

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

LIDIANE LIMA DE ANDRADE

VALIDAÇÃO DE UM HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PARA INDIVÍDUOS
HOSPITALIZADOS COM DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS

JOÃO PESSOA – PB

2016

LIDIANE LIMA DE ANDRADE

**VALIDAÇÃO DE UM HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PARA INDIVÍDUOS
HOSPITALIZADOS COM DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem, área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Fundamentos teóricos-filosóficos do cuidar em Enfermagem e Saúde.

Projeto de pesquisa vinculado: Processo de cuidar voltado para pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Miriam Lopes Costa

JOÃO PESSOA – PB

2016

A553v Andrade, Lidiane Lima de.

Validação de um histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas / Lidiane Lima de Andrade.- João Pessoa, 2016.

200f.

Orientadora: Marta Miriam Lopes Costa
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS

1. Enfermagem. 2. Doenças transmissíveis. 3. Cuidados - pacientes - doenças crônicas. 4. Registros de enfermagem.
5. Estudos de validação.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

LIDIANE LIMA DE ANDRADE

**VALIDAÇÃO DE UM HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PARA INDIVÍDUOS
HOSPITALIZADOS COM DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação
em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde,
da Universidade Federal da Paraíba, como
requisito parcial para a obtenção do título de
Doutor em Enfermagem, área de concentração:
Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em 29 de julho de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Marta Miriam Lopes Costa
Profa. Dra. Marta Miriam Lopes Costa – Presidente
Universidade Federal da Paraíba

Suzana de Oliveira Mangueira
Profa. Dra. Suzana de Oliveira Mangueira – Membro Externo
Universidade Federal de Pernambuco

Maria das gracas Melo Fernandes
Profa. Dra. Maria das Graças Melo Fernandes – Membro Interno
Universidade Federal da Paraíba

Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa
Profa. Dra. Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa – Membro Interno
Universidade Federal da Paraíba

João A. Nascimento
Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento – Suplente Externo
Universidade Federal da Paraíba

Jacira dos Santos Oliveira
Profa. Dra. Jacira dos Santos Oliveira – Suplente Interno
Universidade Federal da Paraíba

Dedico

Ao meu avô, que sempre cumpriu o papel de meu pai e é meu exemplo de honestidade, caráter, bondade, justiça e amor, dedico este trabalho, porque, apesar de não ter tido a oportunidade de frequentar uma escola, sempre me incentivou a concretizar meus sonhos pessoais e profissionais e me deu apoio para isso;

Aos meus alunos e ex alunos, que, no dia a dia fazem-me descobrir o prazer pela docência e me impulsionam a querer ser uma pessoa e professora cada vez melhor. Espero que essa titulação venha conferir mais aperfeiçoamento para mim, como docente, no sentido de poder contribuir para melhorar o ensino, a pesquisa e a extensão na área da Enfermagem.

A todos os profissionais de enfermagem que cuidam de indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas, que esse histórico possa respaldar a documentação do cuidado, o ensino e o embasamento para a consolidação científica da Enfermagem.

Agradeço

A Deus, fonte de sabedoria inesgotável, que sempre me amparou nos momentos de angústia e solidão, agradeço pelas bênçãos concedidas desde a preparação para a seleção até a finalização deste estudo;

A toda a minha família, especialmente à minha tia Corrinha, que, desde o falecimento de minha avó, é minha referência materna e nunca mediou esforços para investir em minha formação acadêmica, profissional e pessoal; e às minhas primas, companhias que tenho aqui em João Pessoa e com cujo apoio e ajuda posso contar;

A meu namorado Fábio, pelo amor, pelo companheirismo, e pelo incentivo, por me ajudar na leitura, na busca e nas traduções de artigos, renunciando, muitas vezes, às suas horas de descanso e de lazer, e principalmente, por me escutar e compreender as razões das incansáveis horas de estudo;

À família do meu namorado, pelo carinho e pela partilha de todos os momentos nesses últimos seis meses;

À Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem, à Unidade Acadêmica de Enfermagem, e à Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité, por terem concedido o afastamento nestes últimos seis meses para finalizar o estudo;

Aos amigos da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité, pois, sem o auxílio deles, não teria sido possível me afastar. Agradeço de forma especial, àqueles que assumiram minha carga horária de ensino, orientação e atividades administrativas e aos que partilharam comigo as angústias sofridas, principalmente durante o processo de tramitação do afastamento;

Às amizades construídas durante a Graduação, o Mestrado e o Doutorado, com pessoas com quem eu pude contar e compartilhar não só os momentos de alegria, mas também os de esgotamento mental e cansaço físico;

Às amizades pessoais construídas no decorrer desses doze anos de vivência em João Pessoa, que, muitas vezes, representaram minha família, que, por causa da distância geográfica, não poderiam estar comigo;

A Frei Paulo, agradeço pela amizade, pelo carinho e, principalmente, por ter a certeza de contar sempre com sua ajuda e suas orações;

À minha orientadora, a Professora Marta Miriam Lopes Costa, que tive a oportunidade de conhecer desde o terceiro período do curso, de participar com ela do projeto RONDON, e ser agraciada com a sua orientação no Mestrado e no Doutorado. Sou grata pela confiança que sempre depositou em mim e pelos seus ensinamentos sábios, tanto no âmbito acadêmico quanto no profissional e no pessoal;

À Professora Maria das Graças Melo Fernandes, agradeço pela atenção, pela disposição em sempre clarificar minhas ideias, pela leitura cuidadosa e pela contribuição valiosa no aperfeiçoamento deste trabalho;

Ao Professor João Agnaldo do Nascimento, pela alegria contagiente, pela paciência e pelos ensinamentos, pois ele pegou na minha mão e me mostrou o caminho a ser percorrido durante a análise quantitativa dos dados deste trabalho;

