

# Diagnósticos de enfermagem para clientes hospitalizados em uma clínica de doenças infectocontagiosas\*

NURSING DIAGNOSES FOR CLIENTS HOSPITALIZED IN AN INFECTIOUS DISEASE CLINIC

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS

Lidiane Lima de Andrade<sup>1</sup>, Maria Miriam Lima da Nóbrega<sup>2</sup>, Maria Eliane Moreira Freire<sup>3</sup>, Renata Valeria Nóbrega<sup>4</sup>

## RESUMO

Estudo exploratório-descritivo desenvolvido com o objetivo de criar, a partir do Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem da clínica de doenças infectocontagiosas de um hospital-escola e na CIPE®, afirmativas de diagnósticos de enfermagem para clientes hospitalizados e validá-las com a participação de enfermeiras assistenciais e docentes de enfermagem que atuam na referida clínica. Foram construídas 88 afirmativas de diagnósticos de enfermagem; no entanto, somente foram validadas aquelas que alcançaram um índice de concordância  $\geq 0,80$  entre os peritos participantes do estudo, o que resultou em 70 afirmativas diagnósticas. Os resultados do estudo evidenciam que os objetivos foram alcançados, uma vez que tais afirmativas, construídas a partir de termos da realidade da clínica, facilitarão o processo de comunicação entre os profissionais da área de enfermagem. Além disso, viabilizam uma assistência pautada em princípios metodológicos, proporcionando assistência de maior resolutividade para o cliente.

## DESCRIPTORIOS

Diagnóstico de enfermagem  
Processos de enfermagem  
Doenças transmissíveis  
Classificação

## ABSTRACT

The aim of this exploratory descriptive study was to create nursing diagnosis statements for hospitalized clients based on the Database of Special Nursing Language Terms of the Infectious Diseases Clinic of a teaching hospital and on the ICNP®. Further, we aimed to validate the diagnosis statements with the participation of clinical nurses and nursing teachers who worked at the clinic. Eighty-eight nursing diagnosis statements were constructed. However, only those that achieved a correlation index (CI)  $\geq 0.80$ , as determined by the experts participating in the study, were validated, resulting in seventy diagnosis statements. The study results showed that the aims were achieved, and the statements will facilitate communication processes among nursing professionals. Furthermore, they will ensure that care is guided by methodological principles, thus providing client care with greater resolvability power.

## DESCRIPTORS

Nursing diagnostics  
Nursing process  
Communicable diseases  
Classification

## RESUMEN

Estudio exploratorio-descriptivo, objetivando crear, a partir del Banco de Términos del Lenguaje Especial de Enfermería de la clínica de enfermedades infectocontagiosas de un hospital escuela y en la CIPE®, declaraciones de diagnósticos de enfermería para pacientes hospitalizados y validarlas con la participación de enfermeras asistenciales y docentes de enfermería actuantes en la referida clínica. Fueron construídas 88 declaraciones de diagnóstico de enfermería; sin embargo, sólo fueron validadas aquellas que alcanzaron un índice de concordancia  $\geq 0,80$  entre los peritos participantes del estudio, resultando un total de 70 declaraciones de diagnósticos. Los resultados del estudio expresan que fueron alcanzados los objetivos, toda vez que tales declaraciones, construídas según terminología de la realidad de la clínica, facilitarán el proceso de comunicación entre los profesionales del área de enfermería. Además, posibilitan una atención pautada en principios metodológicos, proporcionando atención más resolutiva para el paciente.

## DESCRIPTORES

Diagnóstico de enfermería  
Procesos de enfermería  
Enfermedades transmisibles  
Clasificación

\*Extraído do trabalho de conclusão de curso "Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados na Clínica de Doenças Infectocontagiosas do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da UFPB", Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, 2010.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal da Paraíba. Professora Assistente da Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, PB, Brasil. lidilandrade@hotmail.com <sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora do CNPq. Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. miriam@ccs.ufpb.br <sup>3</sup> Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Enfermeira da Clínica de Doenças Infectocontagiosas do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. enf.elimoreirafreire@gmail.com <sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal da Paraíba. Gerente da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. João Pessoa, PB, Brasil. renatavnobrega@gmail.com

## INTRODUÇÃO

O novo modelo tecnológico decorrente do processo de industrialização tem influenciado sobremaneira a melhoria e a reorganização na qualidade da assistência à saúde. Dessa forma, tem contribuído progressivamente para a solução de problemas antes complicados, revertendo, muitas vezes, graves situações ou riscos de doenças em melhores condições de saúde para as pessoas, porquanto agiliza o processo de decisão e proporciona a segurança na assistência aos clientes<sup>(1)</sup>.

