

Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ISSN: 1982-0194

Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de
São Paulo

Souza, Vinicius Lino de; Silva, Richardson Augusto Rosendo da; Rocha, Cintia
Capistrano Teixeira; Costa, Rayane Teresa da Silva; Nóbrega, Maria Miriam Lima da
Diagnósticos de enfermagem da CIPE® para pessoas com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Acta Paulista de Enfermagem, vol. 30, núm. 6, 2017, pp. 573-581
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo

DOI: 10.1590/1982-0194201700081

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307054517002>

Como citar este artigo

Número completo

Mais artigos

Home da revista no Redalyc

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa acesso aberto

Diagnósticos de enfermagem da CIPE® para pessoas com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ICNP® nursing diagnoses for people with acquired immunodeficiency syndrome

Vinicius Lino de Souza Neto¹

Richardson Augusto Rosendo da Silva¹

Cintia Capistrano Teixeira Rocha¹

Rayane Teresa da Silva Costa²

Maria Miriam Lima da Nóbrega²

Descritores

Processos de enfermagem; Cuidados de enfermagem; HIV; Síndrome da imunodeficiência adquirida

Keywords

Nursing process; Nursing care; HIV; Acquired immunodeficiency syndrome

Submetido

7 de Junho de 2017

Aceito

17 de Novembro de 2017

Resumo

Objetivo: Identificar diagnósticos de enfermagem da CIPE®, a partir dos fenômenos da prática de enfermagem evidenciados na avaliação da saúde de pessoas vivendo com a Síndrome da Imunodeficiência adquirida.

Métodos: Estudo transversal com 120 pessoas vivendo com Aids em um hospital de doenças infectocontagiosas. Para a coleta de dados empregaram-se um roteiro de entrevista e exame físico. A elaboração dos diagnósticos foi realizada utilizando-se a CIPE®. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva e inferencial.

Resultados: Identificaram-se 72 fenômenos da prática de enfermagem, sendo possível a elaboração de 37 diagnósticos. Destes, apenas 11 obtiveram o índice de Concordância e índice de validação de conteúdo > 0.80, sendo considerados validados; dos quais sete foram classificados dentro das necessidades psicobiológicas e quatro nas psicossociais.

Conclusão: A identificação dos fenômenos da prática de enfermagem corrobora na elaboração dos diagnósticos, resultados e intervenções direcionados às necessidades prioritárias de pessoas vivendo com Aids.

Abstract

Objective: To identify ICNP® nursing diagnoses from nursing practice phenomena evidenced in health evaluation of people living with the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS).

Methods: Cross-sectional study with 120 people living with AIDS at a hospital for the treatment of infectious and contagious diseases. Data collection was carried out using an interview script and a physical exam. Diagnoses were formulated using the ICNP® guidelines. Data were analyzed through descriptive and inferential statistics.

Results: Seventy-two nursing practice phenomena were identified, and 37 diagnoses were given. Among them, 11 reached agreement and content validity indexes > 0.80 and were considered validated. Within this set of diagnoses, seven were categorized in the group of psychobiological needs and four were included in the group of psychosocial demands.

Conclusion: The identification of nursing practice phenomena helps to formulate diagnoses, results, and interventions oriented to the essential needs of people living with AIDS.

Autor correspondente

Vinicius Lino de Souza Neto
Campus Central, s/n,
59078-970, Natal, RN, Brasil.
vinolino@hotmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700081>



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

²Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

Conflitos de interesse: manuscrito extraído da dissertação: "Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem da CIPE para pessoas vivendo com Aids", 2016, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) perfaz atualmente um dos grandes desafios à pesquisa, tratamento e intervenção clínica e social. Embora tenham sido obtidos grandes avanços no enfrentamento dessa enfermidade, ela ainda é considerada um problema de saúde pública mundial. De 1980 a junho de 2016, foram notificados no Brasil 842.710 casos dessa doença. O país tem registrado, anualmente, uma média de 41,1 mil casos de Aids nos últimos cinco anos.⁽¹⁾

Nesse sentido, a Aids demanda atenção tanto de gestores quanto dos profissionais de saúde no tocante às medidas de prevenção, tratamento e reabilitação dos indivíduos. O enfermeiro se insere nesse contexto como um importante facilitador do cuidado às pessoas vivendo com Aids, seja realizando os procedimentos de enfermagem durante a internação hospitalar ou avaliando e prestando orientações sobre seu estado de saúde, exames, medicamentos, dieta e prevenção da transmissão do vírus.^(1,2)

Para tanto, é necessário que o enfermeiro, ao cuidar de pessoas vivendo com Aids, atue atuando implementando tecnologias de saúde de maneira integral e sistematizada, a fim de alcançar uma melhor qualidade e uma resolutividade na assistência a essa clientela.⁽²⁾

