saúde, em detrimento da mesma.	2	6,7
						É incapaz de admitir o impacto da doença no padrão de vida	1	3,3
ANSIEDADE	2	6,7	Situação econômica Mudança no estado de saúde	1	3,3	Apreensivo	2	6,7
				1	3,3	Ansioso	2	6,7
					Preocupado	2	6,7	
					Insônia	2	6,7	

Comportamento de saúde propenso a risco

Identificamos o diagnóstico de enfermagem comportamento de saúde propenso a risco em 43,3% dos pacientes do estudo e este foi relacionado à atitude negativa aos cuidados de saúde, baixa condição econômica, compreensão inadequada, excesso de álcool e tabagismo. Segundo NANDA-I (2010, p.269), refere-se à “incapacidade de modificar estilo de vida/comportamento de forma compatível com mudanças no estado de saúde”.

As pessoas que vivem com HIV/aids enfrentam diversas situações que predizem comportamentos de riscos, como o viver com uma doença crônica e debilitante, enfrentar os sinais e sintomas das infecções oportunistas, o estigma da doença, os efeitos colaterais da terapia antirretroviral, além da preocupação da transmissão do vírus HIV. Com a dificuldade de enfrentamento da doença, podem recorrer ao uso do álcool e drogas ilícitas, ao isolamento social e surgir conflitos emocionais significativos com manifestações de sentimentos que podem estar relacionados com os sintomas de depressão que podem aumentar o risco de suicídio (CARRICO *et al.*, 2007).

Negação Ineficaz

O diagnóstico de enfermagem negação ineficaz encontrado em 10,0% dos participantes do estudo é definido pelo NANDA-I (2010, p.286) como a “reação à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo.” Nos participantes do estudo, foi relacionado à falta de controle sobre a situação de vida.

Atitudes de negação são comumente observadas em pessoas que vivem com HIV/aids pelas representações construídas no início da epidemia de doença contagiosa, incurável e mortal. Outras doenças como diabetes, hipertensão arterial são doenças crônicas e, para controle delas, é necessário o uso constante de medicamentos, como a aids, mas a diferença é que não são transmitidas por via sexual. Entretanto, a hepatite é transmitida através da relação sexual, mas não é uma doença marcada pelo preconceito e discriminação como a aids. Portanto a negação é o medo de revelar para a sociedade a condição de ser portador do vírus HIV (MENDES, 2004).

Ansiiedade

O diagnóstico de enfermagem ansiedade foi encontrado em 6,7% dos participantes do estudo e foi relacionado à situação econômica e mudança no estado de saúde e caracterizado por manifestações de preocupação, ansiedade e insônia.

É definido pela NANDA-I como:

vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica, sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para o perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com ameaças (NANDA, 2010, p.264).

Risco de Resiliência comprometida

O diagnóstico de enfermagem risco de resiliência comprometida é definido pela NANDA-I (2010, p.296) como “risco de redução da capacidade de manter um padrão de reações positivas a uma situação ou crise adversa” e foi encontrado em 100% dos participantes do estudo e foi considerado como fator de risco a própria infecção pelo vírus HIV.

A enfermagem deve atuar na educação das pessoas que vivem com HIV/aids, preenchendo e ampliando condições para um melhor enfrentamento da doença, das infecções oportunistas, do estigma de ser portador do vírus HIV. Deve também realizar intervenções

com vistas à compreensão da vulnerabilidade nas suas três dimensões: individual, social e programática e oferecer à pessoa que vive com HIV/aids alternativas para enfrentar as adversidades do dia a dia.

4.2.3 Ocorrência dos Diagnósticos de Enfermagem do Domínio Princípios de vida em pessoas com HIV/aids

O domínio princípios de vida refere-se aos “princípios que subjazem à conduta, ao pensamento e ao comportamento em relação a atos, costumes ou instituições, entendidos como verdadeiros ou com valor intrínseco” (NANDA, 2010, p. 398).

O diagnóstico de enfermagem real encontrado neste domínio no estudo está apresentado na tabela 6.

Tabela 6

Diagnóstico de enfermagem real, características definidoras, fator relacionado do domínio Princípios de vida em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011 (N=30)

Diagnóstico	n	%	Fator Relacionado	F	%	Características definidoras	f	%
FALTA DE ADESÃO	10	33,3	Conhecimento relevante para o comportamento do regime de tratamento	10	33,3	Comportamento indicativo de falta de aderência	10	33,3
						Evidências de desenvolvimento de complicações	10	33,3

Falta de Adesão

O diagnóstico de enfermagem falta de adesão é definido pela NANDA-I (2010, p. 320) como

o comportamento de uma pessoa ou cuidador que deixa de coincidir com um plano de promoção da saúde ou terapêutico acordado entre a pessoa e o profissional de saúde. Na presença de um plano de promoção de saúde ou terapêutico acordado, o comportamento da pessoa ou do cuidador é total ou parcialmente não aderente e pode levar a resultados clinicamente não efetivos ou parcialmente efetivos.

Este foi encontrado em 33,3% dos participantes do estudo e foi relacionado ao conhecimento relevante para o comportamento do regime de tratamento. A adesão ao

tratamento é considerada um dos maiores desafios à assistência às pessoas que vivem com o HIV/aids. A falta de adesão à terapia antirretroviral implica não apenas problema individual, mas também de saúde pública pela progressão da doença e resistência viral (SILVA, 2004).

Corroboramos com estudo que considera a importância de conhecer os aspectos socioculturais envolvidos na adesão medicamentosa para elaborar um plano de cuidados. Não podemos negligenciar a importância da terapêutica medicamentosa para as pessoas que vivem com HIV/aids. Desse modo, o enfermeiro deve assumir o papel de educador na construção da compreensão do paciente sobre o seu tratamento (COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO, 2006).

O diagnóstico de enfermagem de bem-estar encontrado neste domínio no estudo está apresentado na tabela 7.

Tabela 7

Diagnóstico de enfermagem de bem-estar, características definidoras, do domínio Princípios de vida em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011 (N=30)

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Características definidoras	F	%
DISPOSIÇÃO PARA O BEM-ESTAR ESPIRITUAL AUMENTADO	3	10,0	Participação em atividades religiosas	3	10,0
			Ouve músicas	3	10,0
			Lê Literatura espiritual	3	10,0

Disposição para o bem-estar espiritual aumentado

O diagnóstico de enfermagem disposição para o bem-estar espiritual aumentado refere-se à “capacidade de experienciar e integrar significado e objetivo à vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com outros, arte, música, literatura, natureza e/ou com ser maior que pode ser aumentada” (NANDA, 2010, p. 312). Este foi identificado em 10,0% dos participantes do estudo. Segundo os relatos dos pacientes, a religião é considerada um suporte para enfrentar a doença, a busca de uma melhor compreensão e apoio emocional.

O estudo de Seidl *et al.* (2005) afirma que, após uso dos medicamentos antirretrovirais, ocorre um aumento da expectativa de vida das pessoas que vivem com HIV/aids e o caráter de cronicidade prevê o seguimento dos doentes a longo prazo. O que implica a avaliação do paciente não apenas sob o ponto de vista biológico, mas também a abordagem dos aspectos psicossociais e psicoespirituais. A pessoa que vive com HIV/aids

tem a percepção de não ter o controle da doença, por se tratar de uma doença sem cura e muito temida pela população, principalmente pelo estigma associado e, em busca de enfrentamento, muitos recorrem à religiosidade em busca de bem-estar emocional, melhor aceitação da doença e alívio do medo perante a incerteza da morte (FARIA; SEIDL, 2006).

4.2.4 Ocorrência dos Diagnósticos de Enfermagem do Domínio Segurança e Proteção em pessoas com HIV/aids

A tabela 8 apresenta os diagnósticos de enfermagem reais do domínio segurança e proteção nas pessoas vivendo com HIV/aids do estudo.

Tabela 8

Diagnósticos de enfermagem reais, características definidoras, fatores relacionados do domínio Segurança e Proteção em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011 (N=30).

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Fator Relacionado	f	%	Características definidoras	f	%
PROTEÇÃO INEFICAZ	30	100	Distúrbios imunológicos	30	100	Deficiência da imunidade	30	100
MUCOSA ORAL PREJUDICADA	12	40,0	Comprometimento Imunológico	12	40,0	Desconforto oral	12	40,0
						Dificuldades para comer	12	40,0
						Dificuldades para engolir	12	40,0
						Lesões orais	12	40,0
						Placas esbranquiçadas	12	40,0
						Presença de vesículas	12	40,0
HIPERTERMIA	7	23,3	Doença	7	23,3	Aumento da temperatura corporal acima dos parâmetros normais	7	23,3
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	6	20,0	Déficit imunológico	6	20,0	Tecido lesado	6	20,0
			Imobilização física	4	13,3			
			Estado nutricional desequilibrado	1	3,3			
DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VIAS AÉREAS	1	3,3	Infecção	1	3,3	Sons respiratórios diminuídos	1	3,3
						Dispneia	1	3,3
DENTIÇÃO PREJUDICADA	1	3,3	Conhecimento deficiente a respeito da saúde bucal	1	3,3	Excesso de tártaro	1	3,3
			Déficits nutricionais	1	3,3	Falta de alguns dentes	1	3,3
			Falta de acesso a cuidados profissionais	1	3,3	Halitose	1	3,3
			Hábitos alimentares	1	3,3	Placa excessiva	1	3,3
			Higiene oral ineficaz	1	3,3			
			Uso crônico de tabaco	1	3,3			

Proteção Ineficaz

A NANDA-I (2010, p.342) conceitua proteção ineficaz como: “Diminuição na capacidade de proteger-se de ameaças internas ou externas como doenças ou lesões”. O diagnóstico de enfermagem proteção ineficaz foi encontrado em 100% dos participantes do estudo e este era esperado em todos os participantes, já que se trata de um estudo cuja população fora constituída por pessoas com deficiência de imunidade.

O fator relacionado distúrbios imunológicos foi encontrado em todos os participantes, o que também era esperado, uma vez que todos os participantes são portadores do vírus HIV. No leucograma e no hemograma, foram observados perfis sanguíneos alterados em 43,3% dos participantes do estudo, além da diminuição dos linfócitos CD4. Este diagnóstico foi caracterizado pela deficiência da imunidade.

Essa alta frequência foi identificada em outro estudo, cujos sujeitos foram pessoas que vivem com HIV/aids, com foco na identificação dos diagnósticos de enfermagem (SILVA *et al.*, 2009).

Mucosa Oral Prejudicada

O diagnóstico de enfermagem mucosa oral prejudicada é definido pela NANDA-I (2010, p.339) como “lesões nos lábios e tecidos moles da cavidade oral” e foi identificado em 40% dos pacientes. Apresentou como fatores relacionados o comprometimento imunológico e foi caracterizado pela presença de vesículas e desconforto oral. Acreditamos que as lesões causadas pela candidíase oral podem ter influenciado a presença desse diagnóstico de enfermagem, por tratar-se da infecção fúngica oportunista mais comum nas pessoas que vivem com HIV/aids.

