

Diagnósticos de enfermagem e seus componentes em pacientes com a síndrome da imunodeficiência adquirida

Nursing diagnoses and their components in acquired immune deficiency syndrome patients

Romanniny Hévillyn Silva Costa¹

Ana Raquel Cortês Nelson¹

Nanete Caroline da Costa Prado¹

Eduardo Henrique Fagundes Rodrigues¹

Richardson Augusto Rosendo da Silva¹

Descritores

Síndrome da imunodeficiência adquirida; Diagnóstico de Enfermagem; Processos de enfermagem; Assistência à saúde

Keywords

Acquired immunodeficiency syndrome; Nursing Diagnosis; Nursing process; Delivery of health care

Submetido

28 de Agosto de 2015

Aceito

10 de Maio de 2016

Autor correspondente

Romanniny Hévillyn Silva Costa
Avenida Senador Salgado Filho, 3000,
59078-970, Lagoa Nova,
Natal, RN, Brasil.
romanniny@yahoo.com.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600021>

Resumo

Objetivo: Identificar os Diagnósticos de Enfermagem em pacientes com a síndrome da imunodeficiência adquirida e analisar a associação entre os diagnósticos mais frequentes com suas características definidoras, fatores relacionados ou de risco nessa população.

Métodos: Estudo transversal com 113 pacientes internados em um hospital da Região Nordeste do Brasil. Para a coleta, foram utilizados roteiros de anamnese e exame físico. Os diagnósticos passaram por processo de revisão de forma pareada entre os autores. A associação ocorreu por meio dos testes qui quadrado de *Pearson* e exato de *Fisher*.

Resultados: Identificaram-se 24 diagnósticos. Os mais frequentes tiveram relação estatisticamente significativa com seus componentes e estavam inseridos nos domínios promoção da saúde, percepção/cognição, princípios da vida e sexualidade.

Conclusão: Os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes foram proteção ineficaz, conhecimento deficiente, falta de adesão e disfunção sexual. Em geral, as características definidoras e os fatores dos diagnósticos apresentaram associação significante.

Abstract

Objective: To identify nursing diagnoses in patients with acquired immune deficiency syndrome and to analyze the association between the most frequent diagnoses and their defining characteristics, and related or risk factors in this population.

Methods: A cross-sectional study was developed with 113 patients admitted in a hospital in Northeast Brazil. An anamnesis script and physical exams were carried out for data analysis. The diagnoses went through a peer-review process conducted by the authors. The association occurred through *Pearson's Chi-squared* and *Fisher's exact tests*.

Results: Twenty-four diagnoses were identified. The most frequent had a statistically significant relationship with their components and were included in the domains of health promotion, perception/cognition, sexuality, and life principles.

Conclusion: The most prevailing nursing diagnoses were ineffective protection, deficient knowledge, noncompliance, and sexual dysfunction. Overall, the defining characteristics and diagnostic factors showed a significant association.



¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma doença causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que fragiliza o sistema imunológico, favorecendo a ocorrência de infecções oportunistas. Embora tenham sido obtidos grandes avanços no enfrentamento da AIDS, esta ainda é considerada um problema de saúde pública mundial.^(1,2)

Diante dessa problemática, o enfermeiro, enquanto agente de transformação do processo saúde-doença, tem um importante papel no cuidado com as pessoas vivendo com AIDS. É importante que essa atuação ocorra de maneira integral e sistematizada, a fim de alcançar uma melhor qualidade e uma resolutividade na assistência a essa clientela.⁽³⁾

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é baseada na prática integralizada do cuidado. A implementação dessa nova perspectiva do cuidado tem sido facilitada com a utilização do Processo de Enfermagem.^(4,5)

A segunda etapa do Processo de Enfermagem é constituído pelos Diagnósticos de Enfermagem, os quais envolvem o raciocínio clínico sobre o estado de saúde do indivíduo, mediante a utilização dos dados oriundos da anamnese e exame físico. Assim, a análise criteriosa da situação de saúde do cliente subsidia a identificação das reais necessidades, que demandam intervenções específicas.⁽⁵⁾ Deste modo, é essencial um bom julgamento clínico sobre as manifestações apresentadas, bem como a identificação correta dos elementos integrantes dos Diagnósticos de Enfermagem.