Dentre as diversas tecnologias da Enfermagem, tem-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem, a qual permite o ordenamento das ações e intervenções assistenciais à saúde. E possibilita a inserção de diversos métodos, como o Processo de Enfermagem (PE), o qual é um instrumento metodológico que permite identificar, compreender e descrever as necessidades da pessoa, família e coletividade humana, além de documentar a prática profissional.⁽³⁾

O Diagnóstico de Enfermagem (DE), que compõe uma das etapas do PE, caracteriza-se por ser uma etapa vital, pois o enfermeiro analisa, tabula e infere as necessidades prioritárias por meio de diagnósticos, requerendo, assim, o uso do raciocínio clínico sobre a condição de saúde, para que assim possa interligar os dados, sejam clínicos, sociais ou comportamentais, elencados no histórico de enfermagem.^(4,5)

Para tanto, é preciso usar linguagens padronizadas, que são instrumentos que apoiam a prática do

raciocínio clínico, como também organizam as condições necessárias à realização do cuidado da Enfermagem.⁽⁵⁾ Dentre elas destaca-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), que é um banco de termos da linguagem de enfermagem, apresentando-se ampla e sensível à diversidade cultural, de modo que sirva para os múltiplos fins e propósitos requeridos por distintos países.⁽⁶⁾

Diante disso, estudos que relacionam a formulação de diagnóstico, por meio do raciocínio clínico, utilizando-se a CIPE®, são fundamentais para a prática clínica do enfermeiro. Para respaldar e justificar o desenvolvimento do estudo realizou-se uma revisão integrativa da literatura na busca por produções científicas que abordassem o cuidado de enfermagem às pessoas vivendo com Aids por meio da utilização da CIPE®. Verificaram-se lacunas no que tange a pesquisas com a CIPE® para essa população.

Diante dessa lacuna na literatura, a relevância do estudo volta-se a conhecer as necessidades prioritárias, como também ampliar a prática dos cuidados sistemáticos a essa população, por meio da utilização de sistemas de classificação de enfermagem, como a CIPE®. Nesse sentido, há benefícios com a implementação desse sistema, como a melhora da assistência a essa clientela, da qualidade das informações de enfermagem e da organização do serviço.

A partir desse contexto questiona-se: que diagnósticos de enfermagem da CIPE® podem ser identificados a partir dos fenômenos da prática de Enfermagem evidenciados na avaliação da saúde de pessoas vivendo com Aids? Assim, o estudo teve como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem da CIPE®, a partir dos fenômenos da prática de enfermagem evidenciados na avaliação da saúde de pessoas vivendo com a Síndrome da Imunodeficiência adquirida.

Métodos

Estudo transversal com abordagem quantitativa realizado com 120 pessoas vivendo com Aids internadas em um hospital de doenças infectocontagiosas, localizado na Região Nordeste do Brasil. O tamanho da população foi baseado na média aritmética de atendimentos da unidade nos últimos 5 anos

(2010 a 2014) de pessoas com diagnóstico de Aids, totalizando 300,2 pacientes.

O cálculo do tamanho da amostra se deu a partir da fórmula para populações finitas, levando em consideração o nível de confiança de 95% ($Z_{\infty}=1,96$), o erro amostral de 5% e a população de 300,2 pacientes.⁽⁷⁻¹⁰⁾ Assim, a amostra foi constituída por 120 pessoas, as quais foram selecionadas por conveniência, de forma consecutiva.

Para a seleção da amostra adotaram-se os seguintes critérios: ter sido diagnosticado clinicamente com Aids; apresentar idade acima de 18 anos; estar internado no hospital no período de coleta de dados. Como critérios de exclusão adotaram-se: gestantes, presidiários e os que apresentavam algum tipo de transtorno mental, avaliado por meio do Minixame do Estado Mental.⁽¹¹⁾

Após a aplicação de tais critérios, e com a amostra delimitada, realizou-se a coleta de dados por meio de um instrumento que contemplava dados sociodemográficos, clínicos (forma de transmissão, tempo de diagnóstico, presença de afecções oportunistas e aderência aos antirretrovirais) e indicadores das necessidades humanas básicas psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, de acordo com a teoria de Horta.⁽¹²⁾

Tais itens do instrumento foram validados por 41 enfermeiros especialistas quanto aos seguintes critérios: conteúdo, aparência, utilidade/pertinência, consistência, clareza, objetividade, simplicidade, exequibilidade/aplicabilidade, atualização, precisão, sequência instrucional dos tópicos e avaliação geral. Para tanto, buscou-se por enfermeiros especialistas na Plataforma *Lattes*, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que desenvolveram estudos relacionados aos Diagnósticos de Enfermagem, utilizando-se a CIPE®, com ênfase nas doenças infectocontagiosas. Dentre os especialistas, a maioria era do sexo feminino (90%), com idade de 40 anos (60%), residentes na Região Sudeste do Brasil (40%), trabalhavam em instituições de ensino (70%) e possuíam doutorado (50%).