É importante salientar que a enfermagem tem progredido com tais avanços, que embasam o saber empírico correspondente às diversas atividades realizadas pela profissão. O esforço para essas conquistas originou-se da busca por autonomia profissional, evidenciada pelo desenvolvimento de um corpo com conhecimentos próprios que conferiram à enfermagem o *status* de ciência<sup>(2)</sup>. Esse fato é concretizado por meio do desenvolvimento de modelos teóricos e da criação de um método científico específico e sistemático de enfermagem, que embasa a prática assistencial e possibilita a organização para o planejamento da assistência para que os clientes recebam cuidados de boa qualidade no menor tempo e com a máxima eficiência<sup>(3-4)</sup>.

Tal método científico é nomeado Processo de Enfermagem, tendo sido introduzido no Brasil pelos estudos da teórica Wanda Horta e conceituado como a *dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano*<sup>(5)</sup>. Consiste em uma variação do raciocínio científico que auxilia o enfermeiro a organizar, sistematizar e conceituar a prática de enfermagem<sup>(6)</sup>.

Um problema ainda enfrentado no tocante à operacionalização do Processo de Enfermagem refere-se à universalização da linguagem, principalmente no que diz respeito ao desenvolvimento de um vocabulário comum que classifique e nomeie a prática na definição de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, trazendo a possibilidade de um diálogo no âmbito internacional, ainda que os contextos culturais, sociais e de saúde sejam distintos<sup>(7)</sup>.

Tendo em vista a problemática apresentada pela literatura e vivenciada em nosso dia a dia, sabendo que os profissionais de enfermagem executam a maior parte do cuidado ao cliente, é coerente destacar que as atividades executadas não são documentadas de forma adequada pela equipe de enfermagem. Essa documentação deveria incluir o relato da coleta de dados, sua análise por meio de julgamento clínico, o planejamento das ações e sua implementação, seguida pela avaliação das ações executadas para verificar se os resultados foram ou não alcançados. Dentre os elementos citados, destacam-se os diagnósticos de enfermagem, que são a comprovação da capacidade que o enfermeiro

tem de identificar problemas passíveis de intervenções de enfermagem por meio do raciocínio diagnóstico.

Em consequência da inquietação da comunidade científica de enfermagem, alguns estudos já vêm sendo desenvolvidos em defesa de um parâmetro universal para favorecer a comunicação, por meio da padronização da linguagem utilizada na prática profissional. No entanto, ainda são escassas as produções científicas referentes à assistência de enfermagem ao paciente portador de doenças infectocontagiosas. Assim, é de fundamental importância que sejam desenvolvidos estudos que demonstrem a autonomia do profissional de enfermagem para avaliar de maneira eficaz as necessidades assistenciais do cliente, executando o cuidado com o uso de práticas que favoreçam o atendimento das necessidades humanas básicas comprometidas.

Pesquisa realizada previamente na clínica em que este estudo foi desenvolvido, com o objetivo de construir um Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem para uma clínica de doenças infectocontagiosas, encontrou 327 termos: 205 constantes e 122 não constantes na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) Versão 1.0<sup>(8)</sup>. Esse sistema de classificação possibilita a uniformização da linguagem mundial, considerando a cultura e as particularidades de cada região ou área de trabalho na utilização de termos técnicos<sup>(9)</sup>. Diante da situação apresentada, questionamos a possibilidade de elaborar afirmativas de diagnósticos de enfermagem para clientes hospitalizados naquela clínica, a partir do banco de termos construído e da CIPE® Versão 1.0.

Assim, este estudo teve como objetivo desenvolver, com base no Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem de clínica de doenças infectocontagiosas e na CIPE® Versão 1.0, afirmativas de diagnósticos de enfermagem para clientes hospitalizados na citada clínica e validá-las com a participação de enfermeiras assistenciais e docentes de enfermagem que atuam na clínica.

## MÉTODO

A abordagem metodológica para execução da pesquisa foi exploratório-descritiva. Anteriormente, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê Científico do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), também da mesma Universidade, e recebeu parecer favorável para seu desenvolvimento sob protocolo nº 361/10.

A pesquisa foi realizada na clínica de doenças infectocontagiosas de um hospital-escola cuja clientela é procedente da capital do estado, de cidades do interior da Paraíba e de municípios circunvizinhos de outros estados.

...alguns estudos já vêm sendo desenvolvidos em defesa de um parâmetro universal para favorecer a comunicação, por meio da padronização da linguagem utilizada na prática profissional. No entanto, ainda são escassas as produções científicas referentes à assistência de enfermagem ao paciente portador de doenças infectocontagiosas.

Os principais motivos de internação são decorrentes de patologias como hepatites virais, dengue, varicela, meningites, tétano e tuberculose.

O Conselho Internacional de Enfermagem recomenda a adoção das seguintes diretrizes para construir os diagnósticos e os resultados de enfermagem: incluir, obrigatoriamente, um termo do eixo *Foco* e um termo do eixo *Julgamento*; incluir termos adicionais, conforme a necessidade. Neste estudo, para a composição das afirmativas de diagnósticos de enfermagem, foi também utilizado o Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem da clínica de doenças infectocontagiosas.