Alguns fatores contribuem para o aparecimento de lesões orais como: redução dos linfócitos CD4 (inferior a 200 células/mm³), aumento da carga viral (superior a 3.000 cópias/ml), condições precárias de higiene, xerostomia e tabagismo (SHETTI; GUPTA, 2011).

Hipertermia

Hipertermia refere-se à “temperatura corporal elevada acima dos parâmetros normais” (NANDA, 2010, p.367). Esta resposta humana foi identificada em 23,3% da população

estudada. A hipertermia é um diagnóstico de enfermagem comum em pessoas que vivem com HIV/aids devido à própria infecção pelo HIV, por complicações infecciosas como tuberculose, pneumonia bacteriana, citomegalovírus, leishmaniose, pneumocistose, toxoplasmose, criptococose e outras não infecciosas como neoplasias e artropatias inflamatórias. A febre pode não estar associada diretamente à aids como na endocardite bacteriana do usuário de drogas endovenosas e na hipersensibilidade de medicamentos (VOLTARELI, 1994).

Integridade da Pele Prejudicada

No que diz respeito ao diagnóstico de enfermagem integridade da pele prejudicada, que é definido como “epiderme ou derme alterada” (NANDA, 2010, p.333), foi identificado em 20,0% dos pacientes e estava relacionado ao fator imunológico, imobilização física e estado nutricional desequilibrado.

Estudo indica que ocorre aumento da gravidade das dermatoses com a progressão da imunossupressão. A introdução da terapia antirretroviral em meados dos anos 90 tem repercutido na apresentação e na evolução das dermatoses das pessoas que vivem com HIV/aids, podendo desencadear o desaparecimento de lesões cutâneas, prevenir doenças oportunistas mais graves e recuperação parcial do sistema imunológico (CARDOSO *et al.*, 2002).

Neste contexto, como cuidado de enfermagem, devemos reforçar a importância da terapêutica medicamentosa para esses pacientes, inserindo-os no processo de cuidado como participantes ativos na redução da sua vulnerabilidade com atitudes voltadas para promoção da saúde (SILVA, 2004).

Desobstrução Ineficaz das vias aéreas

No instrumento de coleta de dados (Anexo A), no item exame físico e informações relevantes sobre órgãos e sistemas na abordagem do paciente nos aspectos psicobiológicos, a necessidade de oxigenação/respiração, foram avaliados os seguintes dados: frequência respiratória, tosse, ausculta pulmonar, expansão torácica, suporte de oxigênio e outras informações relevantes na avaliação do paciente. Esses dados contribuíram para a identificação do diagnóstico de enfermagem desobstrução ineficaz das vias aéreas encontrado em 3,3% dos pacientes e refere-se à “incapacidade de eliminar secreções ou obstruções do

trato respiratório para manter uma via aérea desobstruída”. A causa para esse diagnóstico refere-se à infecção.

A respiração é uma atividade essencial para a vida humana, portanto a enfermagem deve avaliar de forma criteriosa os sinais e sintomas, bem como os fatores relacionados e de risco associados às alterações do sistema respiratório, a fim de identificar os diagnósticos de enfermagem prioritários que contemplem a real necessidade de cuidado do paciente (ALMEIDA *et al.*, 2011).

As doenças respiratórias são associadas às principais causas de morte por aids e as infecções mais frequentes são a tuberculose, pneumonias e pneumocistose. Tais manifestações ocorrem geralmente em pacientes desnutridos e imunodeprimidos (COSTA, 2011). Desse modo, devemos considerar a manutenção de ingestão suficiente de ar como requisito universal do autocuidado relevante para as pessoas que vivem com HIV/aids.

Dentição Prejudicada

O diagnóstico de enfermagem dentição prejudicada é definido pela NANDA-I (2010, p.331) como “distúrbios na integridade estrutural dos dentes de um indivíduo” e foi encontrado em 3,3% dos participantes do estudo. Destacamos os seguintes fatores relacionados: conhecimento deficiente a respeito da saúde bucal, déficits nutricionais, falta de acesso a cuidados profissionais, hábitos alimentares, higiene oral ineficaz e uso crônico de tabaco. Tais causas podem ser atribuídas ao baixo padrão socioeconômico e educacional dos pacientes do estudo.

A dentição do paciente foi avaliada, verificando a presença de halitose, excesso de tártaro, falta de alguns dentes e placa excessiva. São características importantes e que merecem intervenções da enfermagem, pois interferem no estado nutricional e também podem contribuir para a instalação de um foco infeccioso na cavidade oral das pessoas que vivem com HIV/aids.

A tabela 9 apresenta os diagnósticos de enfermagem de risco nas pessoas que vivem com HIV/aids do domínio segurança e proteção.

Tabela 9

Diagnósticos de enfermagem de risco e fatores de risco do domínio Segurança e Proteção em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011 (N=30)

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Fator de Risco	f	%
RISCO DE INFECÇÃO	30	100	Procedimentos invasivos	24	80,0
			Defesas primárias inadequadas	17	56,6
			Defesas secundárias inadequadas	25	83,3
			Desnutrição	7	23,3
			Imunossupressão	30	100
RISCO PARA TRAUMA VASCULAR	25	83,3	Natureza da solução	25	83,3
			Duração do tempo da inserção	9	30,0
RISCO DA INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	12	40,0	Imobilização física	11	36,7
			Circulação prejudicada	11	36,7
			Fatores imunológicos	12	40,0
			Estado nutricional desequilibrado	7	23,3
RISCO DE QUEDA	7	23,3	Mobilidade física prejudicada	7	23,3
RISCO DE ASPIRAÇÃO	3	10,0	Alimentação por Sonda	3	10,0
			Nível de consciência reduzido	3	10,0
RISCO DE SUICÍDIO	3	10,0	Doença física	3	10,0
			Isolamento social	3	10,0

Os diagnósticos de risco descrevem as condições de saúde/processos vitais que podem se desenvolver em um indivíduo, família ou comunidade e são sustentados por fatores de risco que contribuem para a vulnerabilidade (NANDA, 2010). Seis diagnósticos de risco foram identificados nesse domínio: risco de infecção (100,0%), risco de trauma vascular (83,3%), risco da integridade da pele prejudicada (40,0%), risco de queda (23,3%), risco de aspiração (10,0%) e risco de suicídio (10,0%).

Risco de Infecção

O diagnóstico risco de infecção é definido como: “risco de ser invadido por microrganismos patogênicos” (NANDA, 2010, p.329). O mesmo esteve presente em todos os pacientes que vivem com HIV/aids que participaram do estudo e os fatores de risco predominantes foram procedimentos invasivos e defesas primárias e secundárias inadequadas, desnutrição e imunossupressão.

As pessoas vivendo com HIV/aids são potencialmente uma população de maior risco de infecção quando comparada a outros grupos de pacientes hospitalizados. O uso de dispositivos venosos centrais e periféricos para o uso drogas endovenosas, a sondagem vesical

de demora e a propensão do ambiente hospitalar, a alta população de microrganismos que podem ser resistentes aos antibióticos são fatores que podem contribuir para o aparecimento de infecção, além da permanência prolongada nas instituições hospitalares e da doença em fase sintomática (aids). Desse modo, é um diagnóstico de enfermagem que merece atenção especial (PADOVEZE, 2004).

Considerando-se que as pessoas que vivem com HIV/aids têm um comprometimento do sistema imunológico e, geralmente, necessitam ser hospitalizadas com frequência, apresentam um risco aumentado para o diagnóstico de enfermagem risco de infecção.

Risco para trauma vascular

O diagnóstico risco de trauma vascular é definido como “risco de trauma a veia e tecidos ao redor relacionado à presença de cateter e/ ou soluções infundidas” (NANDA, 2010, p.348). A presença de lesões vasculares em decorrência do acesso venoso periférico ou central para o uso de drogas endovenosas conduziu ao diagnóstico de enfermagem risco de trauma vascular em 83,3% dos pacientes que vivem com HIV/aids no estudo. Este pode resultar-se da maneira como determinado sítio de um vaso é puncionado e da forma como o complexo punção/ infusão é removido.

Em estudo que aborda os mecanismos de vulnerabilidade e os fatores de risco para o diagnóstico de enfermagem risco para trauma vascular, foram identificados: a medicação, periodicidade de infusão, cateter intravascular e permanência num mesmo sítio de inserção, fixação do cateter intravascular. Além dos fatores de risco a respeito do indivíduo, seus hábitos, padrão comunicacional, estilo de vida, capacidade sensório-motora. Destaca ainda as decisões profissionais, política institucional e o procedimento propriamente dito (SENA; CARVALHO, 2009).

Risco da integridade da pele prejudicada

O diagnóstico risco de integridade da pele prejudicada, ou seja, “risco de a pele ser alterada de forma adversa” (NANDA, 2010, p.334) foi encontrado em 40,0% dos participantes do estudo. Este diagnóstico apresentou como fator de risco externo a imobilização física e como fatores internos a circulação prejudicada, fatores imunológicos e estado nutricional desequilibrado.

A prevenção e a detecção precoce da presença de risco de lesão são aspectos importantes do cuidado de enfermagem às pessoas que vivem com HIV/aids, considerando-se ainda que uma condição de risco de integridade da pele prejudicada pode evoluir para múltiplas situações de respostas humanas, como risco de infecção, dor aguda, dor crônica, baixa autoestima, medo, ansiedade e outras (MALAQUIAS; BACHION; NATAKANI, 2008).

Risco de Quedas

O diagnóstico de enfermagem risco de quedas é definido pela NANDA-I como “susceptibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico”. Este foi encontrado em 23,3% dos pacientes do estudo. Os fatores de risco compreendem os ambientais, cognitivos, fisiológicos e medicamentos (NANDA, 2010, p.343).

As pessoas do estudo que vivem com HIV/aids apresentaram associação com os fatores de risco para quedas devido ao comprometimento neurológico causado por algumas doenças oportunistas como neurotoxoplasmose, citomegalovírus e criptococose do sistema nervoso central. Além do comprometimento do estado geral nos casos de diarreia e anemia que implica a dificuldade para movimentar-se e pode gerar o risco aumentado para quedas.

Risco de Aspiração

O diagnóstico de enfermagem risco para aspiração refere-se ao “risco de entrada de secreções gastrointestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas” (NANDA, 2010, p. 330). Este foi encontrado em 10,0% dos pacientes do estudo e foram considerados os seguintes fatores de risco: alimentação por sonda e nível de consciência reduzida.

Em estudo sobre as complicações da terapia da nutrição enteral e os fatores associados em pacientes hospitalizados, Figueiredo (2011) relaciona a aspiração do conteúdo gástrico e ou da dieta para árvore brônquica aos vômitos, refluxos, retardo do esvaziamento gástrico, saída não programada da sonda. Destaca ainda que a dieta deve ser infundida pelo método contínuo com o intuito de controlar o gotejamento mais lento e fornecer volumes reduzidos da dieta, favorecendo um melhor esvaziamento gástrico e tolerância da dieta e melhor absorção dos nutrientes e contribuindo para minimizar os riscos de aspiração.

