

Perfil diagnóstico de enfermagem de pacientes hospitalizados em unidade de infectologia

Profile of nursing diagnoses of hospitalized patients in an infectious disease unit

Perfil diagnóstico de enfermería de los pacientes hospitalizados en la unidad de enfermedades infecciosas



Vinicius Lino de Souza Neto^a

Lidiane Lima de Andrade^b

Glenda Agra^b

Marta Miriam Lopes Costa^c

Richardson Augusto Rosendo da Silva^d

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.51495>

RESUMO

Objetivo: delinear o perfil diagnóstico de enfermagem de pacientes hospitalizados em unidade de infectologia.

Métodos: trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em unidade de infectologia da Paraíba, Brasil, no período de janeiro a fevereiro de 2014. Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento construído a partir da teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta; posteriormente, foi utilizada a CIPE[®] versão 2.0 como sistema de classificação para a construção dos diagnósticos.

Resultados: após a análise dos dados, elencaram-se 36 afirmativas de diagnósticos de enfermagem, apresentando-se com maior prevalência estas: ingestão de alimento prejudicada, caquexia, eliminação vesical espontânea comprometida, higiene da cavidade oral prejudicada, exposição à contaminação, ritmo cardíaco acentuado, insônia, abuso de drogas, abuso de álcool e tabaco, isolamento social, aceitação e medo.

Conclusões: por fim, nota-se que a identificação do perfil diagnóstico é essencial para o direcionamento das intervenções de enfermagem.

Palavras-chave: Processos de enfermagem. Cuidados de enfermagem. Doenças transmissíveis.

ABSTRACT

Objective: To define the profile of nursing diagnoses of hospitalized patients at an infectious diseases unit.

Methods: This is a descriptive study based on the quantitative approach conducted at an infectious diseases unit in Paraíba, Brazil, from January to February 2014. The data collection instrument was based on the Theory of Basic Human Needs by Wanda de Aguiar Horta, followed by the classification system CIPE[®] version 2.0 to construct the diagnoses.

Results: Data analysis resulted in 36 nursing diagnoses statements, with a higher prevalence of impaired food intake, cachexia, impaired spontaneous bladder elimination, impaired oral cavity hygiene, exposure to contamination, rapid heart rate, insomnia, drug abuse, alcohol and tobacco abuse, social isolation, acceptance and fear.

Conclusions: The identification of a diagnostics profile is critical to guide nursing interventions.

Keywords: Nursing process. Nursing care. Communicable diseases.

RESUMEN

Objetivo: Definir el perfil de los diagnósticos de enfermería de los pacientes hospitalizados en la unidad de enfermedades infecciosas.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, con abordaje cuantitativo, realizado en la unidad de enfermedades infecciosas de Paraíba, Brasil, de enero a febrero de 2014. Para la recolección de datos se utilizó un instrumento construido a partir de la teoría de las necesidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta, más adelante se usó la CIPE[®] versión 2.0 como sistema de clasificación para el diagnóstico de edificios.

Resultados: Tras el análisis de datos se han enumerado 36 diagnósticos de enfermería afirmativas, se presentan con mayor prevalencia, los siguientes: alimentos con problemas de admisión, caquexia, alteración de la eliminación vesical espontánea, higiene deterioro de la cavidad oral, la exposición a la contaminación, el ritmo sostenido, insomnio, abuso de drogas, el alcohol y el tabaco, el aislamiento social, la aceptación y el miedo.

Conclusiones: finales en cuenta que la identificación de perfil de diagnóstico es fundamental para la dirección de las intervenciones de enfermería.

Palabras clave: Procesos de enfermería. Atención de enfermería. Enfermedades transmisibles.

^a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

^b Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

^c Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

^d Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Departamento de Enfermagem. Rio Grande do Norte, Natal, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

O panorama epidemiológico das doenças transmissíveis tem apresentado mudanças significativas, sendo observado através do parâmetro de morbi e mortalidade que vem sendo apresentado em todo o mundo. Porém, mesmo que com o novo modelo tecnológico decorrente do processo de mundialização oferte avanços, as doenças infectocontagiosas inspira desafios e cobram novas formas de atenção a saúde a população, a exemplo da pandemia decorrente do vírus da Influenza A (H1N1)⁽¹⁾.