O tempo estabelecido para o retorno dos especialistas foi de 30 dias e as sugestões apontadas foram contempladas em julho de 2015. Após as adequações realizadas no instrumento, aplicou-se um pré-teste com 10% da amostra estudada, sendo avaliado após

a coleta de dados. Como não houve necessidade de alterações no instrumento, os mesmos foram incluídos na amostra deste estudo. Vale ressaltar que a validação do instrumento correspondeu à outra fase da pesquisa.

A identificação dos diagnósticos de enfermagem ocorreu concomitante à coleta de dados. Assim, dois autores deste artigo, sendo um mestre e o outro, doutor, compilaram os fenômenos de enfermagem de cada pessoa vivendo com Aids, e elaboraram os possíveis diagnósticos de enfermagem com base na CIPE® versão 2015. Nesta etapa, adotou-se o raciocínio diagnóstico de Gordon, que se volta ao modelo hipotético-dedutivo considerando a testagem preditiva da hipótese como a chave do processo diagnóstico.⁽¹³⁾

Ressalta-se que, no processo de inferência diagnóstica, as histórias clínicas foram individualmente avaliadas. Os diagnósticos que apresentavam concordância entre os avaliadores foram aceitos. Aqueles em que havia discordância eram reavaliados em suas histórias clínicas até que se obtivesse um consenso.

Em seguida, foi construído um banco de dados utilizando o *software Microsoft Excel* 2009, que continha a história clínica descritiva, os fenômenos da prática de enfermagem e os respectivos diagnósticos de enfermagem, sendo encaminhados aos pesquisadores do Centro CIPE® para avaliarem se as afirmativas propostas eram pertinentes às pessoas vivendo com Aids. Os critérios adotados para a seleção dos especialistas no Centro CIPE® foram: fazer parte do centro há mais um ano e realizar pesquisas no campo de formulação de diagnóstico de enfermagem no âmbito da infectologia. O único critério de exclusão adotado foi não possuir artigo científico publicado em revista científica, sobre a temática pesquisada.

Posteriormente, os dados foram compilados e processados pelo programa *IBM Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.0 for *Windows*. Para a análise da validação de conteúdo dos DEs pelos peritos da CIPE, foram verificados o índice de *Kappa*, índice de Validade de Conteúdo (IVC) e o teste binomial, considerada a última fase da pesquisa. Assim, Índices ponderados foram calculados para as pontuações atribuídas pelos peritos do centro CIPE® a cada DE. Com base numa escala *Likert* de cinco pontos (1 = nada pertinente; 2 = pouco pertinente; 3 = muito pertinente; 4 = pertinente; 5 = muitíssimo

pertinente), para mensuração da importância de cada DE, foi calculada uma média aritmética ponderada das notas atribuídas por cada perito para cada DE com a finalidade de produzir o IVC, considerando os valores como apresentados no quadro 1.

Quadro 1. Pontuações atribuídas aos indicadores - Diagnósticos de enfermagem

NOTA	PESO	NOTA	PESO	NOTA	PESO	NOTA	PESO	NOTA	PESO
1	0	2	0,25	3	0,5	4	0,75	5	1

Os DEs com coeficientes ponderados $\geq 0,80$ foram considerados pertinentes, no entanto, utilizou-se também o teste binomial, pois a média ponderada tende a superestimar os valores, fazendo com que alguns elementos apresentem Índices de Validade de Conteúdo altos.

Para o cálculo do Teste Binominal, a escala de *Li-kert* foi recodificada de forma dicotômica, na qual os itens marcados como 1, 2, ou 3 foram considerados como inadequados e os itens marcados como 4 (muito pertinente) ou 5 (muitíssimo pertinente) foram considerados adequados. Em seguida, a partir da frequência correspondente ao número de peritos que classificaram cada DE como adequado, foi calculado o teste estatístico binomial, com o objetivo de verificar se a proporção de peritos foi maior ou igual a um valor pré-estabelecido em 80%. Assim, os resultados com $p > 0,05$ indicaram que a proporção de peritos que classificaram os DEs como adequados pode ser igual ou superior a 80%, o que foi aplicado a todas os DEs validados.

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas éticas em pesquisa envolvendo seres humanos sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE 47380915.2.0000.5537.

Resultados

Dentre as 120 pessoas vivendo com Aids, a maioria era do sexo masculino (57,78%), com média de idade de 39 anos ($\pm 9,81$), casadas (63,85%); autônomas (41,33%); brancas (54,21%); e católicas (85,74%). A forma de contágio foi por via sexual (82,45%), o tempo de diagnóstico foi de 5 anos. Além disso, apresentaram como causa para internação: pneumonia (44,51%), diarreia crônica (35,28%) e neurotoxoplasmose (20,21%). No que tange ao tratamento, 51% tinham abandonado o tratamento.