Estudos sobre associação entre Diagnósticos de Enfermagem e suas características definidoras, fatores relacionados e de risco em populações específicas são fundamentais à prática clínica dos enfermeiros, pois permitem testar a hipótese de que existe relação entre os Diagnósticos de Enfermagem e seus elementos, além de possibilitarem a determinação da capacidade preditora destes, aumentando a confiabilidade e a acurácia do processo de inferência diagnóstica.

Nesse sentido, este estudo teve como objetivo identificar os Diagnósticos de Enfermagem em pacientes com AIDS e analisar a associação entre os diagnósticos mais frequentes com suas características definidoras, fatores relacionados ou de risco nessa população.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal realizado em um hospital público de referência em tratamento para doenças infectocontagiosas, localizado na Região Nordeste do Brasil.

A população do estudo consistiu em pacientes com o diagnóstico médico confirmado de AIDS que se encontravam internados no hospital. O tamanho da população do estudo se baseou no número médio de pacientes internados em 5 anos (2009 a 2013), que foi de 158 pacientes. A amostra foi calculada de acordo com o seguinte procedimento: foram atribuídos alfa de 5% e margem de erro de 0,05; como a proporção era desconhecida, foi atribuído um *p-value* de 0,5. O cálculo da amostra resultou em 113 pacientes. A amostragem se deu por conveniência.

A amostra do estudo correspondeu aos pacientes que se enquadraram nos critérios de inclusão, a saber: ter sido diagnosticado clinicamente com AIDS, apresentar idade acima de 18 anos, estar internado no hospital no período de coleta de dados e ter tempo mínimo de internação de 12 horas. Excluíram-se aqueles pacientes que desconheciam o diagnóstico da doença.

Para a coleta de dados, utilizaram-se instrumentos para realização da anamnese e do exame físico. Tais instrumentos abordavam dados socio-demográficos e clínicos (forma de transmissão, tempo de diagnóstico, presença de infecções, aderência aos antirretrovirais, medicamentos e exames laboratoriais). Salienta-se que os instrumentos abordavam características definidoras (sinais e sintomas), fatores relacionados/de risco subdivididos nos 12 domínios (promoção da saúde, nutrição, eliminação e troca, atividade/repouso, percepção/cognição, autopercepção, papéis e relacionamentos, sexualidade, enfrentamento/tolerância ao estresse, segurança/proteção e conforto) presentes na taxonomia II da *NANDA Internacional* (NANDA - I).^(6,7)

Os instrumentos foram avaliados por oito juízes com experiência na área de Diagnóstico de Enfermagem e AIDS, e validados quanto a aparência, conteúdo, clareza e aplicabilidade. Também foi solicitado que os mesmo apontassem sugestões e modi-

ficações consideradas pertinentes. Consideraram-se validados os itens que alcançaram Índice de Concordância $\geq 0,80$ entre os juízes.

Após as adequações realizadas no instrumento, aplicou-se um pré-teste com 10% da amostra estudada. Como não houve necessidade de alterações no instrumento, os participantes do pré-teste foram incluídos na amostra deste estudo.

A coleta de dados com os pacientes ocorreu no período de março a setembro de 2014, transcorrido o tempo mínimo de 12 horas de internação dos sujeitos do estudo. Caso desejassem colaborar com o estudo, eram realizados anamnese e exame físico em uma sala separada, no referido hospital, respeitando sua privacidade.