No Brasil, as Doenças Infeciosas e Parasitárias (DIP) sofre um declínio de morbidade por volta do século XX, decorrente de uma maciça atuação da políticas de saúde. Como também os índices de mortalidade descrescem, por exemplo, no ano de 1930 a mortalidade por DIP ocupava 45,7% de todos os óbitos no país. Já, em 1980 a taxa caiu para 9,3% e nos últimos anos a incidência variou de 4,9%, de acordo com o boletim epidemiológico de Doenças Sexualmente Transmissíveis⁽²⁾.

Assim, é consenso que a situação das DIP no Brasil entre o período compreendido do início do ano 1980 até os presentes dias, configura-se um quadro complexo, necessitando de maior aprimoramento científico dos profissionais de saúde. O profissional de enfermagem precisa buscar constantemente a qualificação, para que assim seja provedor de uma assistência organizada e direcionada, ou seja, sistemática^(1,3).

Neste sentido, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) trata-se de um trabalho profissional específico e pressupõe um serie de ações dinâmicas e inter-relacionadas, que pode ser implantado em todos os ambientes de saúde, como serviços públicos e privados. Sua aplicação á pacientes com DIP se justifica decorrente das diversas manifestações de enfermidade que acomete o cliente, tornando-se bastante complexo e enriquecedor⁽⁴⁾.

Diante deste complexo, Horta considera que as ações sistemáticas proporcionam um dimensionamento das necessidades humanas através de um estado de equilíbrio e desequilíbrio entre partes. Com isso, torna-se necessário que o trabalho seja desenvolvido conforme o método científico, para Horta, configura-se como o processo de enfermagem, descrito como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, organizado nas seguintes fases: histórico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico⁽⁵⁾.

Porém, para a operacionalização de qualquer tipo de mecanismo sistemático ás DIP, como a criação de diagnóstico de enfermagem, torna-se fundamental a utilização de uma terminologia comum, pois a documentação do seu

cuidado, conforme o Processo de enfermagem é viabilizado por meio da utilização de terminologias⁽⁶⁾. A CIPE[®] é considerada o sistema unificador da linguagem de enfermagem, surgiu como resultado da aspiração dos enfermeiros por um sistema que representasse a prática de enfermagem mundialmente, que permite projetar tendências sobre as necessidades dos pacientes, a provisão de tratamentos, bem como a utilização de recursos e resultados dos cuidados de enfermagem⁽⁷⁻⁸⁾.

Assim, a CIPE[®] está estruturada no modelo dos sete eixos, que contem termos a qual serão utilizados para a construção dos diagnósticos, intervenções e resultados, esses eixos são: foco, julgamento, meio, ação, tempo, localização e cliente⁽⁹⁾.

Em busca da produção científica sobre a CIPE[®] nas bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde: Literatura Latino-Americana e do Caribe (Lilacs) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Biomédica (Medline); SCOPUS, CINAHL, verificou-se a predominância de estudos descritivos, quantitativos, voltados ao modelo clínico-individual, pesquisas relatando o uso da CIPE[®] nos Estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e Paraíba, bem como a importante contribuição da Associação Brasileira de Enfermagem com o projeto Classificação Internacional da Prática de Enfermagem na Saúde Coletiva (CIPESC). Nesse sentido, constou-se a inexistência na literatura trabalhos que utilizam a CIPE[®] em unidades de infectologia. Em face, a relevância do estudo volta-se em conhecer as reais necessidades do sujeito da unidade de infectologia, para que assim, seja estruturada uma assistência de enfermagem sistemática, acolhedora e humanizada.

A partir da lacuna de conhecimentos identificada sobre o assunto exposto, questiona-se: os focos da prática de enfermagem na área de infectologia subsidiam a construção de diagnóstico de enfermagem utilizando a CIPE[®] versão 2.0?

Assim, o presente estudo objetivou delinear o perfil diagnóstico de enfermagem de pacientes hospitalizados em unidade de infectologia.

■ MÉTODOS

Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido em unidade de infectologia do hospital de ensino Alcides Carneiro, Campina Grande, na Paraíba. A presente instituição configura-se em processo de aprimoramento frente às organizações sistemáticas de enfermagem no âmbito setorial. A população do estudo constou de todos os sujeitos hospitalizados na referida unidade, identificados e assistidos no período de estudo. Ressalta-se que o

percentual máximo de internação no setor de infectologia não ultrapassa 10% do total de internações e que esses pacientes ficam em média de três meses. A seleção dos sujeitos da pesquisa foi obtida através da amostragem por conveniência do tipo consecutiva.