Risco de Suicídio

O diagnóstico de enfermagem risco de suicídio é definido como “risco de lesão autoinfligida que ameaça a vida” (NANDA, 2010, p.352) e foi encontrado em 10,0% dos pacientes do estudo. Os fatores de risco para suicídio identificados nos pacientes que vivem com HIV/aids foram: doença física e isolamento social.

Além dos danos físicos causados pela epidemia, os portadores do HIV/aids deparam-se também com o impacto das perdas, tanto de natureza biológica e psicológica como sociocultural. Podem advir conflitos emocionais significativos como a manifestação de sentimentos, atitudes, expressões sinalizadas ou verbalizadas pelos pacientes portadores de HIV/aids que podem estar relacionados com sintomas de depressão e aumentar o risco de suicídio (MALBERGIER; SCHÖFFEL, 2001).

Os sintomas depressivos observados nos pacientes portadores do HIV/aids podem estar associados a fatores como: a descoberta da infecção, início dos sintomas físicos, progressão da doença e das limitações por ela impostas e as questões psicossociais, a invasão do sistema nervoso central pelo HIV, por infecções oportunistas ou por tumores intracranianos, desencadeamento de episódios depressivos em populações vulneráveis, como os homossexuais e usuários de drogas injetáveis (MALBERGIER; SCHÖFFEL, 2001). Assim, sinais de depressão podem ser comumente observados em pacientes infectados pelo HIV, merecendo uma investigação sistemática de sintomas depressivos nessa população.

4.2.5 Ocorrência dos Diagnósticos de Enfermagem do Domínio Promoção da Saúde em pessoas com HIV/aids

A tabela 10 apresenta a distribuição do diagnóstico de enfermagem de bem-estar do domínio promoção da saúde nas pessoas que vivem com HIV.

Tabela 10

Diagnóstico de enfermagem de bem-estar, características definidoras, do domínio Promoção da Saúde em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011 (N=30)

Diagnóstico de Enfermagem	N	%	Características definidoras	f	%
DISPOSIÇÃO PARA O CONTROLE AUMENTADO DO REGIME TERAPÊUTICO	5	16,7	Expressa pouca dificuldade com o regime de tratamento prescrito	5	16,7
			Não há aceleração inesperada dos sintomas da doença	5	16,7
			Expressa desejo de controlar a doença	5	16,7

O diagnóstico de enfermagem disposição para o controle aumentado do regime terapêutico refere-se “ao padrão de regulação e integração a vida diária de um programa de tratamento de doenças e sequelas que é suficiente para alcançar os objetivos relacionados à saúde e que pode ser reforçado” (NANDA, 2010 p.85). Este foi identificado em 16,7% dos participantes do estudo.

O conceito de promoção da saúde não fica restrito à ausência de doença e o seu foco extrapola a prestação de serviços clínicos assistenciais e suas ações dependem da melhoria das condições do ambiente, da moderação dos comportamentos de riscos, renda, trabalho, alimentação, lazer e outros determinantes sociais (SICOLI; NASCIMENTO, 2003).

Para a promoção da saúde, é preciso que o propósito das políticas públicas esteja direcionado para a criação de ambientes físicos e sociais favoráveis. As ações coletivas não excluem as responsabilidades individuais dos efeitos deletérios dos hábitos de vida que afetam a saúde como: o tabagismo, alcoolismo, drogas, hábitos alimentares (CARVALHO, 2004).

4.2.6 Ocorrência dos Diagnósticos de Enfermagem do Domínio Atividade e Repouso em pessoas com HIV/aids

Neste domínio, encontramos os diagnósticos de enfermagem reais apresentados na tabela 11:

Tabela 11

Diagnósticos de enfermagem reais, características definidoras, fatores relacionados do domínio Atividade e Repouso em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011 (N=30)

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Fator Relacionado	f	%	Características definidoras	f	%
DÉFICIT DO AUTOCUIDADO PARA O BANHO	16	53,3	Dor	9	30,0	Incapacidade de lavar e secar o corpo	16	53,3
			Fraqueza	9	30,0			
			Prejuízo neuromuscular	7	23,3			
			Prejuízo cognitivo	1	3,3			
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	16	53,3	Dor	8	26,7	Capacidade limitada para desempenhar habilidades motoras grossas	14	46,7
			Fraqueza	8	26,7	Dispneia	2	6,7
			Força muscular diminuída	8	26,7			
			Prejuízo neuromuscular	5	16,7			
			Ansiedade	2	6,7			
			Intolerância à atividade	1	3,3			
INSÔNIA	12	40,0	Desconforto físico (dor)	7	23,3	Relata dificuldade de permanecer dormindo	12	40,0
			Depressão	5	16,7			
PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	10	33,3	Falta de privacidade/controlado do sono	10	33,3	Relato de dificuldade para dormir	10	33,3
			Mobiliário estranho para dormir	2	6,7			
DÉFICIT DO AUTOCUIDADO PARA HIGIENE ÍNTIMA	8	26,7	Dor	5	16,7	Incapacidade de chegar ao vaso sanitário ou cadeira higiênica	8	26,7
			Fraqueza	5	16,7			
			Prejuízo neuromuscular	3	10,0			
DÉFICIT DO AUTOCUIDADO PARA ALIMENTAÇÃO	8	26,7	Prejuízo neuromuscular	5	16,7	Incapacidade de ingerir alimentos de forma segura	5	16,7
			Diminuição da motivação	2	6,7	Incapacidade de levar alimentos de um recipiente à boca	1	3,3
			Fraqueza	2	6,7	Incapacidade de ingerir alimentos suficientes	1	3,3
			Dor	1	3,3	Incapacidade de engolir alimentos	1	3,3
DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA	7	23,3	Dor	7	23,3	Capacidade prejudicada para percorrer as distâncias necessárias	7	23,3
			Equilíbrio prejudicado	7	23,3			
			Força muscular insuficiente	7	23,3			
			Prejuízo neuromuscular	2	6,7			
DÉFICIT DO AUTOCUIDADO PARA VESTIR-SE	5	16,7	Fraqueza	3	10,0	Capacidade prejudicada de colocar itens do vestuário	5	16,7
			Prejuízo neuromuscular	3	10,0			
ATIVIDADE DE RECREAÇÃO DEFICIENTE CONTINUA	3	10,0	Ausência de atividade de recreação no ambiente	3	10,0	Relato de enfado	3	10,0

MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	2	6,7	Prejuízo neuromuscular			Dificuldade para virar-se	2	6,7
						Capacidade limitada para desempenhar habilidades motoras grossas	2	6,7
						Movimentos não coordenados	2	6,7
INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE	1	3,3	Fraqueza generalizada	1	3,3	Desconforto aos esforços	1	3,3
						Resposta anormal da pressão sanguínea à atividade	1	3,3

Déficit do autocuidado para o banho/ Déficit do autocuidado para a higiene íntima/ Déficit do autocuidado para vestir-se e déficit do autocuidado para a alimentação

Na avaliação do cuidado corporal, identificamos os diagnósticos de enfermagem déficit do autocuidado para banho em 53,3% dos pacientes; déficit do autocuidado para higiene íntima em 26,7%; déficit do autocuidado para alimentação em 26,7%; e déficit do autocuidado para vestir-se em 16,7%. Esses diagnósticos são definidos como “a capacidade prejudicada para realizar ou completar tais atividades” (NANDA, 2010) e foram relacionados a dor, fraqueza e prejuízo neuromuscular nos participantes do estudo.

Os diagnósticos de enfermagem de déficit do autocuidado reforçam a importância da avaliação da capacidade funcional das pessoas que vivem com HIV/aids pela enfermagem, a fim de contribuir no processo educativo e de reabilitação dos pacientes.

Insônia e Padrão do Sono Prejudicado

O diagnóstico de enfermagem insônia é definido pela NANDA-I (2010, p.139) como “distúrbio na quantidade e na qualidade do sono que prejudica o funcionamento normal de uma pessoa”. Este foi encontrado em 40,0% dos participantes do estudo e foi relacionado ao desconforto físico, depressão e ansiedade.

Já o diagnóstico de enfermagem padrão do sono prejudicado refere-se a “interrupções da quantidade e da qualidade do sono, limitadas pelo tempo, decorrentes de fatores externos.” (NANDA, 2010, p. 142). No estudo, este diagnóstico foi identificado em 33,3% dos pacientes e relacionado à falta de controle do sono e mobiliário estranho para dormir.

Em estudo da análise sistemática da insônia nas pessoas com HIV/aids, os resultados mostram que a principal causa são os fatores psicológicos e podem ser associados à ansiedade e depressão. Apesar de o uso de álcool e drogas ilícitas ter efeito perturbador do sono, poucos estudos têm considerado seu efeito nas pessoas com HIV/aids e, apesar do efeito adverso relatado com frequência à terapia antirretroviral, poucos estudos associam o risco da insônia a esses medicamentos (REID; DWYER, 2005).

Mobilidade Física Prejudicada / Deambulação prejudicada/ Mobilidade no leito prejudicada/ e Intolerância à atividade

Na avaliação dos exercícios e atividades físicas, identificamos os diagnósticos de enfermagem mobilidade física prejudicada em 53,3%; deambulação prejudicada em 23,3%; mobilidade no leito prejudicada em 6,7% e intolerância à atividade em 3,3%. As alterações neurológicas são consideradas causas importantes para esses diagnósticos que implicam problemas na marcha que podem gerar um risco aumentado para quedas.

Estudo sobre as manifestações neurológicas em pessoas com HIV/aids descreve que estas ocorrem por ação direta do vírus no cérebro por infecções oportunistas como a neurotoxoplasmose, tuberculose, meningite para criptococose, citomegalovírus, além das neoplasias (ÁLVAREZ; AFONSO; HERRERA, 2009).

Durante a fase terminal, o paciente pode apresentar um comprometimento neurológico que pode levar à perda de memória, dificuldades de locomoção, comprometimento da coordenação motora fina. Tal incidência aumenta com a diminuição dos linfócitos CD4 (ÁLVAREZ; AFONSO; HERRERA, 2009).

Atividade de Recreação deficiente

Na necessidade de recreação, identificamos o diagnóstico de enfermagem atividade de recreação deficiente em 10,0% dos participantes do estudo. Segundo NANDA-I (2010, p.152), “é a estimulação diminuída em atividades de recreação ou de lazer” e foi relacionado à ausência de atividades de recreação no ambiente em consequência da própria hospitalização.

Risco de Choque

O diagnóstico de risco encontrado neste domínio foi o risco de choque, identificado em 13,3% dos participantes do estudo. NANDA- I (2010, p.161) define como “risco de fluxo sanguíneo inadequado aos tecidos do corpo, capaz de levar à disfunção celular, com risco de vida.” E foi considerado fator de risco para sepse.

4.2.7 Ocorrência dos Diagnósticos de Enfermagem do Domínio Conforto em pessoas com HIV/aids

No domínio conforto, identificamos os diagnósticos de enfermagem reais apresentados na tabela 12 a seguir.