Para a identificação dos Diagnósticos de Enfermagem, das características definidoras e dos fatores relacionados ou de risco, utilizou-se a classificação de enfermagem para Diagnósticos de Enfermagem da *NANDA Internacional*, versão 2012-2014,^(6,7) a qual se constituiu de duas etapas: análise (categorização dos dados e identificação das lacunas) e síntese (agrupamento, comparação, identificação e relação dos fatores causadores). No processo de inferência diagnóstica, as histórias clínicas foram individualmente avaliadas por dois autores deste artigo, sendo um mestre e o outro doutor, a fim de possibilitar maior fidedignidade aos resultados obtidos.⁽⁸⁾ Os diagnósticos que apresentavam concordância entre eles foram aceitos. Aqueles em que existia discordância entre os avaliadores, foram reavaliados em suas histórias clínicas até que se obtivesse um consenso.

A análise dos dados se deu mediante obtenção de frequências absolutas e relativas. Realizaram-se medidas de tendência central para os diagnósticos de enfermagem e teste de *Shapiro-Wilk*, para verificar a distribuição da normalidade dos mesmos a um nível de significância de 5%. Em seguida, utilizaram-se o teste qui quadrado de Pearson e teste exato de Fisher, para verificar a associação dos diagnósticos de enfermagem com as características definidoras e fatores relacionados. Considerou-se um nível de significância de 5%.

O estudo foi registrado na Plataforma Brasil sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) 23008113.8.0000.5537.

Resultados

A maioria dos pacientes era do sexo masculino (72,6%), com idade média de 39 anos ($\pm 9,81$), sem companheiro (66,4%), heterossexual (71,7%), possuía Ensino Fundamental incompleto (55,7%), renda familiar de um salário mínimo (47,8%) e residia no interior do Estado (67,8%). O tempo de diagnóstico da AIDS foi em média de 5 anos ($\pm 5,38$) entre os pacientes. Evidenciou-se que cerca de 70% apresentavam infecção oportunista. Os principais motivos da internação atual foram decorrentes de sintomas do sistema respiratório (21,2%) ou sintoma gastrointestinal (18,6%).

Com relação ao tratamento, 69% já tinham abandonado o tratamento por descrença ou desinteresse (20,5%). Quanto ao consumo de álcool, cerca de 51,3% ingeria essa substância, 41,6% fumavam e 31% relataram ter consumido drogas ilícitas até a semana da internação hospitalar.

Identificaram-se, nos participantes do estudo, 24 Diagnósticos de Enfermagem, tendo apenas quatro prevalecido em mais de 50% dos pacientes, a saber: proteção ineficaz, conhecimento deficiente, falta de adesão e disfunção sexual.

Os diagnósticos prevalentes pertenciam aos seguintes domínios: promoção da saúde, percepção/cognição, princípios da vida e sexualidade. Os pacientes obtiveram uma média de 8,55 Diagnósticos de Enfermagem, mediana de 8, desvio padrão de $\pm 3,05$, valor máximo de 17 e mínimo de 2. O valor do teste *Shapiro-Wilk* apresentou valor de 0,041, evidenciando uma distribuição assimétrica (anormal). Os dados podem ser melhor visualizados na tabela 1.

O Diagnóstico de Enfermagem proteção ineficaz esteve presente em 100% dos pacientes, fato que inviabilizou a elaboração da tabela de contingência 2x2 entre o Diagnóstico de Enfermagem, as características definidoras e os fatores relacionados, não permitindo, consequentemente, a realização dos testes estatísticos de associação. Porém, observaram-se as seguintes frequências para as características definidoras: deficiência da imunidade (100%), alteração da coagulação (67,2%), fadiga (61,9%), fraqueza (46%)

Tabela 1. Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem identificados nos pacientes internados