À professora Suzana de Oliveira Mangueira, em quem me espelhei, mesmo antes de iniciar a Graduação em Enfermagem, para, como profissional, seguir seu exemplo;

À Professora Maria Eliane Moreira Freire, pela solicitude, pelo empenho em utilizar este histórico com os profissionais da Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias. Registro, aqui, minha admiração pela enfermeira e docente que ela sempre representou para mim, desde a graduação;

À Professora Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa, que tive a oportunidade de conhecer no final da Graduação e durante todo o percurso da Pós-graduação, agradeço pelas contribuições desde a construção do projeto desta tese, e pelas palavras de conforto e de amizade;

À Professora Jacira dos Santos Oliveira, que foi a primeira incentivadora para que eu trilhasse o caminho referente a esse objeto de estudo, a partir da oportunidade de vivenciar o projeto de extensão “Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes internados no Hospital Universitário Lauro Wanderley”;

À Coordenação e aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, especialmente as Professoras Maria Júlia de Guimarães Soares e Maria Miriam Lima da Nóbrega, pelas quais tenho especial admiração, pois foram elas que me acompanharam e incentivaram durante a Pós-graduação;

Aos funcionários do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, especialmente a seu Ivan e a Nathali, pela prontidão, pela resolutividade e pela dedicação;

Aos membros do Grupo de Estudos e Pesquisas em Tratamento de Feridas, sobretudo aos colaboradores da coleta dos dados, Nathália, Werisson, Fabrícia, Soraia, Ana Hévila, Fabiana e Lorena, agradeço pela contribuição tão valiosa, sem a qual não seria possível finalizar este trabalho;

Aos enfermeiros especialistas, que colaboraram incansavelmente para a análise de conteúdo, e a todos os indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas, que participaram da validação clínica;

A Seu Antônio e Felipe, da copiadora A & F, que não só prestam os serviços de xerox e impressão na universidade, como também me acompanham e torcem por meu sucesso desde a Graduação;

E a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a construção dessa pesquisa.

Muito obrigada!

RESUMO

ANDRADE, L. L. A. Validação de um histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. 2016. 199f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introdução: Os indicadores empíricos do histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas devem representar adequadamente o foco de interesse. **Objetivo:** Analisar a validade dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas apresentadas em um histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. **Método:** Pesquisa metodológica, desenvolvida em duas etapas: análise de conteúdo e validação clínica. Da primeira etapa participaram 37 enfermeiros especialistas, que avaliaram a relevância, a clareza e a precisão dos indicadores empíricos em estudo; e da segunda, 65 indivíduos que estavam internados nas clínicas de doenças infectocontagiosas de dois hospitais universitários, que foram avaliados com o intuito de verificar a presença ou ausência dos indicadores empíricos analisados pelos especialistas. A coleta dos dados ocorreu no período de agosto de 2015 a abril de 2016. A análise dos dados foi realizada por meio da abordagem quantitativa. Este estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley e obteve aprovação segundo parecer nº 1.015.985 e CAAE: 43249115.7.0000.5183. **Resultados:** Na análise de conteúdo, foram eliminados quatorze indicadores empíricos, considerando o critério de relevância. Quanto aos critérios de clareza e precisão, 33 indicadores empíricos tiveram suas definições operacionais reformuladas. Sobre a fidedignidade, observou-se consistência interna dos indicadores empíricos acima de 0,9. Na validação clínica, constatou-se associação entre as necessidades psicobiológicas, as psicossociais e as psicoespirituais e delas com os diagnósticos médicos. Também foram avaliadas a presença e a ausência dos indicadores empíricos, o que subsidiou os ajustes e a apresentação final do histórico de enfermagem. **Conclusão:** Os achados deste estudo fortalecerão a prática clínica, o ensino e a comunidade científica de enfermagem na abordagem do indivíduo com doenças infectocontagiosas.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Doenças transmissíveis; Registros de enfermagem; Estudos de validação.

ABSTRACT

ANDRADE, L. L. A. Validation of a nursing record for hospitalized individuals with infectious contagious diseases. 2016. 199f. Thesis (Doctorate in Nursing). Program of Post-Graduation in Nursing of the Centro de Ciências da Saúde of the Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introduction: The empiric indicators of the nursing record for hospitalized individuals with infectious contagious diseases must adequately represent the interest focus. **Aim:** Analyse the validity of the empiric indicators of the basic human necessities presented in a nursing report for hospitalized individuals with infectious contagious diseases. **Method:** Methodological research, developed into two phases: analysis of content and clinical validation. Thirty-seven specialist nurses, participated of the first phase, where they evaluated the relevance, the clarity and the precision of the empiric indicators studied; sixty-five individuals who were interned in the clinics of infectious contagious diseases of two university hospitals, were evaluated aiming to check the presence or absence of the empiric indicators analysed by the specialists. The data collection happened between August 2015 and April 2016. The data analysis was performed using the quantitative approach. This study was analysed by the Ethics Committee in Research of the University Hospital Lauro Wanderley and was approved according to the report Number 1.015.985 and CAAE: 43249115.7.0000.5183. **Results:** In the analysis of the content, fourteen empiric indicators were eliminated, considering the relevance criterion. On the clarity and precision criteria, 33 empiric indicators had their operational definitions redesigned. On the reliability, it was observed the internal consistency of the empiric indicators above 0,9. On the clinical validation, it was found association between the psychobiological, psychosocial, and psycho-spiritual needs and from them the medical diagnosis. The presence and absence of the empiric indicators were also evaluated, which subsided the adjusts and final presentation of the nursing record. **Conclusion:** The findings of this study will strength the clinic practice, the teaching and the scientific community of nursing on the approach of the individual with infectious contagious diseases.

KEYWORDS: Nursing, Communicable diseases; Nursing records; Validation studies.