Tabela 12

Diagnósticos de enfermagem reais, características definidoras, fatores relacionados do domínio Conforto em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011 (N=30)

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Fator Relacionado	F	%	Características definidoras	f	%
DOR AGUDA	16	53,3	Agentes biológicos	16	53,3	Relato verbal de dor	14	47
						Expressão facial de dor	2	6,7
NÁUSEA	2	6,7	Irritação gástrica	2	6,7	Relato de náusea	2	6,7
						Aversão à comida	2	6,7

Dor Aguda

A dor é uma experiência desagradável sensorial, emocional e mental, associada a reações psicológicas e comportamentais provocadas por um dano tecidual aparente ou não, mais frequente nas situações inflamatórias, traumáticas, invasivas ou isquêmicas (ALMEIDA *et al.*, 2011; NANDA, 2010).

Dor aguda tem início súbito e lento, de intensidade leve e intensa, com término previsível e duração de até seis meses, tendo como fatores relacionados os agentes lesivos biológicos, químicos, físicos ou psicológicos (ALMEIDA *et al.*, 2011; NANDA, 2010). Este diagnóstico de enfermagem esteve presente em 53,3% dos participantes do estudo.

O enfermeiro, ao avaliar os sinais e sintomas de dor, deve considerar a individualidade do sujeito ao realizar o planejamento de cuidados. Devemos considerar também que o sintoma de dor é contemplado em outros diagnósticos de enfermagem como fator relacionado (SILVA; LUCENA, 2011).

No caso das pessoas que vivem com HIV/aids, a dor pode ser associada a diversos fatores como complicações infecciosas, efeitos colaterais de medicamentos, a falta de apoio social, por ser uma doença que pode envolver simultaneamente vários órgãos e sistemas, o que predispõe o paciente a situações dolorosas (AIRES; BAMMANN, 2005).

Náusea

O diagnóstico de enfermagem náusea, segundo NANDA-I (2010, p. 377), “é uma sensação subjetiva desagradável, semelhante a uma onda, na parte de trás da garganta, no epigástrico ou no abdome, que pode levar ao impulso ou necessidade de vomitar.” Este foi encontrado em 6,7% dos pacientes do estudo, tem como fator relacionado à irritação gástrica.

No estudo de Anastasi e Capili (2011), náuseas são associadas aos efeitos colaterais do uso dos antirretrovirais e tal manifestação interfere na aderência ao tratamento e qualidade de vida das pessoas com HIV/aids.

4.2.8 Ocorrência dos Diagnósticos de Enfermagem do Domínio Autopercepção em pessoas com HIV/aids

Risco de Solidão

O diagnóstico de enfermagem risco de solidão refere-se “ao risco de vivenciar desconforto associado a um desejo ou necessidade de mais contato com outros” (NANDA, 2010, p.214). Este foi identificado em 16,7% dos pacientes que apresentaram como fatores de risco o isolamento físico e isolamento social.

A necessidade de gregária/amor é o processo dinâmico de troca de energia emocional e positiva entre as pessoas (HORTA, 1979). Considerando também um requisito universal descrito por Orem (1995) sobre o equilíbrio entre a solidão e a interação social, é importante a enfermagem identificar situações que possam apresentar esse sentimento de solidão, a fim de realizar intervenções que visem atender a estas questões.

Desse modo, como afirmam Botti *et al.* (2009), o diagnóstico da aids representa uma situação de crise ao descobrir ser portador de uma doença incurável, da qual decorrem mecanismos de enfrentamento de uma situação desconhecida como a negação, barganha, raiva, depressão, isolamento e aceitação. Tanto o paciente como seus familiares encontram dificuldades para o enfrentamento do diagnóstico e a enfermagem, junto com outros profissionais, deve oferecer apoio emocional e atuar com vistas à redução do preconceito e humanização das relações sociais.

4.2.9 Ocorrência dos Diagnósticos de Enfermagem do Domínio Sexualidade em pessoas com HIV/aids

Disfunção Sexual e Padrões de Sexualidade Ineficazes

Segundo NANDA-I (2010, p. 249), “disfunção sexual é o estado em que o indivíduo passa por mudança na função sexual, durante as fases de resposta sexual de desejo, excitação/ e ou orgasmo, que é vista como insatisfatória, não recompensadora e inadequada.” Já o diagnóstico de enfermagem padrões de sexualidade ineficazes refere-se “às expressões de preocupação quanto à própria sexualidade” (NANDA, 2010, p.251).

Os depoimentos dos pacientes quanto às alterações percebidas na sexualidade decorrentes da enfermidade, como a ausência de relação sexual após o conhecimento da infecção pelo HIV, a diminuição da libido, as limitações físicas impostas pela doença, o medo de contaminar o parceiro, sugeriram os diagnósticos de enfermagem reais disfunção sexual em 13,3% dos participantes do estudo e padrões de sexualidade ineficazes em 40,0% apresentados na tabela 13.

Tabela 13

Diagnósticos de enfermagem reais, características definidoras, fatores relacionados do domínio Sexualidade em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011 (N=30)

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Fator Relacionado	f	%	Características definidoras	f	%
PADRÕES DE SEXUALIDADE INEFICAZES	12	40	Doença ou tratamento	12	40	Alteração nas relações com pessoa significativa	12	40
						Dificuldades relatadas nas atividades sexuais	12	40
						Relato de mudanças nos comportamentos sexuais	12	40
DISFUNÇÃO SEXUAL	4	13,3	Alteração biopsicossocial da sexualidade			Verbalização do problema	4	13,3

A aids é uma doença marcada pelo preconceito, discriminação, o que implica a perda da qualidade de vida das pessoas que apresentam a doença. Considerando a sexualidade como um elemento determinante das relações sociais, o comprometimento da sexualidade pelos seus significados e representações em função da infecção pelo HIV limita a condição de as pessoas superarem o estigma que envolve a doença (SOUTO *et al.*, 2009). Neste contexto, ao cuidar de pessoas que vivem com HIV, é importante abordar questões relacionadas à sexualidade humana.

4.2.10 Ocorrência dos Diagnósticos de Enfermagem do Domínio Percepção e Cognição em pessoas com HIV/aids

No domínio percepção e cognição, identificamos os diagnósticos de enfermagem reais comunicação verbal prejudicada em 13,3% dos participantes do estudo, memória prejudicada em 10%, percepção sensorial visual perturbada em 6,7% e confusão aguda em 3,3%. Estes estão apresentados na tabela 14 a seguir:

Tabela 14

Diagnósticos de enfermagem reais, características definidoras, fatores relacionados do domínio Percepção/cognição em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011 (N=30)

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Fator Relacionado	f	%	Características definidoras	f	%
COMUNICAÇÃO VERBAL	4	13,3	Alteração do SNC	4	13,3	Dificuldade de expressar verbalmente os pensamentos	4	13,3
						Não consegue falar	3	10
MEMÓRIA PREJUDICADA	3	10	Distúrbios neurológicos	3	10	Experiência de esquecimento	3	10
PERCEPÇÃO SENSORIAL VISUAL PERTURBADA	2	6,7	Recepção sensorial alterada			Distorções sensoriais	2	6,7
						Mudança na acuidade sensorial	2	6,7
						Mudança na resposta usual aos estímulos	2	6,7
CONFUSÃO AGUDA	1	3,3	Delírio Abuso de álcool (abstinência)	1	3,3	Flutuação do nível de consciência	1	3,3
						1	3,3	Agitação aumentada

Comunicação verbal prejudicada

De acordo com NANDA-I (2010, p.201), o diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada é “a habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e usar um sistema de símbolos.”

Quanto à necessidade de comunicação, identificamos o diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada em 13,3% dos pacientes e apresentou como fator relacionado às alterações no sistema nervoso central e características definidoras mais frequentes a dificuldade de expressar verbalmente seus pensamentos e não consegue falar.

Considerando o processo comunicacional de extrema importância na interação enfermeiro e paciente, devemos procurar compreender os significados das manifestações verbais e não verbais dos pacientes com aids. Deste modo, os gestos, imagens, vestimentas, objetos e outros; são considerados elementos que se articulam com os processos de significação (PERUZZOLO, 2008).

Memória prejudicada

O diagnóstico de enfermagem memória prejudicada refere-se à “incapacidade de lembrar, recordar partes de informação ou habilidades comportamentais” (NANDA, 2010, p.199). Este foi encontrado em 10% dos pacientes e foi relacionado a alterações no SNC dos participantes do estudo.

Como afirma Christo (2010), o paciente portador do vírus HIV pode apresentar, ao longo do curso da doença, transtorno da função cognitiva, causando déficits de atenção, memória, rapidez no processamento das informações, capacidade de resolução de problemas e sintomas sensoriais e motores. Tais manifestações podem interferir no funcionamento social e ocupacional do paciente.

Percepção sensorial visual perturbada

Percepção sensorial é “a mudança na quantidade ou no padrão dos estímulos que estão sendo recebidos, acompanhados por resposta diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada a tais estímulos” (NANDA, 2010, p.187).

O diagnóstico de enfermagem percepção sensorial visual perturbada foi identificado em 6,7% dos participantes do estudo e baseou-se nos relatos dos pacientes com queixa da diminuição da acuidade visual e esta foi associada à infecção por citomegalovírus.

O citomegalovírus é um vírus da família herpesviridae. A transmissão pode ocorrer por infecção congênita, perinatal que se faz através de secreções do cérvix uterino e do leite materno. Saliva, urina, transfusões de sangue e órgãos transplantados podem transmitir o vírus. Na maioria dos casos, a infecção ocorre de forma benigna com poucas manifestações, porém, nas pessoas que vivem com HIV/aids ou com grave imunossupressão, pode manifestar-se com variados graus de gravidade como febre prolongada, leucopenia, alterações nas enzimas hepáticas e retinite (COLOMBRINI; MUCKE; FIGUEIREDO, 2000).

Manifestações oculares são consideradas comuns nas pessoas que vivem HIV/aids, como a retinite por citomegalovírus, toxoplasmose ocular, retinite do vírus varicela zoster, tumores como o sarcoma de Kaposi conjutival ou palpebral e os linfomas (ARRUDA; MUCCIOLI; BELFORT, 2004).

Estudo que compara os achados oftalmológicos antes do e após o uso da HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*- terapia antirretroviral com drogas altamente eficazes) observou a diminuição dos casos de retinite por citomegalovírus no período pós-HAART. Esses dados reforçam o cuidado de enfermagem para o incentivo da adesão medicamentosa (ARRUDA; MUCCIOLI; BELFORT, 2004).

Confusão Aguda

Já o diagnóstico de enfermagem confusão aguda é definido como “início abrupto de distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que ocorrem durante um breve período de tempo” (NANDA, 2010, p.190). Presente nos pacientes do estudo em decorrência do abuso de álcool e drogas e da síndrome da abstinência em resultado do período de hospitalização. Foram observados flutuação do nível de consciência e agitação aumentada.

Em pacientes dependentes de drogas, é comum o aparecimento da síndrome da abstinência com a interrupção abrupta do uso da substância. Os sinais e sintomas variam de pessoa para pessoa e podem ser confundidos com os de outros distúrbios mentais. Podem apresentar agitação, ansiedade, alterações do humor, tremores, taquicardia, entre outros (OPAS, 2006).