Calculou-se a amostra probabilística sem reposição a partir da média anual (40) dos pacientes assistidos no referido hospital durante os anos de 2009 a 2013⁽¹⁰⁾. Para tanto, utilizou-se o cálculo para populações finitas com erro amostral de 10% e o nível de confiança de 95% ($Z_{\infty}=1,96$), constituindo-se assim uma amostra de 19 pacientes.

Assim, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: estar hospitalizado na clínica no momento da coleta de dados e ser maior de 18 anos de idade, sendo excluídos do estudo os pacientes que apresentaram nível de consciência rebaixado e dificuldade de comunicação.

Antes de iniciar a coleta de dados, os participantes do estudo foram esclarecidos acerca das especificidades do estudo e do atendimento aos princípios bioéticos. Além disso, foi realizada uma leitura pelo pesquisador do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que o participante compreendesse de forma clara o objetivo do estudo e posteriormente assinasse ou fizesse sua impressão dactiloscópica.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro á fevereiro de 2014, articulada por entrevista e roteiro de exame físico. O instrumento elencava as características sociodemográficas como sexo, faixa etária, estado civil, profissão, procedência, religião e doença. Ressaltando que para a categorização quanto à doença buscou-se os diagnósticos médico fechados que estavam no prontuário. O presente instrumento não sofreu qualquer tipo de adequação diante da realidade da pesquisa, pois respondia todas as inquietações dos pesquisadores⁽¹¹⁾.

Assim, o mesmo norteava os achados de sinais e sintomas encontrados a partir do exame físico e da anamnese do paciente, sendo construído á partir da teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Aguiar Horta, subcategorizado em psicobiológicas, psicossociais e espirituais, contemplando uma gama de variáveis, como por exemplo, categorias que avaliavam a condição dos olhos, ouvidos, boca, coração, pulmão, e abdome⁽¹¹⁾. Para a complementação dos dados foi realizado a mensuração do nível de oxigênio através do oxímetro de pulso; a pressão arterial através do esfigmomanômetro e estetoscópio e, por fim, um termômetro, a fim de verificar a curva térmica.

A articulação da coleta de dados transcorreu na enfermagem do sujeito da pesquisa respeitando a privacidade do paciente, pois para cada enfermagem existia apenas um leito. Para auxiliar no processo de análise dos achados e ilustrar

o raciocínio clínico da construção dos diagnósticos de enfermagem, recorreu-se à ferramenta *CMap Tools* em sua versão 5.03, um *software* desenvolvido e distribuído gratuitamente pelo *Institute for Human Machine Cognition da University of West Florida*, e utilizado para fazer a autoria de mapas conceituais em que o usuário elabora e cria os mapas, podendo compartilhar o conhecimento expresso com outros usuários⁽¹²⁾. Nesse sentido, para a construção dos diagnósticos da CIPE® 2.0 seguiu-se os preceitos estabelecidos pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN). Sendo estes: presença de um termo do eixo foco e julgamento

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte de acordo com CAAE 21420813.2.0000.5182, parecer nº 510.708, visto que foram seguidas todas as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹³⁾.

■ RESULTADOS

Participaram do estudo 19 sujeitos com idade mínima de 46 anos e máxima 55 (57,89%). A maioria eram homens (84,22%), casado (63,15%), agricultor (42,10%), com procedência do município de ingá (63,15%) da Paraíba e católico (94,74%). De acordo com o diagnóstico médico (84,22%) eram pessoas com HIV/AIDS.

Em seguida, para a construção das afirmativas de diagnósticos, os dados foram agrupados em casos clínicos e arquitetados em mapas conceituais, utilizando como ferramenta o *Cmap Tools*. Deste modo, para cada paciente, foi formulado um mapa conceitual, para que assim fosse visualizado todo o processo de raciocínio diagnóstico. Na Figura 1, fica demonstrado como transcorreu todo o processo da construção das afirmativas de forma exemplificada.

Neste sentido, o quantitativo encontrado de afirmativas de diagnóstico foram 36, as quais 25 enquadraram-se nas necessidades psicobiológicas e 11 nas psicossociais, salientando que as afirmativas com sinônimas chegaram a um montante de 82 afirmativas. Contudo, para um melhor entendimento dos resultados obtidos, enquadraram-se os achados das afirmativas de diagnósticos de acordo com as necessidades humanas básicas, conforme Tabela 1.