RESUMEN

ANDRADE, L. L. A. Validación de un registro de enfermería para personas hospitalizadas con enfermedades infecciosas. 2016. 199f. Tesis (Doctorado en Enfermería). Programa de Postgrado en Enfermería del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de la Paraíba, João Pessoa, Brasil, 2016.

Introducción: Los indicadores empíricos del registro de enfermería para personas hospitalizadas con enfermedades infecciosas deben representar adecuadamente el foco de interés. **Objetivo:** Analizar la validez de los indicadores empíricos de las necesidades humanas básicas presentadas en un registro de enfermería para personas hospitalizadas con enfermedades infecciosas. **Método:** investigación metodológica, desarrollada en dos etapas: análisis de contenido y validación clínica. De la primera etapa, participaron 37 enfermeros especializados, que evaluaron pertinencia, claridad y precisión de los indicadores empíricos en el estudio; y de la segunda, 65 individuos estuvieron hospitalizados en clínicas de enfermedades infecciosas de dos hospitales universitarios, las cuales fueron evaluadas con el fin de verificar la presencia o ausencia de indicadores empíricos analizados por los expertos. Datos recolectados de agosto de 2015 a abril de 2016. Análisis de datos llevada a cabo utilizándose el enfoque cuantitativo. Estudio aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Hospital Universitario Lauro Wanderley, según parecer N° 1.015.985 y CAAE: 43249115.7.0000.5183. **Resultados:** En el análisis de contenido, catorce indicadores empíricos fueron eliminados, teniendo en cuenta el criterio de pertinencia. En cuanto a los criterios de claridad y precisión, 33 indicadores empíricos tuvieron sus definiciones operativas reformulados. La fiabilidad no había consistencia interna de los indicadores empíricos mayor que 0,9. En la validación clínica, hubo asociación entre las necesidades psicobiológicas, psicosociales y psicoespirituales y con los diagnósticos médicos. Fueron evaluadas presencia y ausencia de indicadores empíricos, lo que apoyó la configuración y presentación final del registro de enfermería. **Conclusión:** Los resultados de este estudio refuerzan la práctica clínica, la enseñanza y la comunidad científica de enfermería en el enfoque al paciente con enfermedades infecciosas.

PALABRAS CLAVE: Enfermería; Enfermedades transmisibles; Registros de enfermería; Estudios de validación.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Classificação das necessidades humanas básicas em indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. João Pessoa - PB, 2016	87
Figura 2- Associação entre as classificações das necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais e delas com os diagnósticos médicos mais frequentes. João Pessoa - PB, 2016.....	88
Figura 3 – Histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. João Pessoa - PB, 2016	106

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Registro das necessidades humanas básicas adotadas neste estudo, de acordo com a classificação de Horta (2011) e Garcia e Cubas (2012). João Pessoa - PB, 2016	30
Quadro 2 – Definições das necessidades humanas básicas apresentadas por Garcia e Cubas (2012). João Pessoa - PB, 2016	31
Quadro 3- Dados de identificação e agrupamento dos sinais vitais e dos dados antropométricos do histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. João Pessoa - PB, 2016	39
Quadro 4- Reorganização das necessidades humanas básicas do histórico de enfermagem para o indivíduo hospitalizado com doenças infectocontagiosas. João Pessoa - PB, 2016	39
Quadro 5- Definições operacionais reformuladas conforme sugestões dos especialistas. João Pessoa - PB, 2016.....	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos enfermeiros especialistas. João Pessoa – PB, 2016.....	44
Tabela 2 – Distribuição dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas conforme análise dos especialistas. João Pessoa - PB, 2016.....	47
Tabela 3 - Análise da fidedignidade dos indicadores empíricos. João Pessoa - PB, 2016.....	68
Tabela 4 - Dados sociodemográficos dos indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. João Pessoa - PB, 2016	75
Tabela 5 - Distribuição das queixas na admissão de acordo com o diagnóstico médico e sua associação com os sinais e sintomas apresentados na literatura. João Pessoa - PB, 2016	78
Tabela 6 - Distribuição das medidas de tendência central e dispersão dos sinais vitais evidenciados pelos indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. João Pessoa - PB, 2016	82
Tabela 7 - Medidas de tendência central e dispersão dos índices das necessidades humanas básicas em indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. João Pessoa - PB, 2016	86
Tabela 8 – Distribuição dos indicadores empíricos presentes nos indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. João Pessoa - PB, 2016	94

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
INTRODUÇÃO	17
REFERENCIAL TEÓRICO	25
Construção do conhecimento na Enfermagem	26
Teoria das Necessidades Humanas Básicas.....	28
CAPÍTULO 1 - ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS	34
1.1 Considerações teórico-metodológicas	35
1.1.1 Local do estudo.....	37
1.1.2 População e amostra	37
1.1.3 Instrumento de coleta dos dados.....	38
1.1.4 Coleta de dados.....	42
1.1.5 Análise dos dados	42
1.1.6 Aspectos éticos	43
1.2 Resultados e discussão.....	44
1.2.1 Caracterização dos especialistas	44
1.2.2 Análise por especialistas da relevância, da clareza e da precisão dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas.....	46
CAPÍTULO 2 - VALIDAÇÃO CLÍNICA COM INDIVÍDUOS HOSPITALIZADOS ..	69
2.1 Considerações metodológicas	70
2.1.1 Local do estudo.....	71
2.1.2 População e amostra	71
2.1.3 Coleta de dados.....	72
2.1.4 Análise dos dados	73
2.1.5 Aspectos éticos	74
2.2 Resultados e discussão.....	75
2.2.1 Caracterização sociodemográfica e clínica dos indivíduos hospitalizados	75
2.2.2 Associação entre as necessidades humanas básicas e delas com o diagnóstico médico	86
2.2.3 Avaliação da presença e da ausência dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas em indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas	93