4.2.11 Ocorrência dos Diagnósticos de Enfermagem do Domínio Eliminação e Troca em pessoas com HIV/AIDS

Neste domínio, encontramos os diagnósticos de enfermagem reais: troca de gases prejudicada, eliminação urinária prejudicada, diarreia e constipação, que estão apresentados na tabela 15:

Tabela 15

Diagnósticos de enfermagem reais, características definidoras, fatores relacionados do domínio Eliminação e Troca em pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas. Clínica de

Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário no estado de Minas Gerais, março-setembro, 2011 (N=30).

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Fator Relacionado	f	%	Características definidoras	f	%
TROCA DE GAZES PREJUDICADA	10	33,3	Desequilíbrio na ventilação perfusão	10	33,3	Dispneia	10	33,3
						Respiração anormal	10	33,3
						Confusão	2	6,7
						Agitação	2	6,7
SONOLÊNCIA	2	6,7						
ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA	8	26,7	Infecção do trato urinário	8	26,7	Disuria	8	26,7
						Nocturia	1	3,3
DIARREIA	7	23,3	Processos infecciosos	4	13,3	Pelo menos três evacuações de fezes líquidas por dia	7	23,3
						Dor abdominal	7	23,3
						Efeitos adversos da medicação	2	6,7
Parasitas	1	3,3	7	23,3				
CONSTIPAÇÃO	7	23,3	Atividade física insuficiente	6	20	Dor abdominal	7	23,3
						Tensão emocional	1	3,3

Troca de gases prejudicada

O diagnóstico de enfermagem troca de gases prejudicada refere-se “ao excesso ou déficit na oxigenação e/ou na eliminação de dióxido de carbono na membrana alveolocapilar” (NANDA, 2010, p. 136). Este foi encontrado em 33,3% dos pacientes e apresentou como características definidoras a dispneia, respiração anormal, agitação e sonolência.

A manutenção de uma ingestão suficiente de ar é um dos requisitos do autocuidado e a enfermagem deve estar atenta para a monitorização da função respiratória do paciente.

Como afirma Carpenito (1997), a enfermagem deve realizar intervenções para proporcionar melhora da função respiratória do paciente e investigar situações que tenham interferência na mesma, como: o sono, o estado emocional, a nutrição, doenças respiratórias.

Eliminação urinária prejudicada

O diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada foi identificado em 26,7% das pessoas que vivem com HIV/aids do estudo e foi relacionado à infecção do trato urinário e caracterizado por disuria e nocturia. Considerando como fator de risco para infecção do trato urinário a deficiência da imunidade dos pacientes, ressaltamos a importância

do monitoramento dos linfócitos CD4 para verificar a progressão da imunodeficiência induzida pelo vírus HIV e a detecção precoce da doença renal (OKAFOR *et al.*, 2011).

Referente ao diagnóstico de enfermagem evidenciado em relação às eliminações urinárias, cabe ressaltar a importância do cuidado de enfermagem voltado para as ações de educação ao ensinar os pacientes os sinais e sintomas de infecção do trato urinário e monitorar a eliminação urinária (frequência, odor, volume e aspecto da urina) (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

Diarreia

Na avaliação da eliminação intestinal, identificamos o diagnóstico de enfermagem diarreia em 23,3% dos participantes do estudo com base na queixa de fezes líquidas e dor abdominal decorrentes do uso dos antirretrovirais, parasitoses e da própria infecção pelo vírus HIV.

A diarreia é uma queixa extremamente comum em pessoas que vivem com o vírus HIV/aids e pode ser associada a deficiências negativas na qualidade de vida dessas pessoas, pelo mal-estar geral provocado devido à frequência aumentada das evacuações e ao volume de líquidos perdidos, levando à perda acentuada de peso. Sua prevalência aumenta com a diminuição de contagem de CD4. Ressaltamos a importância de orientar medidas de prevenção da diarreia, como hábitos adequados de higiene, cuidados com a alimentação, assim como orientar a identificação dos sinais e sintomas para o tratamento precoce, a fim de evitar possíveis complicações (BEATTY, 2010; COLOMBRINI; MUCKE; FIGUEIREDO, 2000).

Constipação

Os relatos de frequência diminuída das eliminações intestinais e dor abdominal indicaram o diagnóstico de enfermagem constipação intestinal em 32,3% dos participantes do estudo e este foi relacionado à atividade física insuficiente e tensão emocional.

Os pacientes acamados e restritos ao leito podem apresentar alguns efeitos negativos como a constipação intestinal. Tal manifestação tem como fatores de risco a inatividade física, alimentação pobre em fibras, baixa ingestão de líquidos, efeitos adversos de alguns medicamentos. Além dos fatores fisiológicos, a constipação pode ser associada ao estresse emocional que pode ser provocado pelo ambiente hospitalar (KHATRI *et al.*, 2011).

5 CONCLUSÃO

Este estudo se propôs a analisar o perfil dos diagnósticos de enfermagem nas pessoas que vivem com HIV/aids em uma instituição hospitalar de ensino no Estado de Minas Gerais com base na Taxonomia II da NANDA-I, na teoria de Orem e no modelo conceitual de Horta, bem como descrever as condições socioeconômicas, demográficas e hábitos de vida.

No que tange ao perfil socioeconômico, não houve diferença percentual quanto ao sexo, predominou a faixa etária de 41 a 50 anos, separados/divorciados, com até o ensino fundamental incompleto, renda mensal de até um salário mínimo.

Ao analisarmos os 51 diagnósticos de enfermagem identificados entre os 30 participantes do estudo, foram encontrados 11 domínios, a saber: nutrição, enfrentamento/tolerância ao estresse, princípios de vida, segurança e proteção, promoção da saúde, atividade e repouso, conforto, autopercepção, sexualidade, percepção/cognição e eliminação/troca. Essa grande diversidade de diagnósticos de enfermagem encontrados evidencia a complexidade das condições de saúde das pessoas que vivem com HIV/aids e requer atuação efetiva da equipe de enfermagem.

No domínio nutrição, foram identificados os diagnósticos de enfermagem Nutrição desequilibrada (76,7%), risco da função hepática prejudicada (46,7%) e risco do desequilíbrio hidroeletrólítico (10,0%).

No domínio enfrentamento e tolerância ao estresse, foram encontrados os diagnósticos de enfermagem risco de tolerância ao estresse (100,0%), comportamento de saúde propenso a risco (43,3%), negação ineficaz (10,0%) e ansiedade (6,7%).

O domínio princípio de vida apresentou os seguintes diagnósticos de enfermagem reais: falta de adesão (33,3%) e disposição para o bem-estar espiritual aumentado (10,0%).

Já o domínio segurança e proteção apresentou os seguintes diagnósticos reais: proteção ineficaz (100,0%), mucosa oral prejudicada (40,0%), hipertermia (23,3%), integridade da pele prejudicada (20,0%), desobstrução ineficaz das vias aéreas (3,3%) e dentição prejudicada (3,3%) e os seguintes diagnósticos de enfermagem de risco: risco de infecção (100,0%), risco para trauma vascular (83,3%), risco da integridade da pele prejudicada (40,0%), risco de queda (23,3%), risco de suicídio (10,0%) e risco de aspiração (10,0%).

Podemos verificar no domínio promoção da saúde o diagnóstico de enfermagem disposição para o controle aumentado do regime terapêutico (16,7%). Esse diagnóstico

precisa ser reforçado pela enfermagem e sugere a participação ativa das pessoas que vivem com HIV/aids no seu processo de cuidar. Identificamos também os diagnósticos de enfermagem reais: controle familiar ineficaz do regime terapêutico (3,3%), manutenção do lar prejudicada (3,3%), manutenção ineficaz da saúde (3,3%), autocontrole ineficaz da saúde (3,3%).

Quanto ao domínio atividade e repouso, os diagnósticos de enfermagem de déficit do autocuidado apresentaram ocorrência expressiva entre os participantes do estudo, sendo estes: déficit do autocuidado para o banho (53,3%), déficit do autocuidado para higiene íntima (26,7%), déficit do autocuidado para alimentação (26,6%), déficit do autocuidado para vestir-se (16,7%), o que indica a importância da investigação e preparo das pessoas que vivem com HIV/aids para o autocuidado. Identificamos também os diagnósticos reais: mobilidade física prejudicada (53,3%), insônia (40,0%), padrão do sono prejudicado (33,3%), atividade de recreação deficiente (10,0%), deambulação prejudicada (23,3%), mobilidade no leito prejudicada (6,7%) e intolerância à atividade (3,3%) e diagnóstico de risco de choque (3,3%).

Avaliamos também no domínio conforto os diagnósticos de enfermagem reais: dor aguda (53,3%) e náusea (6,7%).

Quanto ao domínio autopercepção, o diagnóstico de enfermagem identificado foi o risco de solidão (16,7%). Já no domínio sexualidade, encontramos os diagnósticos de enfermagem padrões de sexualidade ineficazes (40,0%) e disfunção sexual (13,3%).

No domínio percepção/cognição, verificamos os diagnósticos de enfermagem reais: comunicação verbal prejudicada (13,3%), memória prejudicada (10,0%), percepção sensorial visual perturbada (6,7%) e confusão aguda (3,3%).

No domínio eliminação e troca, encontramos os diagnósticos de enfermagem reais: troca de gases prejudicada (33,3%), eliminação urinária prejudicada (26,7%), diarreia (23,3%) e constipação (23,3%).

Os diagnósticos de enfermagem encontrados nos domínios apresentados permitem conhecer os aspectos que necessitam de intervenções. Portanto, é necessário que os enfermeiros desenvolvam habilidades para a promoção do cuidado de enfermagem integral, individualizado e científico, através do uso de linguagem padronizada a fim melhorar a qualidade da assistência e dar visibilidade às suas ações.

Esses resultados reforçam que as ações de enfermagem devem envolver não apenas o tratamento, mas também a prevenção das infecções oportunistas através da educação em saúde, reforçando a importância da adesão ao tratamento e permitir que a pessoa que vive com o HIV/Aids exerça sua participação do processo de cuidar. Do mesmo modo, o

enfermeiro, ao propor um processo de cuidar que incorpora as bases da taxonomia diagnóstica, fortalece os alicerces da enfermagem científica.

Nesse estudo, utilizamos apenas duas etapas do processo de enfermagem, a coleta de dados e a identificação dos diagnósticos de enfermagem, porém reconhecendo a importância das demais etapas. O perfil dos diagnósticos de enfermagem encontrados no estudo revelam um grande desafio para enfermagem na implementação do processo de enfermagem nas pessoas que vivem com HIV/aids hospitalizadas.

Ao agrupar os diagnósticos de enfermagem segundo as necessidades humanas básicas do modelo conceitual de Horta (1979), percebemos que a maioria dos participantes se encontra na categoria de necessidade psicobiológica, mas não devemos desconsiderar que essas necessidades estão inter-relacionadas às psicossociais e psicoespirituais e todas fazem parte do ser humano. Portanto, para um cuidado de enfermagem eficaz, é necessário implementar estratégias para uma compreensão abrangente que contemple todas as necessidades humanas básicas.

Verificamos que a gravidade das infecções oportunistas, as angústias e temores de ser portador de uma doença incurável e o estigma da doença podem afetar as necessidades de autocuidado universais das pessoas que vivem com HIV/aids.