Após a construção, as afirmativas diagnósticas de enfermagem foram submetidas a um processo de validação de conteúdo. Assim, foi elaborado um instrumento com afirmativas de diagnósticos de enfermagem para clientes hospitalizados na clínica de doenças infectocontagiosas.

Nessa fase, foi solicitada a colaboração de dez enfermeiros assistenciais e de três docentes de enfermagem que atuavam na clínica onde o estudo foi desenvolvido. Tais profissionais foram incluídos na validação, tendo em vista sua experiência e especialidade na clínica. Sua incumbência foi avaliar se as afirmativas propostas eram aplicáveis à área da clínica de doenças infectocontagiosas e se as utilizavam efetivamente na avaliação dos pacientes hospitalizados. Em caso de discordância das afirmativas, requisitou-se que fossem apresentadas sugestões para sua adequação à realidade da prática de enfermagem.

Para o tratamento dos dados coletados, os instrumentos foram numerados e as variáveis foram codificadas e inseridas em banco de dados construído no programa *Excel for Windows*. Os dados foram analisados utilizando-se estatísticas descritivas. As afirmativas de diagnósticos de enfermagem foram consideradas validadas quando alcançaram um índice de concordância (IC)  $\geq 0,80$  entre os peritos participantes do estudo.

## RESULTADOS

A partir da consulta aos termos presentes no eixo *Foco* do Banco de Termos da Linguagem Especial da clínica de doenças infectocontagiosas e da CIPE® Versão 1.0, foram elaboradas 88 afirmativas de diagnósticos, que foram submetidas ao processo de validação. Das 88, 81 foram validadas, todas consideradas aplicáveis à prática da clínica de doenças infectocontagiosas, por apresentarem IC  $\geq 0,80$ . As sete afirmativas de diagnósticos de enfermagem consideradas como não validadas foram *amamentação interrompida*; *apetite diminuído*; *choro excessivo*; *ingestão de alimentos aumentada*; *menstruação ausente*; *menstruação interrompida* e *nutrição excessiva*.

Nessa etapa, também foram unificadas afirmativas como *sono* e *repouso*, tendo em vista sua aplicação na realidade da clínica de maneira padronizada, consideradas como um

único diagnóstico, e afirmativas que apresentavam escritas diferentes, mas representavam o mesmo significado, já que poucos participantes do estudo perceberam essa sinonímia. Entre as afirmativas sinônimas, destacam-se: *volume de líquido aumentado* (ou edema de membros/generalizado); *volume de líquido diminuído* (desidratação); *deglutição prejudicada* (ou disfagia); *eliminação intestinal elevada* (ou diarreia); *eliminação intestinal reduzida* (ou constipação); *eliminação urinária espontânea* (ou micção espontânea); *déficit de autocuidado para higiene corporal* (ou higiene do corpo prejudicada) e *hidratação da pele diminuída* (ou pele seca).

Depois da validação e unificação de diagnósticos com a mesma sinonímia foi possível estabelecer 70 afirmativas classificadas de acordo com as Necessidades Humanas Básicas de Horta, subdivididas em: *psicobiológicas* (oxigenação e regulação vascular, hidratação e regulação eletrolítica, nutrição e regulação nutricional, eliminação, sono e repouso, locomoção, mecânica corporal e motilidade, sexualidade, cuidado corporal, integridade cutâneo-mucosa, regulação térmica e percepção dolorosa); *psicossociais* (segurança, comunicação, aprendizagem e aceitação, orientação no tempo e no espaço, atenção) e *psicoespirituais* (religião ou filosofia de vida), conforme a Tabela 1.

**Tabela 1** – Distribuição dos diagnósticos de enfermagem construídos a partir do Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem da Clínica de Doenças Infectocontagiosas do HULW/UFPB e da CIPE®, segundo as Necessidades Humanas Básicas – João Pessoa, 2010

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
Necessidades psicobiológicas	IC
Diagnósticos de enfermagem	(%)
<b>Oxigenação e regulação vascular</b>	
Dispneia	1,0
Sangramento	1,0
Frequência cardíaca aumentada	0,91
Frequência cardíaca diminuída	0,91
Frequência de pulso aumentada	0,91
Frequência de pulso diminuída	0,91
Frequência respiratória aumentada	1,0
Frequência respiratória diminuída	1,0
Hemorragia	1,0
Padrão respiratório ineficaz	1,0
Perfusão tissular insuficiente	1,0
Pressão sanguínea aumentada	1,0
Pressão sanguínea diminuída	1,0
Risco de hemorragia	1,0
<b>Hidratação e regulação eletrolítica</b>	
Ingestão de líquido aumentada	0,91
Ingestão de líquido diminuída	0,82
Volume de líquido aumentado	1,0
Volume de líquido diminuído	0,91
Risco de volume de líquido diminuído	1,0
Risco de volume de líquido aumentado	1,0
<b>Nutrição e regulação nutricional</b>	
Apetite aumentado	0,82
Déficit de autocuidado para alimentação	1,0
Deglutição prejudicada	1,0
Ingestão de alimentos diminuída	0,91
Nutrição insuficiente	0,91
Peso corporal excessivo	0,91
Peso corporal reduzido	0,91

Continua...