CONCLUSÃO.....	108
REFERÊNCIAS	111
APÊNDICES	131
APÊNDICE A - CARTA-CONVITE AOS ESPECIALISTAS	132
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ESPECIALISTAS	133
APÊNDICE C - APRESENTAÇÃO E INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO	135
APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	136
APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – INDIVÍDUOS HOSPITALIZADOS.....	171
APÊNDICE F - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – INDIVÍDUOS HOSPITALIZADOS	173
APENDICE G - GLOSSÁRIO PARA O PREENCHIMENTO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PARA INDIVÍDUOS HOSPITALIZADOS COM DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS	188
ANEXOS	197
ANEXO A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DE ENFERMAGEM	198
ANEXO B- CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO CEP	200

Apresentação

A aproximação com a temática relacionada ao objeto de estudo, aconteceu desde a graduação, por meio da participação durante os anos de 2009 a 2011 no projeto de extensão Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes internados no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Nesse projeto, foram desenvolvidas atividades como a elaboração de um instrumento tipo *checklist* para coletar dados dos indivíduos hospitalizados na clínica médica do hospital supracitado. Depois, com base no julgamento clínico, traçava-se um plano de cuidados, utilizando como taxonomia a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Dessa atividade, emergiram algumas publicações, como, por exemplo, o artigo publicado na Revista Eletrônica de Enfermagem, no ano de 2012, intitulado “Termos identificados em uma clínica médica e classificados como não constantes na CIPE” (ANDRADE et al., 2012).

No ano de 2010, quando finalizado o curso de graduação, durante a participação no Grupo de Estudos e Pesquisa em Fundamentação da Assistência de Enfermagem (GEPFAE), foi verificado que de todas as unidades clínicas de hospitalização do HULW, a única que ainda apresentava incipiente no desenvolvimento de estudos sobre a implantação do processo de enfermagem era a Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias, o que me chamou a atenção para o desenvolvimento de estudos nessa área. Assim, durante a produção do trabalho de conclusão de curso (TCC), intitulado “Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados na clínica de doenças infectocontagiosas do HULW/UFPB”, foi desenvolvida uma nomenclatura para a unidade em estudo, com base no banco de termos construído em pesquisa anterior. Os resultados do TCC originaram publicações de um capítulo de livro, intitulado: Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE® (ANDRADE; NÓBREGA, 2011) e de um artigo publicado na Revista da Escola de Enfermagem da USP, intitulado “Diagnósticos de enfermagem para clientes hospitalizados em uma clínica de doenças infectocontagiosas” (ANDRADE et al., 2013).

Em 2011, ao ingressar no Mestrado, com o intuito de operacionalizar a nomenclatura construída para a Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias, foi desenvolvida a dissertação com a temática “Construção de instrumentos para a documentação do processo de enfermagem em uma clínica de doenças infectocontagiosa” (ANDRADE, 2012). Portanto, foram construídos um instrumento de coleta de dados e um instrumento de planejamento da assistência de enfermagem. Recortes desse trabalho foram apresentados no 17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem (2013) e no 11º Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem (2013), denominados, respectivamente, de “Necessidades psicoespirituais em

portadores de doenças infectocontagiosas: intervenções de enfermagem” e “Coleta de dados para clientes hospitalizados em uma clínica de doenças infectocontagiosas” (ANDRADE; COSTA, 2013; ANDRADE; OLIVEIRA; COSTA, 2013).

Alguns estudos têm sido produzidos com o objetivo de testar a utilização do instrumento de coleta de dados, por meio de sua aplicação e a implementação do raciocínio clínico para a elaboração de diagnósticos de enfermagem, como o artigo publicado na Revista Gaúcha de Enfermagem, “Perfil de diagnósticos de enfermagem para clientes hospitalizados em uma unidade de internação em infectologia” (SOUZA NETO et al., 2015), e o desenvolvimento de um projeto vinculado ao Programa Institucional de Iniciação Científica, denominado “Diagnósticos de enfermagem para o indivíduo adulto hospitalizado com doenças infectocontagiosas”, os quais foram realizados na ala E do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) e na Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias do HULW, respectivamente.

Desde 2012, ao ingressar na docência pela Universidade Federal de Campina Grande, foram orientados e desenvolvidos estudos na mesma área, destacando-se a construção das seguintes pesquisas: 1- Banco de termos em enfermagem para uma unidade de internação em infectologia, 2- Dados essenciais em enfermagem nos formulários das clínicas de infectologia: estudo comparativo, 3- Intervenções de enfermagem para indivíduos hospitalizados em uma clínica de infectologia e 4- Produção científica sobre construção e validação de instrumentos para a documentação em enfermagem: estudo bibliométrico. Além disso, a proposta da disciplina optativa “Sistemas de Classificação em Enfermagem”, cuja ementa sugere o estudo dos sistemas de classificação aplicados à Enfermagem, a utilização dos sistemas de classificação na prática do cuidado em enfermagem, as metodologias de pesquisa sobre diferentes sistemas de classificação, os avanços científicos e tecnológicos no processo de cuidar em enfermagem e o desenvolvimento de habilidades para o pensamento crítico em enfermagem.

Retornando à Universidade Federal da Paraíba na condição de doutoranda, no ano de 2013, desenvolvi este estudo, que consiste em analisar a validade de um histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas, junto a enfermeiros especialistas na área e a partir de sua aplicação em indivíduos hospitalizados.

Introdução

O reaparecimento de enfermidades que se encontravam sob controle, a identificação de novos micro-organismos e a sua disseminação fizeram com que as doenças infectocontagiosas¹ se destacassem entre as morbidades que atingem o ser humano (YAMURA et al., 2011). Além disso, essas doenças são responsáveis por mais de 13 milhões de mortes por ano, o que representa uma em cada duas mortes nos países em desenvolvimento (SILVA JÚNIOR; DAHER, 2013).