Desse modo, ressaltamos a importância da identificação dos diagnósticos de enfermagem na população estudada, bem como os fatores relacionados, características definidoras e fatores de risco e as associações com o perfil socioeconômico e demográfico, além da aplicação do referencial teórico de Orem e do modelo conceitual de Horta e da taxonomia da NANDA-I como guia para fundamentar as ações da enfermagem.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de realização deste estudo nos fez refletir sobre a necessidade de elaboração de um instrumento de coleta de dados direcionado para as pessoas que vivem com HIV/aids. Na proposta inicial, pretendíamos estudar a Sistematização da Assistência às pessoas vivendo com HIV/aids, mas a abrangência desse objeto para o tempo de elaboração nos fez repensar e estudar somente uma etapa desse processo.

Neste estudo, aproximamo-nos do referencial teórico de Orem e do modelo conceitual de Horta, do raciocínio clínico de Risner e da Taxonomia da NANDA-I para aplicação na prática clínica do cuidar de enfermagem às pessoas vivendo com HIV/aids de um instrumento que possibilitasse a apreensão de dados capazes de orientar um cuidado sistematizado.

Quanto ao instrumento de Barros (2002), base da coleta de dados deste estudo, encontramos lacunas na utilização do referencial teórico proposto, pois, no campo do HIV/aids, deve existir espaços para a expressão ainda desconhecida desse cotidiano de ser portador de um vírus que ainda não existe possibilidade de cura. No entanto, é oportuno destacar que a autora já nos alertava para a necessidade de mudanças no instrumento para se adequar à realidade estudada, uma vez que esse processo é dinâmico.

A clareza da apreensão dos dados que nos possibilitaram a visibilidade desse viver cotidiano foi o acompanhamento do paciente por no mínimo três dias consecutivos e o uso do raciocínio clínico científico na identificação dos diagnósticos de enfermagem. A partir dos resultados encontrados, pensamos na necessidade de um instrumento que contemplasse todos os domínios da taxonomia II da NANDA-I e fosse capaz de incluir as bases do referencial teórico utilizado. Esse aspecto evidencia uma lacuna, que merece ser investigada e proposta.

Esse caminhar nos trouxe a certeza de que o cuidado em enfermagem nos orienta a buscar, nas diversas áreas do saber, instrumentos para o cuidar em saúde e enfermagem. Esse cuidado precisa dar visibilidade às ações da enfermagem. Ações essas que aqui buscamos dar visibilidade, utilizando-nos de uma taxonomia mundialmente reconhecida, mas que ainda é utilizada de maneira tímida na realidade brasileira.

O estudo possibilitou avanços no conhecimento sobre as necessidades de saúde das pessoas vivendo com HIV/aids e para nortear o cuidado através de uma assistência sistematizada. No entanto, cabe destacar que após 30 anos da descoberta dos primeiros casos e com a implantação de modelos assistenciais que possibilitam uma redução do adoecimento, nos surpreendeu o número de pessoas que ainda passam pelo processo de internação de longa duração.

REFERÊNCIAS

- 1 AIRES, E. M.; BAMMANN, R. H. Pain in hospitalized HIV-positive patients: clinical and therapeutical issues. **Braz J Infect Dis.**, Salvador, v.9, n.3, p. 201-208, 2005.
- 2 ALFARO-LEFEVRE, R. **Pensamento crítico em enfermagem: um enfoque prático.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 190 p.
- 3 ALMEIDA, M. A. *et al.* **O processo de enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital das Clínicas de Porto Alegre.** Porto Alegre: Artmed, 2011. 319 p.
- 4 ÁLVAREZ, E. M. C.; ALFONSO, L. J. A.; HERRERA, P. B. Manifestaciones neurológicas en el paciente con SIDA. **Rev Med Electrón.**, v.31, n.2, 2009.
- 5 AMARO, S. T. A. A questão da mulher e a aids: novos olhares e novas tecnologias de prevenção. **Saúde Soc.**, São Paulo, p. 89-99, 2005.
- 6 ANASTASI J. K.; CAPILI, B. Nausea and vomiting in HIV/AIDS. **Gastroenterol Nurs.**, Baltimore, v.34, n.1, p.15-24, 2011.
- 7 ARRUDA, R. F.; MUCCIOLI, C.; BELFORT Jr, R. Achados oftalmológicos em infectados pelo HIV na era pós-HAART e comparação com série de pacientes avaliados no período pré-HAART. **Rev Assoc Med Bras.**, São Paulo, v.50, n.2, p.148-152, 2004.
- 8 AZEVEDO, R. B. **Doenças sexualmente transmissíveis.** São Paulo: Grupo Saúde e Vida, 2002.
- 9 BACKES, D. S.; KOERICH, M. S.; NASCIMENTO, K. C.; ERDMANN, A. L. Sistematização da Assistência de Enfermagem como fenômeno interativo e multidimensional. **Rev Latinoam Enferm**, Riberão Preto, v.16, n.6, 2008.
- 10 BARROS, A. L. B. L. *et al.* **Anamnse e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. 272 p.
- 11 BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. A Aids e a pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 65-76, 2000.
- 12 BEATTY, G. W. Diarrhea in patients infected with HIV presenting to the emergency department. **Emerg Med Clin North Am.**, Philadelphia, v.28, n.2, p.299-310, 2010.
- 13 BERQUÓ, E.; BARBOSA, R. M. Grupo de estudos em população, sexualidade e Aids. **Rev Saúde Publica**, São Paulo, v.42, supl.1, p.7-11, 2008.
- 14 BOTTI, M. L.; LEITE, G. B.; PRADO, M. F.; WAIDMAN, M. A. P.; MARCON, S. S. Convivência e percepção d.o cuidado familiar ao portador de HIV/AIDS. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.400-445, 2009.
- 15 BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Conselho Internacional de Enfermagem em Genebra. **RESOLUÇÃO COFEN nº 358/2009.** Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>>. Acesso em: 21 maio 2011.

16 BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Enfermagem- COFEN. **Resolução 272/2002 - Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem.** 2002. Disponível em: <http://www.corendf.org.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=98:resolucao-cofen-2722002&catid=36:resolucoes&Itemid=43>. Acesso em: 21 de maio 2011.

17 BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Brasilian Response 2005/2007-Contry Progress Report.** Targets and Commitments made by the member-Sates at United Nation General Assembly Special Session on HIV/AIDS UNGASS-HIV/AIDS, 2008.

18 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.142p.

19 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/ Aids. **Plano integrado de enfrentamento à feminização da epidemia da Aids e outras DST.** Brasília: MS, 2007. 36p.

20 BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília (DF), Seção 1 de 25 de junho de 1986.

21 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Rotinas de assistência domiciliar terapêutica (ADT) em HIV/Aids .** Brasília: MS, 2006. 156 p.

22 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de. **Doenças infecciosas e parasitárias:** guia de bolso. 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 444 p.

23 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Boletim Epidemiológico Aids e DST,** Ano VIII, n 01- 26 a 52 semanas epidemiológicas de julho a dezembro de 2010 e 01 – 26 semanas epidemiológicas de janeiro a junho de 2011. Brasília: MS, 2011.

24 BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev Soc Bras Med Trop,** Uberaba, v. 34, n.2, 2001.

25 BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **NIC: classificação das intervenções de enfermagem.** 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 901 p.

26 CAETANO, J. A.; PAGLIUCA, L. M. F. Autocuidado e o portador do HIV/AIDS:sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Latinoam Enferm,** Ribeirão Preto, p. 336-345, 2006.

27 CAMARGO, K. R. J. **As ciências da Aids & a Aids das ciências:** o discurso médico e a construção da AIDS. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS-UERJ, 1994.

- 28 CARDOSO, F.; RAMOS, H.; LOBO, M. Dermatoses em indivíduos infectados pelo vírus HIV com diferentes graus de imunossupressão. **An Bras Dermatol.**, Rio de Janeiro, v.77, n.6, p. 669-680, 2002.
- 29 CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de enfermagem:** aplicação à prática clínica. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 812 p.
- 30 CARRAZONE, C. F. V. **Avaliação dos perfis sorológico e sócio-demográfico dos receptores de sangue do Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco- UPE.** 2004. 103f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2004.
- 31 CARRICO, A. W. *et al.* Correlates of suicidal ideation among HIV- positive persons. **AIDS**, London, v.21, p.1199-1203, 2009.
- 32 CARVALHO, E. C.; BACHION, M. M. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem: intenção de uso por profissionais de enfermagem. **Rev Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v.11, n.3, p.466, 2009.
- 33 CARVALHO, E. C. *et al.* Obstáculos para a implementação do Processo de Enfermagem no Brasil. **Rev Enferm UFPE**, Recife, p. 95-99, 2007. Disponível em: <www.ufpe.br/revistaenfermagem>. Acesso em: 10 de maio 2011.
- 34 CECCATTO, M. G. B.; ACURCIO, F. A.; BONOLO, P. F.; ROCHA, G. M.; GUIMARÃES, M. D. C. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 138-139, 2004.
- 35 CHRISTO PP. Alterações cognitivas na infecção pelo HIV e AIDS. **Rev Assoc Med Bras.**, São Paulo, v.56, p.242-7, 2010.
- 36 CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar:** um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu, 1996. 154 p.
- 37 COELHO, A. S. *et al.* Inserção do cuidado terapêutico na construção do conhecimento da enfermagem. **Rev Eletrônica Enferm Global**, v.18, p. 1-7, 2010.
- 38 COLOMBRIN, M. R. *et al.* **Enfermagem em infectologia:** cuidados com o paciente internado. São Paulo: Atheneu, 2004.
- 39 COLOMBRINI, M. R.; CECCATO, L. M. H. B. M.; FIGUEIREDO, R. M. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.40, n.4, p.576-581, 2006.
- 40 COLOMBRINI, M. R. C.; MUCKE, A. G.; FIGUEIREDO, R. M. **Enfermagem em infectologia:** cuidados com o paciente internado. São Paulo: Atheneu, 2000. 261 p.
- 41 COSTA, C. H. Infecções pulmonares na Aids. **Rev Hosp Universit Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, p.54-60, 2011.