...Continuação.

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
Necessidades psicobiológicas	IC
Diagnósticos de enfermagem	(%)
<b>Cuidado corporal</b>	
Autocuidado preservado	0,82
Déficit de autocuidado para se banhar e vestir-se	1,0
Déficit de autocuidado para higiene corporal	1,0
Higiene da cavidade oral prejudicada	1,0
<b>Eliminação</b>	
Eliminação intestinal elevada	1,0
Eliminação intestinal reduzida	1,0
Eliminação intestinal prejudicada	1,0
Eliminação urinária elevada	1,0
Eliminação urinária espontânea	0,91
Eliminação urinária reduzida	1,0
Eliminação urinária prejudicada	0,91
Expectoração (especificar)	0,91
Vômito	1,0
Disúria	1,0
<b>Sono e repouso</b>	
Sono e repouso prejudicados	1,0
Sono e repouso preservados	0,91
<b>Locomoção, mecânica corporal e motilidade</b>	
Mobilidade prejudicada	1,0
Movimentação diminuída	0,91
Movimentação prejudicada	1,0
<b>Sexualidade</b>	
Risco de sexualidade alterada	0,82
Sexualidade alterada	0,82
<b>Integridade cutâneo-mucosa</b>	
Turgor diminuído	1,0
Hidratação da pele diminuída	1,0
Integridade da pele prejudicada	1,0
Ferida traumática	0,91
Úlcera por pressão (localização)	1,0
<b>Regulação térmica</b>	
Temperatura corporal aumentada	1,0
Temperatura corporal diminuída	1,0
Transpiração excessiva	1,0
<b>Percepção dolorosa</b>	
Dor aguda	1,0
Dor crônica	1,0
Dor cutânea	0,91
Dor musculoesquelética	0,91
<b>Necessidades psicossociais</b>	
<b>Diagnósticos de enfermagem</b>	
<b>(%)</b>	
<b>Segurança</b>	
Imunização deficiente	0,91
Risco de transmissão de infecção	1,0
Risco de infecção secundária	1,0
<b>Comunicação</b>	
Comunicação prejudicada	0,91
Comunicação reduzida	0,91
<b>Aprendizagem e aceitação</b>	
Conhecimento em saúde baixo	1,0
Aceitação do regime terapêutico prejudicada	1,0
<b>Orientação no tempo e no espaço</b>	
Nível de consciência diminuído	1,0
<b>Atenção</b>	
Choro constante	0,82
<b>Necessidades psicoespirituais</b>	
<b>Diagnósticos de enfermagem</b>	
<b>(%)</b>	
<b>Religião ou filosofia de vida</b>	
Angústia espiritual	0,91

## DISCUSSÃO

O controle das doenças infectocontagiosas ainda é um grande desafio, pois está baseado em intervenções que visam interromper um ou mais ciclos da cadeia epidemiológica dos agentes causadores de doenças para os seres humanos. Essas intervenções são traçadas com base no diagnóstico de enfermagem, que é de responsabilidade do enfermeiro e construído a partir do julgamento crítico de dados coletados por meio do preenchimento do histórico de enfermagem, da realização do exame físico e dos resultados laboratoriais. Assim, o profissional de enfermagem deve conhecer as respostas do portador de doenças infectocontagiosas para proporcionar atendimento a suas necessidades humanas básicas, já que todas essas necessidades estão inter-relacionadas, em maior ou menor intensidade, e sofrem alterações quando há o desequilíbrio de alguma delas<sup>(5)</sup>.

Nesta discussão, foram priorizados apenas os diagnósticos que obtiveram IC igual a 1,0 durante o processo de validação e serão discutidos alguns parâmetros de normalidade em todas as fases do desenvolvimento humano, tendo em vista o perfil da clientela atendida pela clínica de doenças infectocontagiosas.

As necessidades *psicobiológicas* e *psicossociais* são comuns a todos os seres vivos, em diferentes aspectos da complexidade orgânica; já as *psicoespirituais* são características únicas do ser humano<sup>(5)</sup>. Dentro das psicobiológicas está a necessidade de oxigenação, visualizada no movimento de ar para dentro e para fora do pulmão, para repor oxigênio e remover dióxido carbônico continuamente das vias aéreas. Quando algum fator prejudica esse processo, podemos destacar o diagnóstico de *padrão respiratório ineficaz*, que é conceituado como inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada<sup>(10)</sup>.