No Brasil, as doenças infectocontagiosas afetam, especialmente, as regiões e os setores sociais mais pobres, com grande destaque para a população do Nordeste, que apresenta 11,9% de suas internações hospitalares destinadas a indivíduos com esses problemas, o que corresponde ao oitavo maior volume de gastos em saúde no país. Isso caracteriza valores altos por internação, que equivalem a 5,17% de todo o gasto hospitalar (BRASIL, 2010a, 2010b).

A ocorrência desses agravos é classificada como emergente, reemergente e com quadro de persistência. As doenças emergentes são consideradas as que surgiram em um tempo recente, como a influenza A (H1N1) e os casos de síndrome exantemática, cujo quadro clínico levou a investigações de doenças como chikungunya e zika vírus (BRASIL, 2010a).

No ano de 2009, a influenza H1N1 tornou-se pandêmica. Foi identificada, inicialmente, no México e nos Estados Unidos e disseminou-se pelo mundo (MARCHIORI et al., 2012). No hemisfério norte, a atividade do vírus aumentou, e os países com registro de alta atividade viral são a Europa, a Rússia e a Ucrânia. Em grande parte do hemisfério sul, principalmente em países tropicais, a atividade viral permaneceu baixa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). No entanto, no Brasil, o número de casos já é mais elevado do que o esperado. Até a 16^a Semana Epidemiológica de 2016, foram registrados 1.571 casos e 290 óbitos (BRASIL, 2016b).

Quanto à febre chikungunya, no Brasil, até a 13^a Semana Epidemiológica de 2016, foram registrados 39.017 casos suspeitos, destes, 6.159 foram confirmados. A Região Nordeste apresentou a maior taxa de incidência (56 casos/100 mil habitantes) (BRASIL, 2016a). Na Paraíba, até a 16^a Semana Epidemiológica de 2016, foram notificados 2.513 casos suspeitos (PARAÍBA, 2016).

No tocante ao zika vírus, no Brasil, até a 13^a Semana Epidemiológica de 2016, foram

¹ Neste texto será utilizado o termo “doenças infectocontagiosas”, considerando o quadro de infecção e de transmissão; doenças infecciosas, se referem ao desenvolvimento de micro-organismos patogênicos no corpo, que causam um estado de infecção manifestada por sinais e sintomas; doenças transmissíveis e contagiosas são as desencadeadas por um agente e que podem parasitar o ser humano, o que resulta em sua transmissão para um hospedeiro suscetível, de forma direta ou indireta.

notificados 91.387 casos, dos quais 31.616 foram confirmados (BRASIL, 2016a). Na Paraíba, até a 16^a Semana Epidemiológica de 2016, registraram-se 1.770 casos (PARAÍBA, 2016).

As doenças com tendência reemergente são as que surgiram como problema de saúde pública, depois de terem sido controladas no passado, como a dengue, que foi reintroduzida no Brasil em 1982, por meio de falhas apresentadas pela vigilância entomológica, além de mudanças ambientais advindas com o processo de urbanização (BRASIL, 2010a).

No Brasil, até a 13^a Semana Epidemiológica de 2016, foram registrados 802.429 casos prováveis de dengue e descartados 161.273 casos suspeitos (BRASIL, 2016a). Na Paraíba, até a 16^a Semana Epidemiológica de 2016, foram registrados 24.487 casos prováveis (PARAÍBA, 2016). É importante destacar que a dengue foi considerada um agravio de grande relevância para o estado da Paraíba no ano de 2015, pois, no que se refere ao cálculo da incidência da doença, foi observado em 110 municípios do estado, um coeficiente de incidência (número de casos/100 mil habitantes) acima de 300 casos/100 mil habitantes. Assim, a incidência do estado encontrou-se em 501,91 casos a cada 100 mil habitantes, o que sinaliza o ano como epidêmico (PARAÍBA, 2015).

Quanto às doenças que apresentam um quadro de persistência, destacam-se a tuberculose e a hanseníase. No Brasil, no ano de 2014, a tuberculose apresentou um coeficiente de incidência de 33,8 /100 mil habitantes. Na Paraíba, no mesmo ano, observou-se um coeficiente de incidência de 25,7/100 mil habitantes (BRASIL, 2015a).

O Ministério da Saúde assumiu o compromisso de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até 2015, o que significa alcançar menos de um caso por 10.000 habitantes (BRITO et al., 2015). Nos anos de 2013 e 2014, o coeficiente foi de 1,42/10.000 habitantes e 1,27/10.000 habitantes, respectivamente (BRASIL, 2015b). Na Paraíba, em 2014, a taxa de detecção foi de 14,88 (por 100.000 habitantes), taxa considerada alta, segundo indicadores de monitoramento e avaliação da hanseníase (BRASIL, 2014a).

Apesar dos dados epidemiológicos apresentados, é válido ressaltar que têm sido concentrados esforços para melhorar o cuidado dispensado aos indivíduos com estas afecções. Assim, o Ministério da Saúde tem criado estratégias, como campanhas de vacinação, implantação da rede de testes rápidos, construção de unidades sentinelas acordadas entre os estados e os municípios, elaboração de protocolos de atenção à saúde e o repasse financeiro de verbas para a implementação de ações contingenciais de vigilância, prevenção e controle de epidemias em situações de emergência (BRASIL, 2016a, 2016b).

A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde direciona o foco de interesse e de investimentos para pesquisas que compreendem suas 24 subagendas, orientando a

alocação de recursos para a investigação e o desenvolvimento científico. Dessa subagendas, foram selecionados onze temas relacionados ao campo das prioridades das pesquisas em Enfermagem, destacando-se como eixo temático o cuidado de enfermagem a indivíduos com doenças infectocontagiosas (OLIVEIRA, 2014).