Dando segmento aos achados, a Tabela 2 explana as afirmativas de diagnóstico, conforme as necessidades psicossociais, logo abaixo:

■ DISCUSSÃO

De acordo com os resultados, observou-se que dentro das 36 afirmativas de diagnósticos de enfermagem as mais

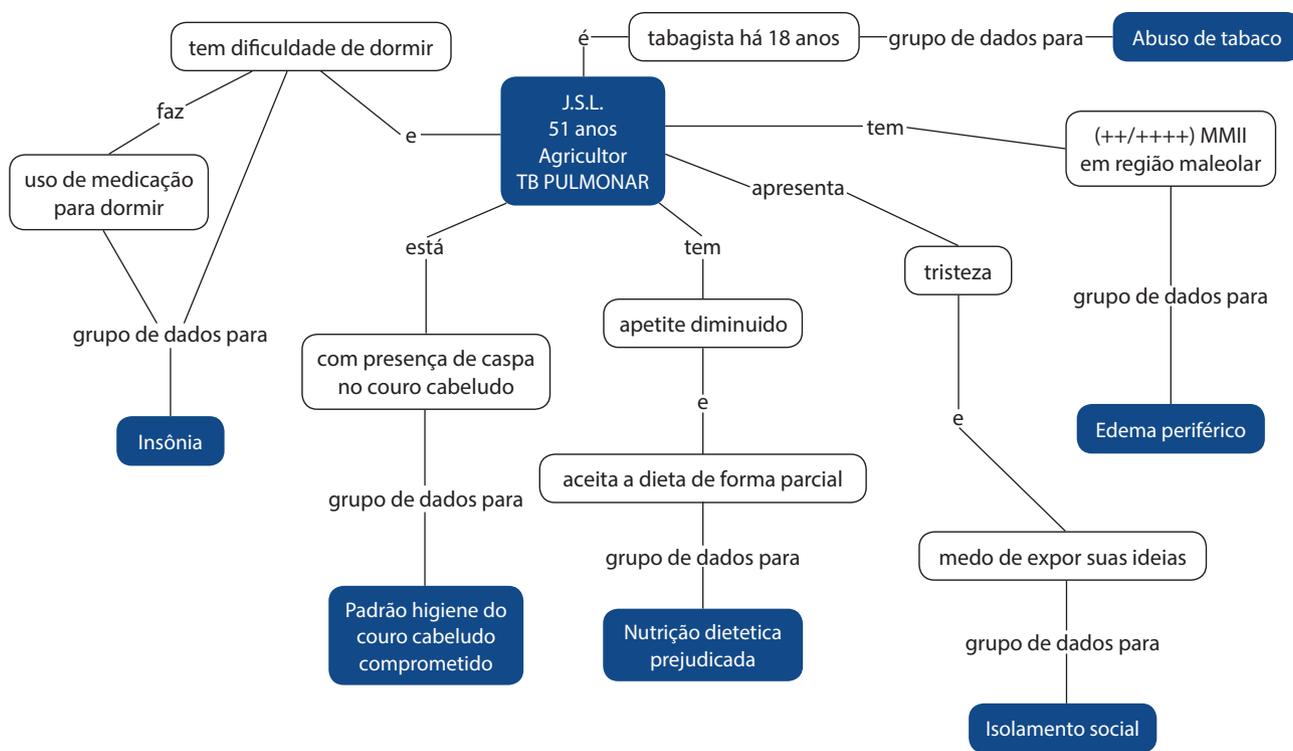


Figura 1 – Representação esquemática do raciocínio diagnóstico do Caso Clínico. Campina Grande – PB, 2014

Fonte: Informações da pesquisa, 2014.

prevalentes foram: ingestão de alimento prejudicada, caquexia, eliminação vesical espontânea comprometida, higiene da cavidade oral prejudicada, exposição à contaminação, ritmo cardíaco acentuado, insônia, abuso de drogas, abuso de álcool e tabaco, isolamento social, aceitação e medo.

Nesse sentido, percebe-se que algumas afirmativas estão interligadas as outras ou não, como por exemplo, a higiene da cavidade oral prejudicada, pode levar a dificuldade para a ingestão do alimento. Na versão CIPE® versão 2.0⁽¹⁴⁾ delinea-se a ingestão de alimento, ou, nutricional como o processo de suprimento em nutrientes proteínas, minerais, glicídios e vitaminas lipossolúveis necessária para o crescimento, funcionamento normal e manutenção da vida. Em contrapartida a CIPE® versão 2.0⁽¹⁴⁾ define-se a higiene oral como a manutenção da flora orofaríngea.