- 42 COSTA M. S.; SILVA, G. A. Gestante HIV positivo: o sentido da descoberta da soropositividade durante o pré-natal. **REME - Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v.9, n.3, p.230-236, 2005.
- 43 COSTA, J. P. *et al.* Expectativas de Pacientes com HIV/AIDS hospitalizados quanto à assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, p. 172-176, 2006.
- 44 DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1600 p.
- 45 FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Psicol Estudo**, Maringá, v.11, n.1, p.155-164, 2006.
- 46 FIGUEREDO, L. P. **Complicações da terapia nutricional enteral (TNE) e fatores associados em pacientes hospitalizados.** 2011. 124 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- 47 GALVÃO, J. **AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia.** São Paulo: Editora 34, 2000.
- 48 GEORGE, J. B. *et al.* **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. 375 p.
- 49 GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994. 207 p.
- 50 GUANILO, M. C. T. U. **Vulnerabilidade feminina ao HIV: metassíntese.** 2008. 215 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- 51 HERMIDA, P. M. V.; ARAÚJO, I. E. M. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, p. 675-679, 2006.
- 52 HORTA, W. A. **Processo de enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979. 99 p.
- 53 HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 384 p.
- 54 IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **O processo e diagnóstico em enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 197 p.
- 55 JESUS, C. A. C. Evolução histórica do diagnóstico de enfermagem e sua aplicabilidade no planejamento da assistência. **Rev Saúde Distrito Federal**, v.6, n.1, p. 37-40, 1995.
- 56 KHATRI P. K. *et al.* Frequency of functional constipation in 3 different populations and its causative factors. **J Pak Med Assoc.**, v.61, n.11, p.1149-1152, 2011.
- 57 KOURROUSKI, M. F. C. **Adesão ao tratamento: vivências de adolescentes com HIV/AIDS.** 2008. 111f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

- 58 LUNNEY, M. *et al.* **Pensamento crítico para o alcance dos resultados positivos em saúde**: análises e estudos de caso em enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011. 353 p.
- 59 MALAQUIAS, S. G.; BACHION, M. M.; NATAKANI, A. Y. K. Risco de integridade da pele prejudicada em idosos hospitalizados. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.13, n.3, p.428-436, 2008.
- 60 MALBERGIER, A.; SCHÖFFEL, A. C. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. **Rev Bras Psiquiatr.**, São Paulo, v.23, n.3, p.160-167, 2001.
- 61 MARTINS, R. J. *et al.* Percepção de Pacientes HIV- positivo de um centro de referência em relação à tratamentos de saúde. **J Bras Doenç Sex Transm.**, Rio de Janeiro, p. 107-110, 2009.
- 62 MASLOW, A. H. **Motivation and personality**. 3. ed. New York: Harper e How Publishers, 1970.
- 63 MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre, Artemed, 2007.
- 64 MELCHIOR, R. *et al.* Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.1, p. 143-151. 2006.
- 65 MENDES, S. R. **Retratos de exclusão**. Chapecó: Ed. da Autora, 2004. 128 p.
- 66 MOORHEAD, S. *et al.* **NOC**: classificações dos resultados de enfermagem. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 906 p.
- 67 NANDA. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA**: definições e classificações. Porto Alegre: Artmed, 2010. 456 p.
- 68 NEVES, R. S.; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, p.222-229, 2010.
- 69 OKAFOR, U. H. *et al.* Renal disease in hiv infected patients at university of benin teaching hospital in Nigeria. **Afr Health Sci.**, Kampala, v.11, supl.1, p.S28-33, 2011.
- 70 OPAS Organização Pan-Americana da Saúde. **Guia para atenção e manejo integral de usuários de drogas vivendo com HIV/AIDS na América Latina e Caribe**. Washington, D.C: OPAS, 2006.
- 71 OREM, D. E. **Nursing concepts of practice**. 5. ed. St. Louis: Mosby, 1995.
- 72 PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C.; SCHAURICH, D. **Aids**: o que ainda há para ser dito? Santa Maria: ED.UFSM, 2007.
- 73 PADOVEZE, M. C. **Estudo das infecções hospitalares em pacientes com HIV/aids hospitalizados e da colonização nasal por *Staphylococcus aureus* em pacientes com**

HIV/aids não hospitalizados. 2004. 135f. Tese (Doutorado) - Departamento de Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

74 PARKER, R. G. **Na contramão da AIDS- sexualidade, intervenção e política.** Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

75 PERUZZOLO, A. C. **Elementos de semiótica da comunicação:** quando aprender é fazer. São Paulo: Edusc, 2004. 220 p.

76 PINTO, V. E. M. **Desnutrição no doente com VIH/SIDA.** 2009. 58 f. Monografia – Departamento de Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto, Porto, 2009.

77 POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação, utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 487 p.

78 PRADO, R. R. **Análise do espaço temporal dos casos de aids no Estado de São Paulo-1990 a 2004.** 2008. 106f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

79 REID, S.; DWYER, J. Insomnia in HIV infection: a systematic review of prevalence, correlates, and management. **Psychosom Med.**, New York, v.67, n.2, p.260-269, 2005.

78 RISNER, P. B. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In. CHRISTESEN, P. J.; KENNEY, J. W. **Nursing process application of conceptual models.** St. Louis: Mosby, 1995.367 p.

79 SAMPAIO, F. A. A. *et al.* Assistência de enfermagem a paciente com colostomia:: aplicação da teoria de Orem. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v.21, n.1, p.94-100, 2008.

80 SANTOS, W. L. *et al.* Diagnósticos de enfermagem identificados na alta hospitalar de idosos. **Cogitare Enferm.**, v.14, n.2, p.304-310, 2009.

81 SANTOS, N. J. S. *et al.* Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Rev Saúde Pública**, Maringá, v.36, n.4, p.12-23, 2002.

82 SCHAURICH, D.; COELHO, D. F.; MOTTA, M. G. C. A cronicidade no Processo Saúde-Doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.455-462, 2006.

83 SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C.; TRÓCCOLI, B. T. Pessoas vivendo com HIV/aids: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. **Psicol Reflex Crít.**, Porto Alegre, v.18, n.2, p.188-195, 2005.

84 SENA, C. A.; CARVALHO, E. C. Risco para trauma vascular: proposta do diagnóstico e validação por peritos. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.62, n.1, p.71-78, 2009.

85 SENA, C. A. *et al.* Estratégias de Implementação do Processo de Enfermagem para uma pessoa infectada pelo HIV. **Rev Latinoam Enferm.**, Ribeirão Preto, p.27-38, 2001.

- 86 SHETTL, A.; GUPTA, I.; CHARANTIMATH, S. M. Oral candidiasis: aiding in the diagnosis of HIV – a case report. **Case Rep Dentistry**. 2011.
- 87 SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface Comunic Saúde Educ.**, Botucatu, p. 91-112, 2003.
- 88 SILVA, M. R. *et al.* Diagnósticos de enfermagem em portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.62, n.1, p.92-99, 2009.
- 89 SILVA, E. R. R.; LUCENA, A. F. **Diagnóstico de enfermagem com base em sinais e sintomas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. 336 p.
- 90 SILVA, G. A. **Da aparência à essência: o cuidado no cotidiano do portador do HIV**. Juiz de Fora: UFJF, 2004. 155 p.
- 91 SILVA, L. M. S. *et al.* Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a coresponsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/aids. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v.14, n.2, p. 97-104, 2005.
- 92 SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- 93 SOLAZ-PORTOLÉS, J.; LÓPEZ, V. S. Tipos de conhecimento e suas relações com a resolução de problemas em ciências: orientações para a prática. **Rev Ciênc Educ.**, Lisboa, v.8, n.6, p. 105-114, 2008.
- 94 SOUTO, B. G. A. *et al.* O sexo e a sexualidade de portadores do vírus da imunodeficiência humana. **Rev Bras Clin Med.**, São Paulo, v.7, n.1, p.188-191, 2009.
- 95 SZWARCOWALD, C. L. *et al.* A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.7-19, 2000.
- 96 TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P. **SAE sistematização da assistência de enfermagem guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 168 p.
- 97 TIBÚRCIO, A. S. Avaliação imunoviológica inicial de pacientes com HIV/aids em um serviço de assistência especializada. **J Bras Doenç Sex Transm.**, Rio de Janeiro, p. 7-9, 2010.
- 98 UGIAGBE, R. A.; EZE, E. U. Effect of anemia on hepatotoxicity of HAART in HIV patients in Benin city. **Niger Med J.**, Lagos, v.52, n.3, p. 167-172, 2011.
- 99 UNAIDS. **Unaid world aids day report**. Disponível em: <www.unaids.org>. Acesso em: 15 de maio 2012.
- 100 VERMUND, S. H.; WILSON, C. M. Barriers to HIV testing -where next? **Lancet**, London, v.360, n.9341, p.1186-1187, 2002.
- 101 VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2004.

102 VOLTARELI, J. C. Febre e inflamação. Simpósio: semiologia e fisiopatologias clínicas. **Med.**, Ribeirão Preto, v.27, n.1, p.7-48, 1994.

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
RUA CATULO BREVIGLIERI, S/Nº
BAIRRO SANTA CATARINA
36036-110-JUIZ DE FORA-MG-BRASIL

DECLARAÇÃO

Na qualidade de responsável pela Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, AUTORIZO a realização da pesquisa intitulada “O Cuidar de pacientes portadores de HIV/Aids: Uma proposta para sistematização da assistência de Enfermagem”, com objetivos de estabelecer as intervenções de enfermagem ao portador de HIV/Aids, tendo como base os diagnósticos elaborados e construir um instrumento que subsidie a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem para o portador de HIV/AIDS, a ser conduzida sob responsabilidade das pesquisadoras Girlene Alves da Silva e Juliana de Oliveira Faria que se comprometem a resguardar a confidencialidade, o sigilo e a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização dos portadores de HIV/Aids, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima, de prejuízo econômico ou financeiro.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20____.

ASSINATURA: _____

(Diretor da Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias)

APÊNDICE B

TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP HU/UFJF
JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora
Pesquisador Responsável: Juliana de Oliveira Faria
Endereço: Campus Martelos
CEP: 36130-033– Juiz de Fora – MG
Fone: (32)32293821
E-mail: julyanafaria@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “O Cuidar de pacientes portadores de HIV/Aids: Uma proposta para sistematização da assistência de Enfermagem”. Neste estudo, pretendemos estabelecer as intervenções de enfermagem ao portador de HIV/aids, tendo como base os diagnósticos elaborados e construir um instrumento que subsidie a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem para o portador de HIV/aids internado na clínica das Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora e espera-se que o mesmo contribua para aprimorar o cuidado prestado a esses pacientes.

Esperamos, por meio deste estudo, oferecer subsídios para promoção do cuidado de enfermagem integral, individualizado e científico fundamentado na Sistematização da Assistência de Enfermagem aos pacientes portadores de HIV/aids da clínica da DIP do HU-UFJF.

Sua participação consistirá em uma entrevista em instrumento próprio de coleta de dados. Você poderá recusar-se a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo, não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos, e, após esse tempo, serão destruídos. Este termo de consentimento

encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____, fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que, a qualquer momento, poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2011.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura do responsável	Data
------	---------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP HU – Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFJF

Hospital universitário Unidade Santa Catarina

Prédio da Administração Sala 27

CEP 36036-110

E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

ANEXO A**INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS****1.1 Identificação**

Nome: _____ Idade _____ leito _____

Sexo: () 0 masculino () 1 feminino Prontuário _____

Data de admissão: ___/___/___

Data da alta: ___/___/___

Tipo de alta: () 1 melhora () 2 transferência 3 () óbito

Estado civil: () 1 solteiro () 2 casado () 3 viúvo () 4 separado/divorciado () 5 união estável

Profissão: _____

Ocupação: () 1 aposentado () 2 desempregado () 3 trabalhador autônomo () 4 trabalho com vínculo empregatício () 5 do lar () 6 licença médica () outros

Diagnóstico médico: _____

Escolaridade: () 1 analfabeto () 2 fundamental incompleto () 3 fundamental completo () 4 ensino médio incompleto () 5 ensino médio () 6 ensino superior

Renda Pessoal: () 1- < um salário mínimo () 2 um salário () 3 > um salário e < três salários mínimos () 4- > três e < cinco salários mínimos 5 () > cinco salários mínimos

Renda Familiar: () 1- < um salário mínimo () 2 um salário () 3 > um salário e < três salários mínimos () 4- > três e < cinco salários mínimos 5 () > cinco salários mínimos

1.2 Informações sobre a doença e tratamento

Motivo da internação: _____

Doenças crônicas: _____

Tratamentos anteriores: _____

Fatores de risco:

Tabagista () 0 sim Número de cigarros por dia _____ () 1 não

Ex-tabagista () 0 sim Quanto tempo? _____ () 1 não

Etilista () 0 sim Quantidade de ingestão diária _____ () 1 não

Usuário de drogas () 0 sim Especifique _____ () 1 não

Ex-usuário de drogas () 0 sim Especifique _____ () 1 não

Outros fatores de risco: _____

Medicamentos em uso: _____

Já foram iniciados os medicamentos antirretrovirais? () 0 sim () 1 não

Em algum momento, interrompeu o uso dos antirretrovirais ?