Diagnósticos de Enfermagem	Presente	Ausente
	n(%)	n(%)
Proteção ineficaz	113(100,0)	0(0,0)
Conhecimento deficiente	91(80,5)	22(19,5)
Falta de adesão	78(69,0)	35(31,0)
Disfunção sexual	61(54,0)	52(46,0)
Risco de função hepática prejudicada	49(43,3)	64(56,6)
Autocontrole ineficaz da saúde	41(36,3)	72(63,7)
Distúrbio da imagem corporal	39(34,5)	74(65,5)
Padrão de sono prejudicado	36(31,9)	77(68,1)
Fadiga	35(31,0)	78(69,0)
Dor aguda	31(27,4)	79(69,9)
Comportamento de saúde propenso a risco	29(25,7)	84(74,3)
Ansiedade	26(23,0)	87(77,0)
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	25(22,1)	88(77,9)
Síndrome de estresse por mudança	21(18,6)	92(81,4)
Risco de dignidade humana comprometida	19(16,8)	94(83,2)
Insônia	14(12,4)	99(87,6)
Conforto prejudicado	12(10,6)	101(89,4)
Constipação	12(10,6)	101(89,4)
Mucosa oral prejudicada	12(10,6)	101(89,4)
Sofrimento espiritual	8(7,1)	105(92,9)
Processos familiares disfuncionais	8(7,1)	106(93,0)
Risco de sentimento de impotência	7(6,2)	106(93,8)
Negação ineficaz	6(5,3)	107(94,7)
Tristeza crônica	6(5,3)	107(94,7)

e dispneia (24,7%). Já os fatores relacionados identificados foram: distúrbios imunológicos (100%), perfis sanguíneos anormais (84,9%), abuso de drogas (45,1%), nutrição inadequada (22,1%) e terapia medicamentosa (14,1%).

A tabela 2 apresenta as características definidoras e fatores relacionados dos Diagnósticos de Enfermagem conhecimento deficiente, falta de adesão e disfunção sexual.

Discussão

Os limites do estudo estiveram relacionados ao tipo de amostragem não probabilística empregada, na qual o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, o que não garante a representatividade da amostra, dificultando a generalização dos resultados.

Tabela 2. Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem conhecimento deficiente, falta de adesão e disfunção sexual, de acordo com características definidoras e fatores relacionados

Variáveis	Conhecimento deficiente		Total	p-value
	Presente	Ausente		
Características definidoras				
Seguimento inadequado de instruções				
Presente	91	4	95	
Ausente	-	18	18	0,001*
Total	91	22	113	
Verbalização do problema				
Presente	91	6	97	
Ausente	-	16	16	0,001*
Total	91	22	113	
Fatores relacionados				
Interpretação errônea de informações				
Presente	68	6	74	
Ausente	23	16	39	0,02†
Total	91	22	113	
Falta de familiaridade com os recursos de informação				
Presente	66	2	68	
Ausente	25	20	45	0,04*
Total	91	22	113	
Falta de adesão				
Comportamento indicativo de falta de aderência				
Presente	70	5	75	
Ausente	8	30	38	0,002†
Total	78	35	113	
Evidências de desenvolvimento de complicações				
Presente	45	13	58	
Ausente	33	22	55	0,04†
Total	78	35	113	
Falha de manter compromissos agendados				
Presente	48	17	65	
Ausente	30	18	48	0,03†
Total	78	35	113	
Fatores relacionados				
Habilidade relevante para o comportamento do regime de tratamento				
Presente	69	4	73	
Ausente	9	31	40	0,003*
Total	78	35	113	
Esquecimento				
Presente	73	-	73	
Ausente	5	35	40	0,002*
Total	78	35	113	
Disfunção sexual				
Deficit percebido de desejo sexual				
Presente	59	10	69	
Ausente	2	42	44	0,001*
Total	61	52	113	
Limitações percebidas impostas pela doença				
Presente	58	9	67	
Ausente	3	43	46	0,001*
Total	61	52	113	
Fatores relacionados				
Função corporal alterada				
Presente	49	12	61	
Ausente	12	40	52	0,04†
Total	61	52	113	

*Teste exato de Fisher, † = teste qui quadrado de Pearson

Por outro lado, o estudo tem pontos fortes, que devem ser destacados. A identificação dos Diagnósticos de Enfermagem e de suas respectivas características definidoras e fatores relacionados e de risco é imprescindível na prática, para elencar as intervenções específicas de enfermagem e direcioná-las para as reais necessidades dos pacientes internados que vivem com AIDS.