Identificaram-se no processo de avaliação à saúde 72 fenômenos da prática de enfermagem, os quais foram classificados conforme as necessidades humanas básicas, como revela o quadro 2.

Assim, dos 72 fenômenos da prática de enfermagem foi possível a elaboração de 37 diagnósticos de enfermagem, os quais foram encaminhados para validação de conteúdo pelos peritos da CIPE®. O produto resultante da Validação de Conteúdo, levando-se em consideração o ponto de corte - Índice de Concordância (IC) e Índice de Validação de Conteúdo (IVC) ≥ 0.80 para os DE. Deste modo,

Quadro 2. Distribuição dos fenômenos da prática de enfermagem em pessoas vivendo com Aids, conforme as necessidades humanas básicas

Fenômenos da prática	Necessidades humanas básicas
Respiração ruidosa; rápida e abdominal; o uso da musculatura acessória; diâmetro anteroposterior; cianose periférica e central; pulso filiforme; expectoração sanguinolenta; perfusão vascular; frequência cardíaca alterada; secreção nasofaringe sanguinolenta; Anemia.	Oxigenação e regulação vascular.
Desidratação; edema periférico e central; mucosas ressecadas; Anasarca, Índice de adiposidade corporal; peritonite; balanço hídrico positivo; Turgor alterado.	Hidratação e regulação eletrolítica.
Emagrecido; desnutrido; dieta por sonda; lesões na naso e orofaringe; disfagia; dispepsia; náuseas; vômitos; diarreia; abdômen plano, com ruídos hidroaéreos; sonda vesical de demora e disúria; constipação.	Nutrição e eliminação.
Uso de medicações para o sono; fadiga; adinamia; estresse.	Sono e repouso
Média de temperatura de 39,5° C; cavidade oral; falhas dentárias; pele ressecada; seborreia; pediculose; equimose e pápula; hiperemia em região sacral.	Regulação térmica, cuidado corporal e integridade cutaneomucosa.
Alterações na marcha; diminuição da força muscular; diminuição da sensibilidade periférica; uso de álcool, drogas e tabagistas; infecções recorrentes, leucocitose/leucopenia (CD4/CD8); abandono do uso dos antirretrovirais; Práticas sexuais; Carga viral.	Locomoção, Mecânica corporal e motilidade, Segurança física do ambiente, regulação imunológica, terapêutica.
Disartria; fáceis de tristeza; afasia; apoio familiar; vive(m) sozinho(s); Irritabilidade; medo de expor suas ideias; estigma; Afasia de expressão e compreensão; Educação em saúde.	Comunicação/Aprendizagem (educação para a saúde)/Sociabilidade/Recreação e lazer Regulação neurológica.
Choro fácil; tristeza; falta de autoconfiança; medo da morte; mudanças corporais; Sem perspectivas de futuro; Desejo de conquista e vitória; Atributos positivos.	Autorrealização, Autoestima e Autoimagem.
Angústia, falta de uma crença espiritual.	Religiosidade/Espiritualidade.

Tabela 1. Distribuição de Diagnósticos de Enfermagem para pessoas com Aids, conforme as necessidades humanas básicas psicobiológicas (n=120)

Necessidades humanas básicas psicobiológicas	Diagnóstico de enfermagem	¹ IC > 0.80	¹ IVC > 0,80 (Escore)	² p-value
Oxigenação e regulação vascular	Dispneia acentuada	1.0	0,898	0,004
	Sangramento presente	0.70	0,735	0,248
	Perfusão vascular prejudicada	0.80	0,921	0,000
	Expectoração sanguinolenta	0.80	0,987	0,04
Nutrição e regulação nutricional	Caquexia presente	0.62	0,627	0,128
	Deglutição prejudicada	0.90	0,935	0,003
	Desidratação	1.0	0,824	0,001
Hidratação e regulação eletrolítica	Eliminação vesical espontânea comprometida	0.70	0,325	0,245
	Frequência intestinal excessiva	0.62	0,456	1,25
	Vômito presente	0.74	0,489	0,589
	Constipação presente	0.50	0,676	0,269
Locomoção, Mecânica corporal e motilidade/Regulação Neurológica	Mobilidade física prejudicada	0.70	0,354	1,29
	Tremor presente	0.60	0,489	0,450
	Sono prejudicado	0.70	0,754	0,680
Sono e Repouso	Integridade da pele prejudicada	0.70	0,358	0,247
	Higiene da cavidade oral prejudicada	0.74	0,479	1,28
Integridade cutânea - mucosa	Padrão de higiene do couro cabeludo prejudicado	0.65	0,612	0,398
	Hipertermia presente	1.0	0,980	0,001
Segurança física e ambiente	Exposição à contaminação	0.64	0,169	0,741
	Abuso do tabaco	0.52	0,458	0,125
	Abuso de drogas	0.51	0,698	0,322
	Abuso de álcool e tabaco	0.51	0,547	0,489
Terapêutica	Adesão ao regime terapêutico prejudicado	1.0	0,897	0,028