O cuidado de enfermagem é representado pela responsabilidade com o outro, reconhecendo seus aspectos biológicos, emocionais, sociais e espirituais. Isso não só demanda a compreensão subjetiva do indivíduo, como também a utilização do conhecimento técnico e científico por parte do profissional para a interpretação de achados clínicos. O cuidado com o indivíduo hospitalizado com doença infectocontagiosa envolve todos os elementos listados, pois as ações do profissional variam desde as intervenções para identificar sinais e sintomas, até a relação interpessoal de apoio emocional, social ou espiritual, pelo sentimento de estigmatização ou diante do diagnóstico de uma doença sem cura.

A visibilidade do cuidado é conferida por meio da documentação da assistência prestada (MAZIERO et al., 2013). Estima-se que o profissional de enfermagem deve gastar 15% do seu tempo de trabalho com a documentação, que é a comprovação da quantidade e da qualidade do cuidado (DONCLIFF, 2015). A relevância dos registros de enfermagem tem sido enfatizada desde Florence *Nightingale*, que relatava que, durante a execução dos cuidados, costumava reunir as informações para conseguir analisar seu trabalho e, consequentemente, aperfeiçoar sua assistência (GARCIA; CABRAL, 2010).

A forma de documentar o cuidado tem sofrido um processo de evolução. Inicialmente, contava-se apenas com os registros manuais, um método que consiste em descrever detalhadamente e por escrito o cuidado implementado. Contudo, devido à produção de informações ilegíveis e subjetivas e por se reconhecer que o volume de dados cresce de forma acelerada, o registro manual fica cada vez mais fragilizado, por não garantir o armazenamento e o gerenciamento adequado e pela demanda de tempo gasto, o que sobrecarrega as atividades profissionais (BARRA; DAL SASSO, 2011).

Nessa perspectiva, os registros de enfermagem vêm sendo modificados para *checklists*, que são listas de checagem de dados consideradas fundamentais para diminuir as falhas e reduzir o tempo gasto na transcrição de informações (PIRES; PEDREIRA; PETERLINE, 2013). Além disso, a facilidade do registro motiva os profissionais a realizarem anotações contínuas (SILVA et al., 2012a).

Considerando a complexidade da prática assistencial em Enfermagem, representada pela elevada demanda de informações clínicas e gerenciais, têm sido criadas as tecnologias da informação por meio do desenvolvimento de *softwares* (DAL SASSO et al., 2013).

Informatizar a documentação de enfermagem é um grande desafio enfrentado em várias partes do mundo, pois permite a recuperar dados e informações referentes à tomada de decisão clínica e ao armazenamento rápido e conciso das informações, o que fornece à equipe subsídios atualizados e confiáveis para a prática (PERES et al., 2012).

É importante ressaltar que os registros, sejam eles manuais ou eletrônicos, estabelecem a comunicação de informações relacionadas aos cuidados prestados, com a finalidade de assegurar a continuidade da assistência (PEDROSA; SOUZA; MONTEIRO, 2011), e são fontes de dados que viabilizam a avaliação dos serviços e a efetividade da assistência. Também são utilizados como documento legal e para fins administrativos (BRODERICK; COFFEY, 2013).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução nº 429, de maio de 2012, regulamenta a documentação de enfermagem e expõe que os profissionais de enfermagem são os responsáveis por registrar, no prontuário e em outros documentos próprios da área, as informações acerca do cuidado e do gerenciamento do processo de trabalho. No tocante ao processo de cuidar, deverá ser registrado um resumo de dados coletados, os diagnósticos de enfermagem, as intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos identificados e os resultados alcançados como consequência das intervenções realizadas (COFEN, 2012).

O COFEN, por meio da Resolução nº 514, de maio de 2016, aprovou o guia de recomendações para os registros de enfermagem no prontuário, com a finalidade de nortear os profissionais para a prática da documentação, visando garantir a qualidade das informações (COFEN, 2016). Apesar de a documentação ser imprescindível no processo de cuidar em enfermagem, ainda não há padronização universal do registro, há carência de instrumentos tecnológicos que direcionem a documentação do cuidado e ausência de ferramentas validadas que representem acuradamente o fenômeno clínico de interesse (COSTA et al., 2014; MARQUES et al., 2014).

No tocante ao sistema padronizado de dados, o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) e outros órgãos internacionais de normalização desenvolveram o Conjunto Internacional de Dados Mínimos em Enfermagem (i-NMDS). Várias pesquisas vêm sendo desenvolvidas nos últimos anos, em diferentes especificidades clínicas e em distintas localizações geográficas, com a sua utilização e comparação, como por exemplo, na América do Norte, na Ásia e na Europa (GOOSSEN et al., 1998; RANEGER; HACKL; AMMENWERTH 2014). No âmbito nacional, observa-se um direcionamento em pesquisas na área de saúde da mulher (MARIN; BARBIERI; BARROS, 2010; SILVA et al., 2013;

SPIGOLON; MORO, 2012); saúde da criança (MARQUES et al., 2014); saúde do idoso institucionalizado (RIBEIRO; MARIN, 2009); e saúde ocupacional (SILVEIRA; MARIN, 2006a, 2006b).