A frequência respiratória é determinada pela inspiração e pela expiração: a primeira é um processo ativo, em que o centro respiratório envia impulsos para a contração do diafragma; já durante a segunda, o diafragma relaxa e os órgãos abdominais retornam à posição normal<sup>(11)</sup>. Sendo assim, o diagnóstico de *frequência respiratória aumentada* é determinado por incursões respiratórias por minuto (irpm) acima do parâmetro de normalidade, ou seja, acima de vinte incursões respiratórias por minuto no adulto<sup>(11-12)</sup>. Parâmetros em outras fases do desenvolvimento: lactente = 30-40 irpm; pré-escolares = 20-25 irpm; escolares = 18-24 irpm; adolescentes = 12-20 irpm<sup>(13)</sup>. O diagnóstico de *frequência respiratória diminuída* é determinado pelo número de irpm abaixo dos parâmetros de normalidade. O diagnóstico de *dispneia* é traduzido pelo movimento forçado da entrada e da saída do ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente<sup>(14)</sup>.

Na necessidade de regulação vascular, encontramos o diagnóstico de *perfusão tissular insuficiente*, que se deve

ao estado caracterizado pela insuficiência da circulação do sangue através dos tecidos periféricos para nutri-los em nível capilar<sup>(12)</sup>.

A pressão arterial corresponde à força exercida nas paredes das artérias durante as sístoles e as diástoles ventriculares, podendo ser afetada pelo débito cardíaco, distensão das artérias, volume, velocidade e viscosidade sanguínea<sup>(15)</sup>. Então, podemos ter os diagnósticos de *pressão sanguínea aumentada* e *pressão sanguínea diminuída*, caracterizados pela pressão exercida pela circulação do sangue na parede dos vasos da circulação sistêmica e pulmonar e cardíaca, no adulto, em quem é considerada normal 120/80 mmHg<sup>(11-12)</sup>. Parâmetros em outras fases do desenvolvimento: 0-3 meses = 75/50 mmHg; 3-9 m = 85/65 mmHg; 9-12 m = 90/70 mmHg; 1 a 3 anos = 90/65 mmHg; 3-9 a = 95/60 mmHg; 9-11 a = 100/60 mmHg; 11-13 a = 105/65 mmHg; 13-14 a = 110/70 mmHg<sup>(13)</sup>.

Outros diagnósticos também presentes na clínica do estudo são *risco de hemorragia*, *hemorragia* e *sangramento*, visualizados, principalmente, em clientes que apresentam febre hemorrágica causada pela dengue, com sinais e sintomas de trombocitopenia e tendências hemorrágicas evidenciadas por um ou mais dos seguintes sinais: prova do laço positiva, petéquias, equimoses e sangramento de mucosas<sup>(16)</sup>.

Nas necessidades de hidratação e regulação eletrolítica observamos que o aumento do processo de suprimento de nutrientes líquidos e água pode resultar em *risco de volume de líquido aumentado* ou mesmo *volume de líquido aumentado* devido à infusão de líquidos endovenosos, retenção de sódio, falhas nos mecanismos regulatórios ou estase venosa. Na clínica de doenças infectocontagiosas, o diagnóstico de *volume de líquidos aumentado* é visualizado, principalmente, sob a forma de edema. O *edema de membros* é observado em uma condição de excessiva acumulação de líquidos orgânicos nos espaços teciduais, comumente em clientes vítimas de acidentes provocados por animais peçonhentos, geralmente do gênero *Bothrops*, determinado por um processo inflamatório no local da picada, que pode acometer toda a extensão da área afetada<sup>(16)</sup>. O edema em outras áreas, em particular na face, é observado principalmente em uma complicação da coqueluche em lactentes, que estão propensos a apresentar formas graves<sup>(17)</sup>. Nesse contexto, destaca-se o diagnóstico de *edema generalizado* (ou *anasarca*), resultante do acúmulo de líquidos nos tecidos celulares e nas cavidades orgânicas<sup>(18)</sup>. Já a diminuição do processo de suprimento de líquidos pode desencadear fatores de risco de perda de líquidos orgânicos e eletrólitos, destacando o diagnóstico de *risco de volume de líquido diminuído*, diagnóstico de enfermagem relevante, uma vez que o suprimento hídrico é necessário para o crescimento, o funcionamento normal e a manutenção da vida.

Quanto às necessidades de nutrição e regulação nutricional, a diminuição ou ausência do apetite é bastante

comum, seja fisiológica, seja nervosa, manifestada pelo diagnóstico de *déficit de autocuidado com a alimentação*, em que o cliente apresenta a capacidade de realizar atividades relacionadas à alimentação prejudicada<sup>(19)</sup>, ou pelo diagnóstico de *deglutição prejudicada* (ou disfagia), ato de comer e beber com dificuldade, na passagem de fluidos e alimentos decompostos da boca, pelo movimento da língua e dos músculos, através da garganta e do esôfago para o estômago<sup>(12)</sup>.