O Diagnóstico de Enfermagem proteção ineficaz, segundo a *NANDA Internacional*, refere-se à diminuição da capacidade de se defender de ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões. Em estudos realizados com pacientes que viviam com AIDS, esses Diagnósticos de Enfermagem tiveram uma prevalência de 98 a 100%.^(9,11)

Leucopenia, trombocitopenia e anemia estão relacionadas à deficiência na imunidade, a qual tem sua causa na replicação viral e no mecanismo de ação do HIV, uma vez que este se liga à superfície celular e destrói os linfócitos T CD4, aumentando a suscetibilidade a infecções oportunistas.⁽¹²⁾

Salienta-se que o quadro de fadiga nesses pacientes decorre, possivelmente, dessas alterações celulares, especialmente a diminuição de hemoglobina, as quais contribuem para o quadro de anemia e para os sintomas de dispneia e fraqueza no indivíduo.⁽¹³⁻¹⁷⁾

Estudo apontou que, dos pacientes com AIDS entrevistados, 12,5% (n=66) apresentavam desnutrição, justificada pelo quadro de diarreia, perda de apetite, febre e má absorção de nutrientes. Importante salientar também que o HIV possui mecanismos que afetam especificamente o estado nutricional por meio do aumento da demanda de energia e interferindo na absorção e no metabolismo dos nutrientes.⁽¹⁸⁾

O consumo de drogas ilícitas, álcool e tabaco é tido por alguns autores como fator de risco para o desenvolvimento de infecções oportunistas nos pacientes com AIDS. A candidíase oral e a leucoplasia pilosa são alguns exemplos dessas infecções.^(19,20)

Nesse sentido, algumas atividades de enfermagem devem ser realizadas visando ao controle da infecção, a saber: monitoramento de sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção, da vulnerabilidade a infecções, da contagem absoluta de granulócitos, glóbulos brancos e dos resultados diferenciais, e ma-

nutenção das medidas de precauções. Orientações da enfermagem relacionadas à importância dos usos dos antirretrovirais, bem como à maneira de minimizar reações adversas e de evitar complicações relacionadas ao aparecimento das infecções oportunistas, também são cruciais para o sucesso terapêutico.

O Diagnóstico de Enfermagem conhecimento deficiente, segundo a *NANDA Internacional*, caracteriza-se pela ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico. A prevalência desse diagnóstico em estudos realizados correspondeu a 19,6 a 88,3% dos pacientes.^(9,21,22)

Comportamentos como medo, ansiedade, culpa e raiva surgem no momento do diagnóstico da AIDS, os quais podem fazer com que a pessoa não se adapte à situação, não demonstrando interesse em seguir instruções relacionadas ao tratamento da doença.^(9,13)

Em estudo realizado com pessoas vivendo com AIDS, estas verbalizaram a dificuldade de entender questões relacionadas à prevenção e ao tratamento da doença.⁽²²⁾ O baixo nível de escolaridade também é um dos fatores contribuintes para interpretação errônea de informações sobre a doença.^(21,23) Ademais, o HIV pode contribuir para o aparecimento de manifestações neurológicas, como a demência progressiva.^(9,24)

Nesse sentido, é inquestionável a necessidade de a enfermagem praticar esforços para realizar também atividades de educação em saúde voltadas para o ensino do sexo seguro; da proteção contra infecção, a partir do ensino dos sinais e sintomas de infecção, e das maneiras de evitá-las; do procedimento/tratamento conforme explicação da finalidade e da forma de participar do tratamento; e do processo da doença, por meio da explicação da fisiopatologia da doença, da sua condição de saúde e das mudanças no estilo de vida para evitar complicações futuras e/ou controle do processo da doença, como também das medidas de controle dos efeitos secundários do tratamento da doença.

No entanto, estratégias de abordagem e/ou metodológicas se fazem necessárias no sentido de facilitar a aprendizagem desses pacientes, como adaptar a instrução ao nível de conhecimentos e compreensão do paciente, apresentar as informações de for-

ma estimulante e encorajar a participação ativa do paciente.