Em relação à construção e/ou à validação de instrumentos que respaldem a documentação do cuidado, pesquisadores têm ampliado interesse por estudos voltados para diferentes focos, quais sejam: coleta de dados para indivíduos hospitalizados em unidades de terapia intensiva (RAMALHO NETO; FONTES; NÓBREGA, 2013; SILVA et al., 2012b); coleta de dados, diagnósticos e intervenções de enfermagem na assistência perioperatória (MONTEIRO et al., 2014); coleta de dados para neonatos (LIMA; SILVA; BELTRÃO, 2009); histórico de enfermagem e planejamento da assistência para adolescentes (MARQUES; NÓBREGA, 2009); levantamento de dados na consulta pediátrica (FULY; MARINS, 2012); avaliação, planejamento e prescrição dos cuidados de enfermagem a puérperas (SILVA; NÓBREGA; SOUTO, 2015); histórico de enfermagem para idosos hospitalizados (LOPES; SANTOS, 2009); coleta de dados para idosos com câncer (LANCKER et al., 2016); consulta de enfermagem para indivíduos com hanseníase atendidos na estratégia de saúde da família (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2008, 2009); avaliação de sinais e sintomas de indivíduos acometidos pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV/Aids) (HOLZEMER et al., 1999); coleta de dados e planejamento da assistência para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas (ANDRADE, 2012).

Nesse contexto, destaca-se a magnitude das doenças infectocontagiosas, visto que, nos países em desenvolvimento, existe uma polarização epidemiológica com a presença concomitante de elevados índices de morbidade e mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis e da incidência e prevalência de doenças infectocontagiosas, com taxas de mortalidade elevadas em comparação com os países desenvolvidos (ARAUJO, 2012). Apesar disso, há uma incipiente de instrumentos validados para a documentação do processo de enfermagem em indivíduos com doenças infectocontagiosas.

Assim, considerando o histórico de enfermagem² para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas, objeto desta investigação, ressalta-se a importância de sua validação para melhorar a forma de cuidar dos indivíduos com doenças infectocontagiosas.

Silva, Nóbrega e Souto (2015), apontam que a utilização de instrumentos tecnológicos

² O instrumento de coleta de dados para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas (ANDRADE, 2012), foi denominado de histórico de enfermagem, uma vez que foi norteado pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Além disso, no âmbito deste estudo, a proposta de utilizar o histórico de enfermagem é para atender a indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas que apresentem faixa etária acima de dezoito anos.

para registrar as informações relacionadas ao processo de cuidar configura a adoção de um eixo norteador para o cuidado, uma vez que possibilita a avaliação de comportamentos e manifestações clínicas, direciona o raciocínio clínico e a tomada de decisão, instrumentalizando, assim, a execução do processo de enfermagem, de maneira a conferir respaldo teórico e melhoria da assistência na profissão.

Nessa perspectiva, é preciso utilizar instrumentos validados, tendo em vista que o processo de validação é um recurso que verifica se um conjunto de itens é abrangente e se representa o assunto em foco (GUIMARÃES; HADDAD; MARTINS, 2015). A validade é uma das propriedades de um instrumento de medida, relacionada à pertinência do instrumento com respeito à variável que se quer medir. Assim, um teste é válido quando, supostamente, mede aquilo que se propõe a medir (PASQUALI, 2007).

Considerando o exposto, emergiram as seguintes questões norteadoras:

- Os indicadores empíricos das necessidades humanas básicas apresentados no histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas são relevantes?
- As definições operacionais dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas apresentados no histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas são claras e precisas?
- Existe associação entre as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais dos indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas e delas com os diagnósticos médicos mais frequentes?
- Quais os indicadores empíricos das necessidades humanas básicas apresentados no histórico de enfermagem são identificados em indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas?

Neste contexto, a tese fundamenta-se na seguinte hipótese: os indicadores empíricos das necessidades humanas básicas apresentados no histórico de enfermagem são acurados para a assistência de enfermagem em indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas.

Para responder as questões de pesquisa e testar a hipótese formulada, foram delimitados os seguintes objetivos:

- **Objetivo geral**

Analisar a validade dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas apresentadas em um histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas.

- **Objetivos específicos**

- Verificar com especialistas a relevância, a clareza e a precisão dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas apresentadas no histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas;
- Identificar associação entre as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais evidenciadas nos indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas e delas com os diagnósticos médicos mais frequentes;
- Averiguar a presença ou ausência dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas constantes no histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas.

Considerando que, para alcançar esses objetivos, utilizou-se o desenho do estudo metodológico, que comporta técnicas diferenciadas de coleta e análise dos dados, a estrutura deste relatório de pesquisa contempla os seguintes tópicos: referencial teórico, capítulo 1 (análise de conteúdo por especialistas), capítulo 2 (validação clínica com indivíduos hospitalizados). Cada um desses capítulos apresenta o referencial teórico-metodológico, o método, os resultados e a discussão. Por fim, conclui-se o estudo, demonstrando o desfecho dos resultados.

Referencial Teórico

Construção do conhecimento na Enfermagem

A construção do conhecimento na Enfermagem ocorre sob a ótica de duas principais abordagens: a epistemologia e a metodologia (McEWEM; WILLS, 2016). A epistemologia é o ramo da Filosofia que considera a história do conhecimento, de maneira a compreender como ele evolui e é acumulado (MELEIS, 2012). A metodologia é a maneira pela qual o conhecimento é adquirido (McEWEM; WILLS, 2016).

O conhecimento de Enfermagem não se restringe ao saber proveniente da investigação, ele é desenvolvido na ação do cuidado e reveste-se de aspectos pessoais, culturais, éticos, relacionais, processuais, estéticos, intuitivos e tácitos (QUEIROZ, 2014). Devido a sua complexidade e à diversificação de saberes, o conhecimento passou a assumir padrões, formas e estruturas. Carper (2004) identificou quatro padrões de conhecimento a partir da análise conceitual e sintática das ideias da Enfermagem: o empírico, o estético, o pessoal e o ético.

O conhecimento empírico é a ciência da Enfermagem, cujo objetivo é de desenvolver o conhecimento abstrato e as explicações teóricas (PERSEGONA et al., 2009). O conhecimento estético corresponde à arte de enfermagem e se expressa pela sensibilidade do profissional por meio da interação com as pessoas (CARPER, 2004). O conhecimento pessoal corresponde ao entendimento de si mesmo, no sentido de manter reciprocidade com o outro (PERSEGONA et al., 2009). O conhecimento ético refere-se à natureza da conduta moral em Enfermagem e é baseado na obrigação de servir e respeitar a vida humana, na medida em que surgem os dilemas morais (McEWEM; WILLS, 2016).