Em relação às necessidades de eliminação constata-se que a eliminação normal de resíduos pela urina é função fisiológica dependente da atividade dos rins, dos ureteres, da bexiga e da uretra. Podemos encontrar diagnósticos que caracterizem alterações no volume e na quantidade de urina, como *eliminação urinária elevada*, conceituada como a micção maior que quatro a seis vezes ao dia e com débito urinário que ultrapasse os valores de 1.000 a 2.000 ml em 24 horas, e *eliminação urinária reduzida*, caracterizada pela micção menor, de acordo com os parâmetros citados. O diagnóstico de *disúria* é definido como dor e dificuldade no processo de micção, tanto em seu início quanto no final, encontrada, principalmente, em clientes com infecção do trato urinário<sup>(18)</sup>.

A eliminação intestinal consiste nos alimentos não digeridos, materiais inorgânicos, água e bactérias, com coloração acastanhada clara ou escura devido à clivagem da bile pelas bactérias intestinais. Entretanto, muitas circunstâncias podem alterar o aspecto e a coloração das fezes, como, por exemplo, o uso de medicações ou o consumo de determinados alimentos<sup>(15)</sup>. Problemas hepatocelulares também geram o diagnóstico de *eliminação intestinal prejudicada*. Outras alterações nos hábitos intestinais podem ser representadas pelos diagnósticos de *eliminação intestinal elevada* (ou diarreia), passagem de fezes com aumento na frequência de dejeção acompanhada do aumento de ruídos intestinais<sup>(12)</sup>. Já a *eliminação intestinal reduzida* (ou constipação) é caracterizada pela diminuição da eliminação de materiais de defecação por tempo longo ou por dificuldade de evacuar<sup>(18)</sup>. Entre outros diagnósticos de enfermagem relacionados à necessidade de eliminação, destaca-se o *vômito*, conceituado como expulsão pela boca ou retorno à boca de alimentos transformados ou de conteúdo gástrico<sup>(12)</sup>.

No que diz respeito às necessidades de sono e de repouso, são processos que facilitam o crescimento celular e o reparo dos tecidos orgânicos envelhecidos. Sabe-se que, durante o sono, a pressão sanguínea e as frequências metabólicas, cardíaca e respiratória, são reduzidas a níveis basais, favorecendo o funcionamento biológico normal do corpo<sup>(19)</sup>. No entanto, existem condições não tratadas que causam perturbações nos padrões normais de sono e de repouso e isso pode gerar três situações: insônia, movimentos ou sensações anormais durante o sono ou despertar durante a noite e sonolência diurna excessiva. Esse é o diagnóstico de enfermagem de *sono e repouso prejudicado*<sup>(11)</sup>.

A mecânica corporal é representada por um conjunto de atividades dos sistemas musculoesquelético e nervoso, com o intuito de manter o equilíbrio, a postura e o alinhamento corporal. A utilização correta da mecânica corporal diminui o risco de danos ao sistema musculoesquelético<sup>(11)</sup>, os quais podem gerar a *movimentação prejudicada*, limitação do sistema musculoesquelético que prejudica os movimentos ou deslocamentos<sup>(12)</sup>. Há que se destacar o diagnóstico de *mobilidade prejudicada*, que expressa a dificuldade com que o corpo caminha<sup>(18)</sup>.

O cuidado corporal envolve atividades que proporcionam conforto, segurança e bem-estar ao indivíduo. Existem clientes com determinados tipos de limitações, tanto cognitivas quanto motoras, que o enfermeiro deve identificar e intervir para proporcionar práticas de higiene. É importante interagir com o uso de técnicas de comunicação, para promover relação mais terapêutica<sup>(11)</sup>. O cliente poderá apresentar os seguintes diagnósticos de enfermagem: *déficit de autocuidado para se banhar e vestir-se e déficit de autocuidado para higiene corporal* (ou higiene do corpo prejudicada). O primeiro é representado pela capacidade prejudicada de realizar atividades, como se banhar e vestir-se adequadamente, e o segundo, pelo cuidado inadequado para manter um padrão contínuo de higiene, o corpo limpo, bem arrumado e sem odores<sup>(14,19)</sup>.

A higiene da cavidade oral consiste em manter íntegra a mucosa, verificando o aparecimento de infecções fúngicas, principalmente em clientes imunodeprimidos, e também a dentição, que é responsável pela mastigação dos alimentos. Entretanto, podem surgir dificuldades devido à *higiene da cavidade oral prejudicada*, originando inflamação ou processo infeccioso, que pode até mesmo ocasionar perda ou amolecimento dos dentes<sup>(11)</sup>.

A pele é a principal barreira protetora contra organismos causadores de doenças. Protege também contra efeitos traumáticos, sobretudo nas regiões palmares e plantares; é ricamente inervada, o que a deixa sensível a temperatura, dor e pressão. Além disso, a pele regula a temperatura pelos processos de radiação, condução e convecção de calor e é capaz de sintetizar a vitamina D, quando exposta à radiação ultravioleta<sup>(15)</sup>.