¹IC - Índice de Concordância; ¹IVC - Índice de Validação de Conteúdo; ²Teste Binominal - p < 0,05**Tabela 2.** Distribuição de Diagnósticos de Enfermagem para pessoas com Aids, conforme as necessidades humanas básicas psicossociais e espirituais

Necessidades humanas básicas	Diagnóstico de enfermagem	¹ IC > 0.80	¹ IVC > 0,80 (Escore)	² p-value
Psicossociais				
	Comunicação prejudicada	0.60	0,259	0,369
Comunicação	Estado de consciência alterado	0.58	0,489	0,578
	Isolamento social	0.70	0,783	0,784
Aprendizagem, Sociabilidade, Recreação e Lazer	Conhecimento sobre estado de saúde deficiente	0.80	0,854	0,001
	Baixo apoio familiar	1.0	0,951	0,034
	Baixa aceitação da condição de saúde	0.70	0,412	0,174
	Modificação corporal acentuada	0.60	0,587	0,246
Autorrealização, Autoestima e Autoimagem	Solidão presente	0.71	0,349	0,357
	Medo de morrer	0.80	0,871	0,00
	Socialização prejudicada	0.90	0,975	0,02
	Vontade de viver pertinente	0.60	0,548	0,181
Psicoespirituais				
	Religiosidade/ Espiritualidade			
	Angústia espiritual	0.70	0,459	0,342
Religiosidade/ Espiritualidade	Crença religiosa prejudicada	0.60	0,378	0,234
	Necessidade de um líder religioso	0.74	0,594	0,253

¹IC - Índice de Concordância; ¹IVC - Índice de Validação de Conteúdo; ²Teste Binominal - p < 0,05

apenas sete diagnósticos classificados dentro das necessidades psicobiológicas e quatro nas psicossociais atingiram tal escore, como mostra a tabela 1.

Destaca-se que a necessidade de regulação neurológica foi relocada para junto das necessidades de locomoção, mecânica corporal e motilidade, pois a infecção avançada pelo HIV pode iniciar um processo neuropático que continua mesmo após o tratamento e restauração das células CD4, independente da carga viral atual. Assim, pode

provocar miopatias, polineuropatias e fraqueza neuromuscular. No presente estudo, durante a avaliação clínica das pessoas vivendo com Aids, identificou-se alterações na marcha, diminuição da força muscular e da sensibilidade periférica, resultantes de infecções oportunistas que afetaram o Sistema Nervoso Periférico.

A tabela 2 revela os diagnósticos de enfermagem que foram encontrados frente às necessidades psicossociais e espirituais.

Discussão

Dentre as limitações do estudo está o fato de a avaliação clínica ser um processo subjetivo e que permeia incertezas, trazendo assim implicações às ações futuras da Enfermagem. Por outro lado, o estudo tem pontos fortes como a elaboração dos DEs por meio dos fenômenos da prática utilizando-se a CIPE®, que, com isso, corrobora com a uniformização de uma linguagem científica, ampliando a aplicabilidade do Processo de Enfermagem.

A identificação dos DEs 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. ⁽²⁾ No que tange às necessidades psicobiológicas, os diagnósticos considerados validados foram: dispneia acentuada, perfusão vascular prejudicada, expectoração sanguinolenta, deglutição prejudicada, desidratação, hipertermia presente, e adesão ao regime terapêutico prejudicado.

A dispneia é conceituada como a dificuldade no processo fisiológico de inspiração e expiração, porque a relação ventilação-perfusão está prejudicada. ⁽⁸⁾ Por exemplo, a pessoa com Aids que apresenta tuberculose pulmonar tem dificuldade em manter a relação dentro do padrão de normalidade, decorrente da disfuncionalidade ocasionada pelo comprometimento do alvéolo diante do processo infeccioso, interferindo assim na ventilação ambiente. ⁽¹⁴⁾

Outro ponto relevante é que, além da restrição, a doença leva as células pulmonares a produzir uma substância mucoide que dificulta o processo de ventilação no modo fisiológico. ⁽¹⁵⁾ Diante disso, é necessário que a enfermagem proceda executando intervenções como mudança de decúbito, drenagem postural, estímulo à tosse do paciente com o objetivo de promover a reabilitação respiratória, para que atinja os parâmetros fisiológicos de 12-20 incursões respiratórias por minuto (irpm). ^(14,15)

No campo da necessidade regulação vascular o diagnóstico presente foi perfusão vascular prejudicada. A causa pode ser de cunho multifatorial, entre as mais prevalentes está o quadro de anemia, que provém do uso de antirretrovirais, ou pela de-

ficiência nutricional, que leva à fragilidade capilar, modificando todo o sistema retículo endotelial, e assim fazendo com que o coração trabalhe mais, aumentando a frequência cardíaca. Além disso, tal fragilidade proporciona episódios de sangramento pulmonar, visualizados pela tosse, ou seja, expectoração sanguinolenta. ⁽¹⁵⁾