O Diagnóstico de Enfermagem falta de adesão da *NANDA Internacional* é definido como o comportamento da pessoa e/ou do cuidador, que deixa de coincidir com um plano de promoção da saúde ou terapêutico acordado com a pessoa e/ou família e/ou comunidade.

Em pesquisa realizada com pessoas com AIDS, esse Diagnóstico de Enfermagem apresentou prevalência de aproximadamente 35% entre os pacientes hospitalizados, mas não houve especificação das características definidoras e dos fatores relacionados.⁽³⁾

Comportamentos indicativos de falta de aderência e falha em manter compromissos agendados são evidenciados pelo abandono ou pelas interrupções do uso dos antirretrovirais pelos pacientes e pelo não comparecimento aos serviços de saúde, para receber os medicamentos, passar em consultas ou realizar exames.⁽²⁵⁾

Crenças negativas relacionadas à doença ou ao tratamento, sentimentos de desmotivação ou negação da condição de saúde pelo indivíduo, resistência ou dificuldade de mudanças comportamentais e de hábitos de vida fazem parte do sistema de valores do indivíduo que dificultam a adesão ao tratamento da doença.⁽²⁵⁾

Nota-se ainda que o sentimento de vergonha ou medo de sofrer preconceito dos amigos ou familiares ao descobrirem a doença pode contribuir para o não uso dos antirretrovirais em locais públicos ou no trabalho, o que influencia na eficácia do tratamento.⁽²⁵⁾

O consumo de drogas pode interferir na não adesão ao tratamento, dadas as alterações comportamentais e cognitivas no indivíduo que acarretam o esquecimento da tomada dos comprimidos. Além disso, níveis séricos de álcool podem aumentar as reações adversas da terapia antirretroviral, fatores esses que corroboram para que o paciente opte por interromper o tratamento medicamentoso.⁽²⁵⁾ Além disso, o esquecimento também pode ser resultante de quadro depressivo, o qual acarreta déficit de atenção e memória.⁽²⁶⁾

Estudos apontam que a ocorrência de reações adversas, especialmente no início ou durante a mu-

dança do esquema antirretroviral, mostram-se como um dos fatores de dificuldade para o abandono ou interrupção do tratamento.^(15,25)

Vale salientar que o desenvolvimento de complicações renais, hepáticas, neurológicas, cardiovasculares e neoplasias pode estar ligado ao abandono ou irregularidade do tratamento. Isso porque os antirretrovirais têm importante papel na supressão viral e na manutenção dos níveis de contagem de células CD4 mais elevadas.⁽¹²⁾

Dessa forma, algumas das atividades de enfermagem merecem destaque, visando à modificação do comportamento de adesão, a saber: determinar a motivação do paciente para mudar, ajudar o paciente a identificar pontos fortes e reforçá-los, encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por desejáveis, e discutir com o paciente/pessoas importantes o processo de modificação do comportamento. Além disso, visando à melhora da adesão ao tratamento dos usuários o enfermeiro pode avaliar a compreensão que o paciente tem da doença, oferecer informações reais a respeito do tratamento, encorajar a verbalização de sentimentos, dar apoio ao uso de medicamentos, auxiliá-lo a identificar estratégias positivas para lidar com as limitações e controlar as mudanças necessárias no estilo de vida.

O Diagnóstico de Enfermagem disfunção sexual da *NANDA Internacional* é definido como 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. Foram identificadas prevalências que variaram de 13,3 a 66,6%.^(3,10,21,22)

O medo de transmissão do vírus, a depressão e o trauma por ter contraído a doença são algumas das principais causas de disfunção sexual nesses pacientes. Ademais, o preconceito que envolve a doença e as alterações corporais, como a lipodistrofia e o emagrecimento, geram, em algumas pessoas, baixa autoestima e desinteresse em vivenciar sua sexualidade.^(3,21,27,28)

Para tanto, faz-se necessário que o enfermeiro realize atividades que visem à melhora do enfrentamento por meio da avaliação da adaptação do paciente a mudanças na imagem corporal, encorajando

do o domínio gradativo da situação. Também se faz necessário intervir na melhora da imagem corporal do paciente, ajudando-o a discutir mudanças causadas pela doença e discutindo ações que melhorem a aparência.