O diagnóstico de *integridade da pele prejudicada* caracteriza o estado de alteração da superfície externa do corpo<sup>(14)</sup>, que pode ser observada na varicela e no herpes zoster, pelo surgimento de exantema maculopapular, que assume aspecto vesicular. As erupções evoluem para pústulas e crostas. É importante ainda avaliar os distúrbios de sensibilidade, devido ao comprometimento dermatoneurológico e à sensibilidade térmica, dolorosa e tátil<sup>(20)</sup>. Já o diagnóstico de *úlceras por pressão* representa uma área com lesão devido à pressão prolongada e intensa, que afeta o metabolismo celular, reduzindo ou obstruindo o fluxo sanguíneo, resultando em isquemia tecidual<sup>(11)</sup>.

A pele também sofre modificações decorrentes da senilidade. Os principais diagnósticos de enfermagem

encontrados nessas alterações são *turgor diminuído e hidratação da pele diminuída* (ou pele seca), em que se destacam ressecamento, enrugamento e pigmentações. O ressecamento ocorre devido à diminuição das glândulas sudoríparas e sebáceas; o enrugamento é decorrente do adelgaçamento da epiderme e da derme, que promove o aparecimento de pregas e diminui o turgor; e o aparecimento de pigmentações é resultante da exposição à luz solar sem o uso de proteção<sup>(15)</sup>. Entretanto, a diminuição do turgor cutâneo na velhice é um acontecimento normal, diferente da diminuição de turgor decorrente de distúrbios hidroeletrólíticos, tais como a desidratação.

A regulação térmica corresponde ao equilíbrio entre o calor perdido e o calor produzido. É controlada por mecanismos fisiológicos e comportamentais<sup>(15)</sup>. As alterações na temperatura ocorrem devido a falhas nos mecanismos de perda e produção de calor; sendo assim, a *temperatura corporal aumentada* é observada quando aumenta o calor corporal, relacionado com o metabolismo do corpo. Durante o período diurno, há ligeiro acréscimo na temperatura corporal em comparação com a temperatura corporal durante o sono ou o repouso. O inverso ocorre na *temperatura corporal diminuída*<sup>(12)</sup>. A sudorese é outro processo em que o corpo perde calor por meio do mecanismo de evaporação. Pode ser aumentada em situações como estresse emocional e mental ou prática de exercício. Seu excesso é capaz de causar ressecamento da pele e mucosas, como também prurido. É evidenciada pelo diagnóstico de *transpiração excessiva*, que traduz a perda de água em demasia pela evaporação da umidade na superfície da pele<sup>(12)</sup>.

A percepção dolorosa traduz vivência sensorial e emocional desagradável. É o motivo mais comum para a busca de cuidados de saúde. Assim, o enfermeiro precisa compreender a fisiopatologia da dor, suas consequências fisiológicas e psicológicas e os métodos usados para tratá-la<sup>(15)</sup>. A dor pode ser classificada por sua duração e localização. Dessa forma, encontramos os diagnósticos de *dor aguda*, definida como aumento da percepção sensorial de partes do corpo num curto intervalo de tempo ou de início repentino, com relato subjetivo de sofrimento, expressão facial de dor, alteração do tônus muscular, comportamento autoprotetor, foco de atenção reduzido, alteração no tempo de percepção, afastamento do contato social, processo de pensamento prejudicado, comportamento distraído, agitação e perda de apetite; ou o diagnóstico de *dor crônica*, conceituado da mesma forma, mas que acontece em um período mais prolongado<sup>(12)</sup>.

No tocante às necessidades psicossociais, observamos que a segurança no ambiente hospitalar, comunitário ou doméstico diminui a incidência de problemas de saúde e lesões, reduz a duração de um tratamento e proporciona ao cliente a sensação de bem-estar<sup>(11)</sup>. Nesse contexto, destacamos o diagnóstico de *risco de transmissão de infecção*. Trata-se do risco de transmitir e desencadear a invasão do corpo de outra pessoa por microrganismos

patogênicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antígeno-anticorpo<sup>(12)</sup>. Já o diagnóstico de *risco de infecção secundária* é a possibilidade de se contrair outra infecção durante o tratamento de uma infecção preliminar ou no final dele.

A educação em saúde é processo importante na prevenção e na promoção da saúde, na cura e na solução de problemas, porquanto promove o conhecimento necessário para o cliente e seus familiares sobre sua disfunção de saúde, o uso de medicamentos ou a realização de procedimentos. Isso poderá facilitar a adesão ao plano de tratamento, já que o cliente pode apresentar o diagnóstico de *conhecimento em saúde baixo*, traduzido pela compreensão inadequada de como lidar com problemas de saúde ou entender seu quadro patológico, ou até *aceitação do regime terapêutico prejudicada*, sob a forma de dificuldade de aderir ao plano de tratamento, farmacológico ou não. A falta de adesão ao regime terapêutico tem sido alvo de vários estudos. Entre os fatores mais importantes estão os regimes terapêuticos complexos, de longa duração, que proporcionam efeitos colaterais, restrições financeiras, esquecimento e hábitos de autotratamento, com compra de remédios sem prescrição médica<sup>(15)</sup>.