O diagnóstico de desidratação, que caracteriza-se pelo déficit de volume seja no âmbito intra ou extracelular, esteve presente em pessoas vivendo com Aids, que é decorrente da progressão da doença, afetando a osmolaridade sanguínea, afetando demais sistemas, como renal e cardíaco. Nesse sentido, o enfermeiro deve implementar intervenções que mantenham um volume plasmático satisfatório, e que não exacerbem o fisiológico, para que, assim, não venha a se desenvolver um quadro de edema local ou generalizado. ⁽¹⁶⁾

Já a hipertermia é definida como a capacidade diminuída e/ou afetada em regular o termostato interno; em pessoas vivendo com Aids, essa condição está implicada com a imunocompetência deficiente, estando vulneráveis a infecções e submetidas aos riscos inerentes à assistência hospitalar, como o uso inadequado da antibioticoterapia, realização de procedimentos invasivos que coloquem as pessoa vivendo com Aids em risco, ou seja, quebra da técnica asséptica, intervenções desnecessárias, potencializando novos quadros de infecção. ⁽⁸⁻¹⁵⁾

O DE deglutição prejudicada em pessoas com Aids tem como fator de causa, na maioria dos casos, a candidíase, que se caracteriza por uma infecção fúngica devido à presença de levedura do gênero *Candida*, afetando toda a cavidade orofaríngea e a área do esôfago. Assim, a maioria das pessoas da pesquisa apresentava lesões na mucosa oral e nasal, disfagia e dispepsia, e muitos relatavam a odinofagia (dor ao deglutir). ⁽¹⁶⁾ E, a partir desse episódio, uma das intervenções necessárias da equipe diante de tal quadro é a mudança da alimentação oral para uma sondagem nasogástrica, limitando a ingestão de alimentos ricos em minerais, aminoácidos, vitaminas e proteínas. ⁽¹⁶⁾

A prática de uma alimentação diversificada, rica em proteínas, vitaminas, minerais, carboidratos, proporciona um melhor aporte nutricional para as defi-

ciências das pessoas vivendo com Aids. Porém 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 afetando o suporte nutricional.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾

No campo das necessidades psicossociais, observou-se que os DEs conhecimento sobre o estado de saúde deficiente, baixo apoio familiar, medo de morrer e socialização prejudicada, destacaram-se em pessoas vivendo com Aids, na presente pesquisa. Na CIPE® versão 2015, o conceito de conhecimento caracteriza-se por ser um conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas. Já alguns pesquisadores pontuam que o conhecimento provém da prática de conhecer, ter ideia ou noção sobre determinado assunto.⁽¹⁸⁾

Desse modo, o conhecimento sobre o estado de saúde deficiente frente a determinado evento acarreta vulnerabilidade a qualquer tipo de situação, como, por exemplo, em pessoas vivendo com Aids, pois o conhecimento sobre as práticas de cuidado, como a importância do uso diário da medicação, as mudanças de rotinas, é inerente para a melhoria da qualidade de vida.

Nesse sentido, a prática da educação em saúde é uma ferramenta que ajuda na prevenção e promoção da saúde, com enfoque na solução do problema, e dimensiona o conhecimento necessário sobre a doença entre pacientes e familiares. Além disso, contribui para a adesão ao tratamento com antirretrovirais, pois a falta de adesão e/ou a aceitação do regime terapêutico prejudicada podem estar relacionadas a questões pessoais, sociais ou relativas aos serviços de saúde.⁽¹⁹⁾ Dessa forma, os profissionais de saúde, articulados em equipes multidisciplinares, precisam ter em mente que, para alcançar um tratamento com efetividade, deve-se buscar estabelecer uma relação de confiança com o paciente, por meio de estratégias como momentos de diálogos sobre a fisiopatologia, terapêutica da Aids, seja para família, cônjuge ou coletividade.^(19,20)

O enfermeiro, diante do DE adesão ao regime terapêutico prejudicado, pode implementar as seguintes intervenções: estimular as pessoas vivendo com Aids a relatar dúvidas, angústias e dificulda-

des relacionadas ao tratamento, principalmente, no momento da descoberta da doença, uma vez que é comum apresentarem irritabilidade, culpa, apatia, dentre outros sentimentos negativos, fato que pode interferir no envolvimento dessas pessoas no seguimento do tratamento; bem como realizar orientações acerca de hábitos de vida que possam favorecer uma qualidade de vida melhor.