No entanto, dos sujeitos da pesquisa muitos apresentavam a flora prejudicada decorrente, ou não do processo patológico, pois alguns que tinham diagnóstico de HIV/AIDS apresentavam a mucosidade prejudicada dificultando na deglutição, relatando a odinofagia. Nota-se que a falta de higienização da cavidade oral, pode potencializar o desequilíbrio na mucosa oral, acarretando a abstenção alimentar, possivelmente predispondo a um quadro de caquexia e assim afetando no suporte nutricional do sujeito⁽¹⁵⁾.

O diagnóstico Caquexia configura-se como condição de magreza, perda muscular, falta de forças e enfraquecimento habitualmente associada com mau estado geral ou a doenças como o HIV/AIDS e a tuberculose⁽¹⁴⁾. Estudos apontam que pessoas com doenças infectocontagiosas podem apresentar, ou, não o quadro de caquexia, mas nos participantes do estudo a prevalência do quadro era presente em decorrência da maioria ter como diagnóstico médico o HIV/AIDS, pois ainda ponderasse o presente quadro devido a Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS) que atenua a produção do hormônio grelina produzido no plexo entérico a qual estimula receptores para promover a sensação de fome⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

O diagnóstico exposição à contaminação definido pela CIPE versão 2.0 como processo patológico⁽¹⁴⁾, esteve presente nos sujeito do estudo, pois tal fato, deve-se a falta de resposta do sistema imunológico, e ainda tornam-se susceptíveis a agentes contaminantes no meio hospitalar decorrente da diversidade da flora que compõe a unidade de infectologia, proporcionando assim, uma resistência terapêutica.

Dentre as demais afirmativas diagnósticas elencadas, alguns sujeitos apresentaram um comprometimento no sistema urinário, levando a uma disfunção miccional, ou

Tabela 1 – Distribuição de diagnósticos de enfermagem dos pacientes acometidos por doenças infectocontagiosas, conforme necessidades humanas básicas psicobiológicas do Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC, Campina Grande – PB, 2014 (n=19)

Diagnósticos de Enfermagem/ Necessidades Humanas Básicas Psicobiológicas	Sim	%	Não	%
Edema periférico	01	5,26	35	94,74
Regurgitação presente	01	5,26	35	94,74
Peso diminuído	01	5,26	35	94,74
Defecação comprometida	01	5,26	35	94,74
Eliminação intestinal excessiva	01	5,26	35	94,74
Sonolência	01	5,26	35	94,74
Mobilidade física prejudicada	01	5,26	35	94,74
Ansiedade	01	5,26	35	94,74
Tremor presente	01	5,26	35	94,74
Integridade da pele prejudicada	01	5,26	35	94,74
Desidratação	01	5,26	35	94,74
Hipertermia	01	5,26	35	94,74
Ingestão de alimentos prejudicada	02	10,52	34	89,48
Higiene da cavidade oral prejudicada	02	10,52	34	89,48
Exposição a contaminação	02	10,52	34	89,48
Ritmo cardíaco acentuado	02	10,52	34	89,48
Abuso do tabaco	02	10,52	34	89,48
Nutrição dietética prejudicada	02	10,52	34	89,48
Caquexia	03	15,78	33	84,22
Eliminação vesical espontânea comprometida	03	15,78	33	84,22
Abuso de álcool e tabaco	03	15,78	33	84,22
Excesso de peso	04	21,05	32	78,95
Padrão de higiene do couro cabeludo comprometido	05	26,31	31	73,69
Insônia	06	31,57	30	68,43
Abuso de Drogas	06	31,57	30	68,43

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

seja, à diurese diminuída, acarretando um quadro de oligúria (500 ml/24h), e muitas vezes à anúria (50 ml/24h). Muitos apresentavam dor miccional e relatava a presença de substâncias exsudativas no canal da uretra⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Nesse sentido a CIPE versão 2.0 define a eliminação vesical espontânea comprometida como qualquer tipo de disfunção que acarrete o sistema urinário e leve a diminuição urinária⁽¹⁴⁾.