O sistema neurológico é responsável por manter o nível de consciência, o controle da memória, os processos mentais, as sensações, as emoções e os movimentos voluntários<sup>(19)</sup>. O cliente pode apresentar o *nível de consciência diminuído*, representado pela capacidade de resposta da mente reduzida<sup>(12)</sup>, visualizado, principalmente, em

meningites bacterianas, em que as bactérias distribuem-se ao longo do Sistema Nervoso Central, nas paredes dos seios venosos encefálicos, penetrando na dura-máter e alcançando o espaço subaracnóideo. Se o organismo não desenvolver mecanismos de defesa, a infecção dissemina-se, provocando alterações neurológicas<sup>(20)</sup>.

## CONCLUSÃO

Acredita-se que os resultados deste estudo foram relevantes, tendo em vista que a criação da nomenclatura de diagnósticos facilitará o processo de comunicação entre os profissionais de enfermagem. Ressalta-se que as afirmativas foram construídas a partir de termos daquela realidade clínica, viabilizando a assistência pautada em princípios metodológicos, melhor visualização científica do profissional e assistência de maior resolutividade para o cliente.

Um dos grandes desafios encontrados ao longo deste estudo foi trabalhar com a construção dos diagnósticos no contexto da clínica de doenças infectocontagiosas, já que ela recebe clientes de diferentes faixas etárias, o que dificulta a criação de um plano de cuidados para determinada população. Outra dificuldade foi relacionar os aspectos clínicos de diferentes patologias infectocontagiosas, atendendo para problemas passíveis de atuação da enfermagem, por meio de ferramentas como raciocínio clínico, experiência acadêmica, conhecimento técnico-científico e, a partir daí, agrupar os sinais e os sintomas, com o intuito de criar os diagnósticos.

## REFERÊNCIAS

1. Barra DCC, Dal Sasso GTM, Monticelli M. Processo de enfermagem informatizado em unidade de terapia intensiva: uma prática educativa com enfermeiros. Rev Eletr Enferm [Internet]. 2009 [citado 2010 set. 7];11(3):579-89. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a15.htm>
2. Lucena ICD, Barreira IA. Revista Enfermagem em Novas Dimensões: Wanda Horta e sua contribuição para a construção de um novo saber da enfermagem (1975-1979). Texto Contexto Enferm. 2011;20(3):534-40.
3. Souza APMA, Soares MGO, Nóbrega MML. Indicadores empíricos para a estruturação de um instrumento de coleta de dados em unidade cirúrgica. Rev Eletr Enferm [Internet]. 2009 [citado em 2010 ago. 21];11(3):501-8. Disponível em: [www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/pdf/v11n3a06.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/pdf/v11n3a06.pdf)
4. Amante LN, Rossetto AP, Schneider DG. Nursing care systematization at the Intensive Care Unit (ICU) based on Wanda Horta's theory. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [cited 2012 Mar 14];43(1):54-64. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/en\\_07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/en_07.pdf)
5. Horta WA. Processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
6. Teixeira CRS, Becker TAC, Citro R, Zanetti ML, Landim CAP. Validation of nursing interventions in people with diabetes mellitus. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2012 Mar 14];45(1):173-9. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/en\\_24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/en_24.pdf)
7. Nichiata LYI, Padoveze MC, Ciosak SI, Gryscek ALFPL, Costa AA, Takahashi RF, et al. The International Classification of Public Health Nursing Practices - CIPESC®: a pedagogical tool for epidemiological studies. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2012 July 27];46(3):766-71. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/en\\_32.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/en_32.pdf)
8. Sobreira IAP. Construção de banco de termos da linguagem especial de enfermagem da clínica de doenças infecto-contagiosas do HULW/UFPB [monografia]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2009.
9. Nóbrega MML, Garcia TR, Coler MS. Centro CIPE® do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Rev Bras Enferm. 2008;61(6):888-91.

- 
10. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: definições e classificação 2009-2010. Porto Alegre: Artmed; 2010.
  11. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processos e prática. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
  12. Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 1.0. São Paulo: Algor; 2007.
  13. Collet N, Oliveira BRG, Viera CS. Manual de enfermagem em pediatria. Goiânia: AB; 2010.
  14. Furtado LG, Nóbrega MML. Construção de banco de termos identificados em registros de enfermagem utilizando a CIPE®. Rev Eletr Enferm [internet]. 2007 [citado 2010 ago. 21];9(3):630-55. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a06.htm>
  15. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
  16. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 8ª ed. Brasília; 2010.
  17. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 6ª ed. Brasília; 2005.
  18. Silva CRL, Silva RCL, Viana DL. Compacto dicionário ilustrado de saúde. 4ª ed. São Caetano do Sul: Yendis; 2009.
  19. Carpenito-Moyet LJ. Manual de diagnósticos de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2008.
  20. Aguiar ZN, Ribeiro MCS, organizadoras. Vigilância e controle das doenças transmissíveis. 3ª ed. São Paulo: Martinari; 2009.