() 0 sim Qual o motivo? _____ Parou durante quanto tempo? _____ () 1 não

Antecedentes familiares _____

1.3 Hábitos

Local de moradia: () 1 Área rural () 2 Área urbana () 3 morador de rua () instituição

Condições de moradia: () 1 com saneamento básico () 2 sem saneamento básico

Cuidado corporal:

Higiene corporal: frequência, aspectos (cabelos, unha, barba)

Higiene genital: menstruação, secreções, odores

Autoestima, autoimagem e aparência

Nível de dependência:

Sono e repouso: () preservado () sonolência () sensação de fadiga após o sono

() dificuldade de iniciar e manter o sono () prejudicado pelas condições ambientais

(luz, ruídos) () prejudicado pela dor () pensamentos ruminantes

Dorme _____ horas/ noite

Sedentarismo: () sim () não

Atividade física: _____

Recreação e lazer: () sim () não

() viagem () cinema () televisão () leitura () jogos esportivos () outros

Alimentação: () via oral () enteral () parenteral () gastrostomia

Preferências alimentares:

Aceitação da dieta: () preservada () reduzida Justificar: _____

Eliminação urinária: () sem queixas () com queixas Especifique: _____

Eliminação intestinal: () sem queixas () constipação () diarreia

Frequência _____

Ciclo menstrual: () regular () irregular () menopausa () dismenorreia () amnorreia disfuncional

Atividade sexual: () desempenho sexual satisfatório () desempenho sexual não satisfatório () não tem relacionamento sexual no momento

Opção sexual: () heterossexual () homossexual () bissexual

Sorologia do parceiro: () positivo () negativo () não sabe () não tem parceiro

Uso do preservativo: () usa em todas as relações () usa em algumas relações () não usa

Justificar: _____

1.4 Exame Físico/ informações relevantes sobre órgãos e sistemas

Pressão arterial _____ mmHg FC _____ bat/min Temperatura _____ °C
 FR _____ irpm Peso _____ Kg Altura _____ cm
 IMC _____ Kg/m²

Estado Nutricional: () normal () obeso () desnutrido () Relato de perda de peso ponderal _____

Nível de Consciência: () acordado () Lúcido () comatoso () torporoso () confuso () desorientado () Com falhas de memória _____

Movimentação: () Deambula () Acamado () Restrito ao leito () Sem movimentação () Semi-acamado () Deambula com ajuda () Movimenta-se com ajuda _____

Pele/ Tecidos: () Sem alterações () Anasarca () Cianose () Icterícia () Hipocorado () reações alérgicas () lesões de pele () escaras _____

Crânio: () Sem anormalidades () Incisão () Cefaleia () Lesões no couro cabeludo _____

Olhos: () Visão normal () Diminuição da acuidade visual () Presença de processos inflamatórios infecciosos () Uso de óculos ou lentes de contato () exoftalmia () Pupilas fotorreativas () deficiente visual _____

Ouvido: () Audição normal () Acuidade auditiva diminuída () Zumbidos () Uso de prótese auditiva () Presença de processos inflamatórios infecciosos () deficiente auditivo _____

Nariz: () Sem anormalidade () Coriza () Alergia () Epistaxe _____

Boca: () Sem anormalidade () presença de lesões () cáries () falhas dentárias () gengivite () prótese () candidíase () outras lesões _____

Pescoço: () Sem anormalidade () Linfonodos () Tireoide aumentada () Estase venosa jugular () Traqueostomia _____

Tórax: () Sem alteração anatômica () com alteração anatômica () expansão torácica normal () diminuição da expansão torácica () presença de frêmitos _____

Tosse: () ausente () seca () produtiva

Ausculta Pulmonar: () Normal () Murmúrios vesiculares diminuídos () Roncos () Estertores
() Sibilos _____

Oxigenação: () Ar ambiente () Oxigenioterapia () Entubado () Traqueostomizado () com ventilação mecânica _____

Coração: () Ritmo normal () Taquicardia () Bradicardia () Presença de sopros () Arritmia

Precórdio: () sem alteração () dor _____

Abdome: () Indolor () Plano () Globoso () Flácido à palpação () Resistente à palpação () distendido () com presença de ruído hidroaéreos () ausência de ruído hidroaéreos () presença de dor () incisão cirúrgica () colostomia () hepatoesplenomegalia

Geniturinário: () sem alterações anatômicas () Micção espontânea () presença de anomalias () SVD () irrigação vesical () jontex () fralda _____

Membros Superiores: () Sensibilidade e força motora preservada em todas as extremidades () Pulsos periféricos palpáveis () parestesia () plegia () edema () amputações () gesso () dispositivo venoso () presença de lesões _____

Membros Inferiores: () Sensibilidade e força motora preservada em todas as extremidades () Pulsos periféricos palpáveis () parestesia () plegia () edema () amputações () gesso () dispositivo venoso () presença de lesões _____

Exames de laboratório, diagnóstico por imagem e outros: _____

Outras queixas não especificadas no exame: _____

1.5 Psicossocial

Interação social: () Normal () Não faz amizades com facilidade () Prefere ficar sozinho () Não se adapta com facilidade a lugares ou situações novas

Resolução de Problemas: () Toma decisões rapidamente () Demora para tomar decisões () Costuma pedir ajuda para familiares e amigos () Não consegue tomar decisões

Apoio espiritual: () Possui crença religiosa () Procura apoio em sua fé nos momentos difíceis ()
 Anda meio descrente ultimamente () Não possui crença religiosa _____

Suporte financeiro: () Possui recursos para tratamento médico () Possui convênio/ seguro saúde
 () Conta com a ajuda de familiares () Utiliza exclusivamente hospitais conveniados do SUS

Conhecimento sobre o seu problema de saúde: () Orientado () Pouco orientado () Prefere
 não falar do assunto () Prefere que os familiares sejam orientados

Condições que o paciente apresenta para o seu autocuidado: () Independente () Precisa de
 ajuda para poucas atividades () Precisa de ajuda para muitas atividades () É totalmente
 dependente _____

Sentimentos após ter tomado conhecimento do seu problema de saúde: () Está otimista com o
 tratamento () Refere estar desanimado () Não aceita o problema () Nega o problema

1.6 Impressões do entrevistador:

Outras informações:

Data: __/__/__

Ass: _____

Fonte: Instrumento adaptado a partir de Barros *et al.*(2002).

ANEXO B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
HOSPITAL HUNIVERSITÁRIO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP-HU CAS/UFJF
RUA CATULO BREVIGLIEI S/Nº - B. SANTA CATARINA
36036-110 - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 248/10

Protocolo CEP-UFJF: 102-420-2010 **FR:** 382613 **CAAE:** 0077.0.420.420-10

Projeto de Pesquisa: O cuidar de pacientes portadores de HIV/aids: uma proposta para a sistematização da assistência de Enfermagem

Versão do Protocolo e Data: 03/11/2010

Grupo: III

TCLE: 03/11/2010

Pesquisador Responsável: Juliana de Oliveira Faria

Pesquisador(es) participante(s): Gírlene Alves da Silva

Instituição: Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

Material para análise: Folha de Rosto; Projeto de pesquisa; TCLE; Orçamento Financeiro, Comprovante de currículo; CD

Data de entrada no CEP: 11/11/2010

Sumário/comentários do protocolo:

- **Justificativa:** Os pesquisadores destacam que a enfermagem é uma profissão que não exige somente o conhecimento de técnicas específicas, pois em todos os setores os enfermeiros são solicitados a fornecer um cuidado integral, envolvendo os aspectos biológicos, psicossociais e espirituais, principalmente quando este é para pacientes com doenças crônicas como HIV/Aids. Estes pacientes necessitam de muita atenção, pois além de se depararem com os desafios físicos dessa epidemia, deparam-se também com a dor das perdas sociais, o desespero causado pelo medo da morte e a discriminação. Assim, emergiu o interesse para realização do estudo a fim de promover o cuidado de enfermagem integral, individualizado e científico balizado na Sistematização da Assistência de Enfermagem. Desse modo, o objeto de estudo é a sistematização do processo de cuidar de pacientes portadores de HIV/Aids da clínica da DIP do HU-UFJF.
- **Objetivo:** Elaborar um instrumento de levantamento de dados que contribua no processo de Sistematização da assistência de Enfermagem junto aos portadores de HIV/Aids, internados na clínica da DIP do HU/UFJF.
- **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e analítico baseado na estratégia de estudo de caso. A amostra será constituída de 12 pacientes internados na clínica feminina e masculina de Doenças Infecto-parasitária do Hospital Universitário da Universidade de Juiz de Fora.
- **Revisão e referências:** Atualizadas, sustentam os objetivos do estudo.
- **Características da população a estudar:** Pacientes portadores de HIV/Aids internados na clínica feminina e masculina de Doenças Infecto-parasitária do Hospital Universitário da Universidade de Juiz de Fora.
- **Crêterios de participação:** Serão incluídos no estudo sujeitos que a pesquisadora conseguir acompanhar no mínimo em três dias do período da sua internação e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- **Orçamento** Atende às exigências. Consta no corpo do projeto e em anexo.
- **Cronograma:** Atende às exigências. Consta no corpo do projeto e em anexo.
- **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** – O TCLE está em linguagem adequada, clara para compreensão dos participantes do estudo, com descrição

Prof.ª Dr.ª 
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
HU-UFJF

suficiente dos procedimentos, explicitação de riscos e forma de contato com o pesquisador e demais membros da equipe.

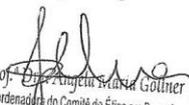
- **Pesquisador** apresenta experiência e qualificação para a coordenação do estudo. Demais membros da equipe também apresentam qualificação para atividade que desempenharão durante o estudo.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-HU/CAS da UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96 e suas complementares manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê o relatório final.

Situação: Aprovado

Juiz de Fora, 24 de janeiro de 2011.


Prof. Dr. Angélica Maria Góthier
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
HU/CAS da UFJF

RECEBI

DATA: __/__/2011

ASS: _____