Por fim, é importante que o enfermeiro realize ações voltadas para aconselhar o paciente com relação aos aspectos sexuais, informando que a doença, os medicamentos e o estresse costumam alterar a função sexual, encorajando-o a verbalizar medos e fazer perguntas e buscando incluir o parceiro sexual, conforme apropriado.

Outras pesquisas nesta área são necessárias, para que se possa aprofundar o estudo de diagnósticos não contemplados neste estudo ou nesta população específica. Sugere-se ainda o desenvolvimento de pesquisas que tenham como objetivos analisar a acurácia e a validação de conteúdo e clínico dos Diagnósticos de Enfermagem nessa clientela.

Conclusão

Foram identificados 24 Diagnósticos de Enfermagem nos pacientes com AIDS, sendo os mais frequentes proteção ineficaz, conhecimento deficiente, falta de adesão e disfunção sexual. Houve associação do Diagnóstico de Enfermagem conhecimento deficiente com as características definidoras, seguimento inadequado de instruções e verbalização do problema, e com os fatores relacionados interpretação errônea de informações e falta de familiaridade com os recursos de informação. O Diagnóstico de Enfermagem falta de adesão apresentou associação com as características definidoras e fatores relacionados comportamento indicativo de falta de aderência, evidências de desenvolvimento de complicações, falha de manter compromissos agendados, esquecimento e habilidade relevante para o comportamento do regime de tratamento. Por sua vez, o Diagnóstico de Enfermagem disfunção sexual apresentou associação com as características definidoras déficit percebido de desejo sexual e limitações percebidas impostas pela doença, além de fator relacionado à função corporal alterada.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de mestrado para Romanniny Hévillyn Silva Costa.

Colaborações

Silva RAR e Costa RHS colaboraram com as etapas de concepção do estudo, análise, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Nelson ARC, Prado NCC e Rodrigues EHF contribuíram com a redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Sychareun V, Thomsen S, Chaleunvong K, Faxelid E. Risk perceptions of STIs/HIV and sexual risk behaviours among sexually experienced adolescents in the Northern part of Lao PDR. *BMC Public Health*. 2013; 13:1126.
2. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. World AIDS day report 2014 [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2014[cited 2015 Ago 15]. Available from: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/jc2434_worldaidsday_results_en.pdf.
3. Faria JO, Silva GA. Diagnósticos de enfermagem em pessoas com HIV/AIDS: abordagem baseada no modelo conceitual de Horta. *Rev RENE*. 2013; 14(2):290-300.
4. Pérez Rivas FJ, Santamaría García JM, Minguet Arenas C, Beamud Lagos M, García López M. Implementation and evaluation of the nursing process in primary health care. *Int J Nurs Knowl*. 2012; 23(1):18-28.
5. Duran EC, Toledo VP. Análise da produção do conhecimento em processo de enfermagem: estudo exploratório-descritivo. *Rev Gaúch Enferm*. 2011; 32(2):234-40.
6. Herdman TH. Nanda International. Nursing diagnoses: definitions and classification 2012-2014. Oxford: Wiley Blackwell; 2013.
7. Tastan S, Linch GC, Keenan GM, Stifter J, McKinney D, Fahey L, et al. Evidence for the existing American Nursing Association – recognized standardized nursing terminologies: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2014; 51(8):1160-70.
8. Frazão CM, Medeiros AB, Lima e Silva FB, Sá JD, Lira AL. [Nursing diagnoses identified in hospitalized patients during hemodialysis]. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(1):40-3. Portuguese.
9. Silva MR, Bettencourt AR, Diccini S, Belasco A, Barbosa DA. Diagnósticos de enfermagem em portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(1):92-9.
10. Gomez JJ, Mayorga ME, Pérez JO, Rojas SL, Orozco LC, Camargo FFA. [Prevalencia de diagnósticos de enfermeira en personas con VIH/SIDA]. *Enferm Glob*. 2013; 12(32):1-10.
11. Faria JO, Silva GA. Diagnósticos de enfermagem do domínio segurança e proteção em pessoas com HIV/Aids. *Rev Electronica Enferm*. 2014; 16(1):93-9.