Entende-se que as pessoas vivendo com Aids, quanto mais esclarecidas, são capazes de lidar e compreender melhor que a mudança no estilo de vida e a necessidade de aceitar o regime terapêutico são cruciais para um melhor prognóstico da doença e, conseqüentemente, para uma boa qualidade de vida.

O apoio familiar é uma ferramenta importante para adaptação, aceitação, enfrentamento da nova realidade, bem como para atenuar o medo da morte diante da doença. Tal sentimento é referente a um anseio relacionado à emoção decorrente de um futuro incerto, tendo função de defesa, pois gera uma reação no organismo ao risco iminente de morte. Visto que em pessoas vivendo com Aids o baixo apoio familiar esteve presente, corroborando para diversas atitudes, como o suicídio.^(20,21)

O DE medo de morrer esteve presente em pessoas vivendo com Aids, o qual trata-se de uma reação de fuga de algo negativo, que se teme, e causa receio. Assim, influência na aceitação da sua nova condição de saúde, podendo acarretar em agravos à saúde mental, levando ao desenvolvimento de quadros de ansiedade, depressão, ideação suicida e isolamento social.⁽²¹⁾

Diante disso, o enfermeiro deverá implementar intervenções que promovam a saúde psicológica, como, por exemplo, rodas de conversas, grupos de escuta terapêutica com a inclusão de outros profissionais e pessoas vivendo com Aids; proporcionar uma escuta qualificada com o propósito de identificar os medos e angústias diante das modificações trazidas com a doença, e promover a participação da família no cuidado a esses usuários.⁽¹⁹⁾ Estudo demonstrou que o apoio da família e de amigos às pessoas vivendo com Aids contribuiu para que as mesmas se mantivessem mais otimistas e confiantes diante do tratamento, além de reduzir a ansiedade e depressão.⁽²⁰⁾

O diagnóstico de socialização prejudicada, identificado a partir da necessidade de sociabilidade, conceituado na pesquisa a partir dos fenômenos da prática fáceis de tristeza, vive(m) sozinho(s), medo de expor suas ideias e estigma, reforçam a importância da participação das pessoas vivendo com Aids em atividades individuais e em grupo, tendo oportunidade de desfrutar de experiências de socialização com os familiares e com seus pares.⁽²¹⁾

Devido à estigmatização, muitas pessoas que vivem com Aids tendem a se afastar do convívio social, como maneira de se proteger. Em geral a pessoa estigmatizada afasta-se da sociedade e até mesmo de si por se sentir desacreditada diante de um mundo que não a acolhe.⁽²²⁾ Quando busca a socialização, o faz se aproximando de grupos que partilhem do mesmo estigma para serem aceitas e, mesmo nesses grupos, costumam oscilar entre aproximação e afastamento. Outra reação comum é a de tentar provar para os normais que ela pode ser igual a eles, tentando superar limites, participando de campeonatos desportivos, atividades que demonstrem seus talentos. Por isso, para o estigmatizado as relações sociais têm papel determinante em sua vida moral.⁽²³⁾

É válido destacar, no presente estudo, que os diagnósticos referentes às necessidades psicoespirituais não obtiveram a prevalência satisfatória para a validação. Entretanto, a experiência da prática durante a coleta de dados pôde revelar aos autores da pesquisa que a espiritualidade, fé e crença religiosa funcionavam como suporte diante das adversidades impostas pela doença. Ressalta-se a importância de o enfermeiro estar atento para a identificação das necessidades psicoespirituais, pois trazem aspectos que envolvem questões terapêuticas como adesão, apoio social, conflitos e singularidades individuais, que podem auxiliar no enfrentamento da doença.

Conclusão

A partir da identificação dos 72 fenômenos da prática de enfermagem, foram elaborados 37 diagnósticos de enfermagem. Posteriormente validaram-se 11; dos quais sete foram classificados dentro das necessidades psicobiológicas, e quatro, nas psicossociais. Os diag-

nósticos mais prevalentes no estudo identificados nas necessidades humanas básicas psicobiológicas foram: dispneia acentuada, perfusão vascular prejudicada, expectoração sanguinolenta, deglutição prejudicada, desidratação, hipertermia presente, e adesão ao regime terapêutico prejudicado. Por sua vez, os diagnósticos mais prevalentes conforme as necessidades humanas básicas psicossociais foram: conhecimento sobre o estado de saúde deficiente, baixo apoio familiar, medo de morrer e socialização prejudicada. A identificação dos DEs da CIPE®, a partir dos fenômenos da prática de enfermagem evidenciados na avaliação da saúde de pessoas vivendo com Aids, neste estudo são apresentadas como contribuição para a prática de enfermagem no cuidado mais qualificado voltado para esses usuários, pois permitiram a análise das respostas humanas desses indivíduos, direcionando às suas necessidades reais. Diante disso, recomenda-se que os enfermeiros atenham para a identificação das necessidades humanas básicas das pessoas vivendo com Aids ao planejarem seus cuidados, e assim respeitarem os aspectos individuais de cada cliente e eliminarem, ou minimizarem, as respostas humanas nessa população. Por fim, os resultados aqui encontrados poderão contribuir para os avanços e incorporação de uma linguagem universal na descrição da prática profissional, em prol da melhoria da qualidade da assistência de enfermagem no cenário nacional, respeitando a integridade do ser humano, e contribuindo para o fortalecimento da enfermagem como ciência.