A insônia outra inferência presente nos sujeitos da pesquisa, que leva a um sono prejudicado, está definido como a incapacidade crônica de dormir, ou, de se manter a dormir a noite toda, frequentemente associada a fatores psicológicos e físicos⁽¹⁴⁾. A causa deste quadro suponha-se

que decorre tanto de reações medicamentosas como das inquietações psicológicas, como o medo da morte e por está em tratamento de uma doença infectocontagiosas que ainda soa com os maus olhos na sociedade⁽⁹⁾.

Dentre a regulação vascular, o diagnóstico de enfermagem ritmo cardíaco acentuado, que está definido na CIPE versão 2.0, como ritmo, ou seja, qualquer tipo de disfunção orgânica de cunho patológico que afete o ritmo da contratilidade cardíaca⁽¹⁴⁾. As causas do descompasso do ritmo se atrelam a uma gama de fatores, como medicamentos, excesso de líquido nos espaços celulares e cardiopatias. O descompasso do ritmo cardíaco é traduzido como qua-

Tabela 2 – Distribuição de diagnósticos de enfermagem dos pacientes acometidos por doenças infectocontagiosas conforme necessidades humanas básicas psicobiológicas do Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC, Campina Grande – PB, 2014 (n=19)

Diagnósticos de Enfermagem/ Necessidades Humanas Básicas Psicoespirituais	Sim	%	Não	%
Capacidade de se comunicar através da fala prejudicada	01	5,26	35	94,74
Estado de consciência alterada	01	5,26	35	94,74
Apoio familiar	01	5,26	35	94,74
Solidão	01	5,26	35	94,74
Aceitação	02	10,52	34	89,48
Medo	02	10,52	34	89,48
Isolamento social	05	26,31	31	73,69

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

dros de arritmias, onde o coração apresenta uma frequência cardíaca acima (60-100 bpm, em adultos), levando a uma taquicardia e abaixo de 60 bpm uma bradicardia⁽⁶⁾.

O diagnóstico de abuso de drogas, álcool e tabaco definido como o excesso das presentes substâncias, ou, o uso inadequado das mesmas⁽¹⁴⁾ foi prevalente aos sujeitos da pesquisa. Pois, o uso excessivo dessas substâncias altera o estado de ânimo ou comportamento do usuário, tornando-se vulnerável. As drogas lícitas, como a nicotina do tabaco, alteram a viscosidade do sangue. O álcool leva à perda do juízo crítico, do comportamento, da concentração e da consciência. Já as drogas ilícitas, como a cocaína e a maconha, acarretam uma exacerbação sintomatológica como taquicardia, convulsão, arritmias ventriculares e alucinações⁽¹⁸⁾.

Por fim, frente às necessidades psicossociais, elencaram-se as afirmativas de diagnóstico, como aceitação, medo e isolamento social, partindo de pressupostos aflorados pelos participantes da pesquisa. Para a CIPE versão 2.0 aceitação está definida como gerir e controlar ao longo do tempo sentimento de apreensão e tensão. O medo está em sentir-se ameaçado em perigo e ou perturbado a causas conhecidas ou desconhecidas, e o isolamento social falta de capacidade ou energia para tolerar ou completar as atividades⁽¹⁴⁾.

Assim, o convívio social entre as pessoas com doenças transmissíveis torna-se bastante restritiva, a partir do momento em que o meio social sabe do seu acometimento patológico ou, mesmo não detendo a ciência do fato, a pessoa tem como mecanismo de defesa o isolamento social, evitando certos tipos de meios, representados como potencialmente discriminatórios⁽¹⁹⁾.

Por isso, muitos dos pacientes se isolam e não deixam ser ajudados, ou muitos expõem seus medos e anseios

diante da sua condição de saúde e como será á diante, pois vivencia ainda um estigma dentro da sociedade. Notou-se que os sujeitos do estudo não sentia-se aberto para se falar das suas condição religiosa, podendo ser decorrente de um medo, isolando-se assim, de qualquer tipo de contato, ou até mesmo das práticas terapêuticas⁽²⁰⁾.

■ CONCLUSÕES

Após a análise dos dados, delimitou-se, o perfil diagnóstico de enfermagem a pacientes internados na unidade de infectologia, proporcionando assim, o aprimoramento á pratica de enfermagem para que futuramente possam-se delinear as intervenções e os resultados. Mostra-se o quanto é importante, e está cada vez mais presente o uso da CIPE para o aprimoramento da prática de enfermagem.