12. O'Cofaigh E, Lewthwaite P. Natural history of HIV and AIDS. *Medicine*. 2013; 41(8):411-6.
13. Camargo LA, Capitão CG, Filipe EM. [Mental health, family support and treatment adherence: associations in the context of HIV/AIDS]. *Psico-USF*. 2014; 19(2):221-32. Portuguese.
14. Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *Lancet*. 2013; 382(1):1525-33.
15. Damtie D, Yismaw G, Woldeyohannes D, Anagaw B. Common opportunistic infections and their CD4 cell correlates among HIV-infected patients attending at antiretroviral therapy clinic of Gondar University Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Research Notes*. 2013; 6:534.
16. Rudek MA, Chang CY, Steadman K, Johnson MD, Desai N, Deeken JF. Combination antiretroviral therapy (cART) component ritonavir significantly alters docetaxel exposure. *Cancer Chemotherapy and Pharmacology*. 2014; 73(4):729-36.
17. Barroso J, Voss JG. Fatigue in HIV and AIDS: An Analysis of Evidence. *Journal of the association of nurses in aids care*. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2013; 24(1):1-10.
18. Hailemariam S, Bune GT, Ayele HT. Malnutrition: Prevalence and its associated factors in People living with HIV/AIDS, in Dilla University Referral Hospital. *Arch Public Health*. 2013; 71(1):1-11.
19. Petruzzi R, Cherubini K, Salum FG, MAZ Figueiredo. Risk factors of HIV-related oral lesions in adults. *Rev Saude Publica*. 2013; 47(1):52-9.
20. Dragovic G. Acute pancreatitis in HIV/AIDS patients: an issue of concern. *Asian Pac J Trop Biomed*. 2013; 3(6):422-5.
21. Cunha GH, Galvão MTG. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com o Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em assistência ambulatorial. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(4):526-32.
22. Peixoto KSM, Silva RAR, Costa RHS. Nursing diagnoses in people with acquired immune deficiency syndrome: an integrative review of the literature. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2015; 7(1):2123-36. Portuguese.
23. Peltzer K, Pengpid S. Socioeconomic factors in adherence to HIV therapy in low- and middle-income countries. *J Health Popul Nutr*. 2013; 31(2):150-70.
24. Sanmarti M, Ibáñez L, Huertas S, Badenes D, Dalmau D, Slevin M, et al. HIV-associated neurocognitive disorders. *J Mol Psychiatry*. 2014; 2(1):2.
25. Padoin SM, Paula CC, Zuge SS, Primeira MR, Santos EE, Tolentino LC. Fatores associados à não adesão ao tratamento antirretroviral em adultos acima de 50 anos que têm HIV/AIDS. *DST - J Bras Doenças Sex Transm*. 2011; 23(4):194-7.
26. Shittu RO, Issa BA, Olanrewaju GT, Mahmoud AO, Odeigah LO, Salami AK, et al. Prevalence and correlates of depressive disorders among people living with HIV/AIDS in North Central Nigeria. *J AIDS Clin Res*. 2013; 4(11):1-7.
27. Tsuda LC, Silva MM, Machado AA, Fernandes APM. Body changes: antiretroviral therapy and lipodystrophy syndrome in people living with HIV/aids. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20(5):847-53. Portuguese.
28. Romero-Velez G, Lisker-Cervantes A, Villeda-Sandoval CI, Sotomayor de Zavaleta M, Olvera-Posada D, Sierra-Madero JG, et al. Erectile dysfunction among hiv patients undergoing highly active antiretroviral therapy: dyslipidemia as a main risk factor. *Sex Med*. 2014; 2:24-30.