Colaborações

Rocha CCT, Silva RAR e Costa RTS colaboraram nas etapas de concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Nóbrega MML, e Souza Neto VL contribuíram na análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). AIDS by the numbers; 2016 [Internet]. Geneva; 2016 [cited 2017 May 25]. Available from: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/AIDS-by-the-numbers>.

2. Santos WN. Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. *J Manag Prim Health Care*. 2014; 5(2):153-8.
3. Garcia TR. Systematization of nursing care: substantive aspect of the professional practice. *Esc Anna Nery*. 2016; 20(1):5-10.
4. 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.
5. Costa RH, Nelson AR, Prado NC, Rodrigues EH, Silva RA. Nursing diagnoses and their components in acquired immune deficiency syndrome patients. *Acta Paul Enferm*. 2016; 29(2):146-53.
6. Garcia TR, Nóbrega MM. The ICNP® terminology and the Brazilian ICNP® Centre participation on its development and dissemination. *Rev Bras Enferm*. 2013; 6(esp):142-50.
7. Lemos LA, Fiuzza ML, Reis RK, Ferrer AC, Gir E, Galvão MT. Adherence to antiretrovirals in people coinfecting with the human immunodeficiency virus and tuberculosis. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016; 24:e2691.
8. Silva RA, Costa RH, Nelson AR, Duarte FH, Prado NC, Rodrigues EH. Predictive factors for the Nursing Diagnoses in people living with Acquired Immune Deficiency Syndrome. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016; 24:e2712.
9. Oliveira FB, Moura ME, Araújo TM, Andrade EM. Quality of life and associated factors in people living with HIV/AIDS. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(6):510-6.
10. Crozara LF, Sponton AC, Jarrete AP, Araujo HN, Huamani OG, Fernandes RA. Use of sample size calculation in scientific research in Brazilian Physical Education journals. *Rev Bras Cineantropom. Desempenho Hum*. 2014; 16(5):514-21.
11. Melo DM, Barbosa AJ. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(12):3865-876.
12. Souza NV, Andrade LL, Agra G, Costa MM, Silva RA. Profile of nursing diagnoses of hospitalized patients in an infectious disease unit. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015; 36(3):79-85.
13. Gordon M, Murphy CP, Candee D, Hiltunen E. Clinical judgment: an integrated model. *ANS Adv Nurs Sci*. 1994; 16(4):55-70.
14. Cui Z, Lin M, Nie S, Lan R. Risk factors associated with Tuberculosis (TB) among people living with HIV/AIDS: A pair-matched case-control study in Guangxi, China. *PLoS One*. 2017; 12(3):e0173976.
15. Faria JO, Silva GA. Nursing diagnoses in persons with HIV/Aids: an approach based on horta's conceptual model. *Rev RENE*. 2013; 4(2):290-300.
16. Faria JO, Silva GA. Nursing diagnoses in the safety and protection domain in people with HIV/Aids. *Rev Eletr Enf*. 2014; 16(1):93-9.
17. Santos AS, Silveira EA, Falco MO, Nery MW, Turchi MD. Effectiveness of nutritional treatment and synbiotic use on gastrointestinal symptoms reduction in HIV-infected patients: Randomized clinical trial. *Clin Nutr*. 2017; 36(3):680-5.
18. Newman CE, Persson A, Bains A, De Wit J. Whose voices inform online representations of HIV treatment as prevention? *AIDS*. 2016; 30(5):808-10.
19. Castrighini CC, Reis RK, Neves LA, Brunini S, Canini SR, Gir E. Evaluation of self-esteem in people living with HIV/AIDS in the city of Ribeirão Preto, state of São Paulo, Brazil. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(4):1049-55.
20. Tufano CS, Amaral RA, Cardoso LR, Malbergier A. The influence of depressive symptoms and substance use on adherence to antiretroviral therapy. A cross-sectional prevalence study. *Sao Paulo Med. J*. 2015; 133(3):179-86.
21. Boushab MB, Fatim-Zahra MF, Limame OC, Kishi BL. Forms of Stigma and Discrimination in the Daily Lives of HIV-Positive Individuals in Mauritania. *Open AIDS J*. 2017; 11:12-7.
22. Sanabria GV. Science, stigmatisation and afro-pessimism in the South African debate on AIDS. *Vibrant, Virtual Braz. Anthr*. 2016; 13(1):22-51.
23. Villela WV, Monteiro S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015; 24(3):531-40.