O perfil diagnóstico foi composto por 36 afirmativas distribuído entre as necessidades psicobiológicas e psicossociais, apresentado com maior incidência, estas: ingestão de alimento prejudicada, caquexia, eliminação vesical espontânea comprometida, higiene da cavidade oral prejudicada, exposição a contaminação, ritmo cardíaco acentuado, insônia, abuso de drogas, abuso de álcool e tabaco, isolamento social, além de aceitação e medo

O presente estudo ficou limitado à realidade de um município do Nordeste do país, mas acredita-se que esse trabalho possa incentivar novas pesquisas sobre a utilização da CIPE em unidades de infectologia.

Espera-se, que os resultados aqui encontrados contribuam para os avanços e incorporação desta linguagem universal na descrição da prática profissional, em prol da melhoria da qualidade da assistência de enfermagem no cenário nacional.

Desta forma, reflexões são necessárias acerca das formas de assistência de enfermagem aos pacientes com doenças infectocontagiosas, pois, acredita-se, que a evidencia científica proporcionada pelo estudo possibilite um aprimoramento tanto aos enfermeiros da prática, como para campos da pesquisa, extensão e ensino.

■ REFERÊNCIAS

1. Yamamura M, Dias AAL, Milani D, Santos EC, Ornelas J, Figueiredo RM. Produção nacional e acesso sobre enfermagem e doenças transmissíveis. *UNOPAR Cient, Ciênc Biol Saúde*. 2011;13(nesp):299-306.
2. Silva Junior GB, Daher EF. Tropical diseases-associated kidney injury. *Rev Bras Clin Med*. 2013;11(2):155-64.
3. Oliveira KKD, Fernandes APNL, Moura SGF. Perfil de morbidade por patologias infectocontagiosas entre crianças de 0 a 12 anos. *FIEP Bulletin on-line [Internet]*. 2012 [citado 2015 maio 10];82(Article II):[7 telas]. Disponível em: <https://fiepbulletin1.websiteseuro.com/index.php/fiepbulletin/article/view/2303/4387>
4. Alves AR, Lopes CHAF, Jorge MSB. Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2010 [citado 2014 jun. 09];42(4):649-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a05.pdf>.
5. Horta WA. *Processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
6. Araújo AA, Nobrega MML, Garcia TR. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE®. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):385-92.
7. Mattei FD, Toniolo RM, Malucelli A, Cubas MR. Uma visão da produção científica internacional sobre a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(4):823-31.
8. Cubas MR, Carvalho CMG, Malucelli A, Denipote AGM. Mapeamento dos termos dos eixos tempo, localização, meio e cliente entre versões da CIPE® e CIPESC®. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(6):1100-5.
9. Siqueira MCF, Bittencourt GKGD, Nóbrega MML, Nogueira JA, Silva AO. Banco de termos para a prática de enfermagem com mulheres idosas com HIV/aids. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(1):28-34.
10. Fontelles MJ, Simões MG, Almeida JC, Fontelles RG. Metodologia da pesquisa: diretrizes para o cálculo do tamanho da amostra. *Rev Paran Med*. 2010;24(1):57-64.
11. Andrade LL. Construção de instrumentos para a documentação do processo de enfermagem em uma clínica de doenças infectocontagiosas [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2012.
12. Tavares R. Construindo mapas conceituais. *Ciências Cognição*. 2007;12(1):72-85.
13. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil*. 2013 jun. 13;150(112 Seção 1):59-62.
14. *Cipe versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2.0*. São Paulo: Algor Editora; 2011.
15. Nettina SM. *Prática de enfermagem*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
16. Smeltzer SC, Bare BG. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
17. Costa AGS, Oliveira ARS, Alves FEC, Chaves DBR, Moreira RP, Araújo TL. Diagnóstico de enfermagem mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):753-8.
18. Cardoso LRD, Malbergier A, Figueiredo TFB. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/aids. *Rev Psiq Clín*. 2013;35(1):70-5.
19. Costa TL, Oliveira DC, Formozo GA, Gomes AMT. Pessoas com HIV/aids nas representações sociais de enfermeiros: análise dos elementos centrais, contranormativos e atitudinais. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(6):1091-9.
20. Ducan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mil JG, Schmidt MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(1):126-34.

■ Endereço do autor:

Vinicius Lino de Souza Neto
 Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
 Centro de Ciências da Saúde – Departamento
 de Enfermagem
 Campus Central, s/n, Lagoa Nova
 59078-970 Natal – RN
 E-mail: vinolino@hotmail.com

Recebido: 11.11.2014

Aprovado: 03.07.2015