Considerado como quinto padrão, o conhecimento sociopolítico é transversal e está relacionado aos demais (PERSEGONA et al., 2009). É conceituado na perspectiva de se entenderem as relações sociais e de despertar para a desigualdade entre classes e relações de poder. Assim, comprehende-se que esses fatores podem intervir na prestação de cuidados e na visibilidade profissional e repercutir na qualidade de saúde dos indivíduos (WHITE, 2004).

Fawcett (2008) propôs uma estrutura hierárquica do conhecimento que inclui o metaparadigma, a Filosofia, os modelos conceituais, a teoria e os indicadores empíricos, todos organizados em uma estrutura decrescente, que vincula o mundo abstrato ao mundo concreto.

Os metaparadigmas são conceitos globais do fenômeno de interesse da disciplina ‘Enfermagem’, representados pelos elementos indivíduo, Enfermagem, saúde e ambiente (FAWCETT, 2008). O indivíduo é o ser com necessidades físicas, intelectuais, bioquímicas e sociais; a Enfermagem é uma ciência, uma arte e uma disciplina prática, que envolve o cuidado; a saúde é a capacidade de se adaptar aos estressores e de adquirir o bem-estar da

mente, do corpo e da alma (McEWEM; WILLS, 2016); e o ambiente são os elementos externos que afetam o indivíduo, sendo considerados os seus componentes físicos, sociais e simbólicos (LEOPARDI, 2006).

A Filosofia compreende o conjunto de crenças e valores que a Enfermagem assume para o seu campo de interesse - o cuidado. Os modelos conceituais envolvem um conjunto de conceitos mais gerais e abstratos, e as teorias são definidas por conceitos concretos e específicos. Os indicadores empíricos são elementos reais utilizados para observar e mensurar os conceitos propostos por uma teoria (FAWCETT, 2008).

A utilização de teorias orienta o processo de pensar sobre a prática de enfermagem, tendo em vista que, até serem desenvolvidas, as atividades de enfermagem eram tradicionais e ritualísticas, prescritas por outros profissionais (MCINTYRE; McDONALD, 2013). As teorias de Enfermagem foram elaboradas para explicitar a complexidade e a multiplicidade dos fenômenos presentes no campo de atuação e para servir como referencial teórico, metodológico e prático aos enfermeiros que se dedicam à construção de conhecimentos, ao desenvolvimento de investigações e à assistência no âmbito da profissão (MELEIS, 2012; SCHAUERICH; CROSSETTI, 2010). Elas podem ser classificadas com base no âmbito ou na abstração, que inclui o seu nível de especificidade e consistência dos seus conceitos, e no tipo, cuja finalidade é de descrever, explicar, prever ou prescrever os fenômenos (McEWEM; WILLS, 2016).

Quanto às escolas de pensamento, as teorias são agrupadas de acordo com as diferentes perspectivas da interação humana. Meleis (2012) aponta quatro escolas de pensamento da Enfermagem, quais sejam: necessidades, interação, sistemas e campos de energia. A categoria das necessidades enfatiza os problemas apresentados pelo indivíduo, buscando corrigi-los. A categoria da interação foca no processo de comunicação para o preenchimento das necessidades do indivíduo. A categoria dos sistemas concebe que o indivíduo é composto de subsistemas que, quando juntos, são diferentes de sua totalidade. Por fim, a categoria do campo de energia entende que os indivíduos são campos de energia em constante interação com seu meio.

As teóricas mais citadas para a categoria de necessidades são Abdellah, Henderson e Orem (KIM; KOLLAK, 2006; MELEIS, 2012). Elas seguiam uma escola filosófica da época que entendia o indivíduo como um ser biopsicossocial, focando sua satisfação nas necessidades humanas (McEWEM; WILLS, 2016).

Em 1955, Virgínia Henderson destacou o atendimento ao indivíduo e enfatizou o cuidado de enfermagem para manter saúde, recuperá-lo ou para se chegar à morte pacífica.

Para isso, ela propõe 14 componentes do atendimento em enfermagem. Em 1960, Faye Abdellah construiu uma abordagem centrada no indivíduo, em que os problemas eram identificados a partir das habilidades de enfermagem. Assim, foram construídos os 21 problemas de enfermagem. Em 1970, Dorothea Orem apresentou a Teoria do Autocuidado, que considera a Enfermagem como um sistema de ajuda para o indivíduo que não consegue suprir as próprias demandas, devido a necessidades de autocuidado universal, de desenvolvimento ou de desvios da saúde (LEOPARDI, 2006).

Teoria das Necessidades Humanas Básicas

As necessidades são definidas como desejos ou aspirações motivacionais que direcionam o comportamento. Classificam-se em naturais e necessárias. As primeiras incluem as necessidades de alimentação, sexuais, de moradia e de contato social, relacionadas à conservação da espécie. As necessidades necessárias englobam liberdade, autonomia, autorrealização, reflexões éticas e morais. As necessidades são construídas historicamente, não se referem apenas à sobrevivência humana e fazem parte da constituição da vida determinada socialmente (HELLER, 1986).

Em meados dos anos 1970, houve um crescente interesse no estudo das necessidades humanas em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sobretudo, enfatizando os valores pessoais, culturais e sociais, por se reconhecer que eles exercem uma influência substancial no que é definido como necessidade e nos mecanismos adequados para a sua satisfação (KIM; KOLLAK, 2006).

No Brasil, destaca-se a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, desenvolvida por Wanda de Aguiar Horta. Trata-se de uma teoria denominada de prescritiva, porquanto apresenta uma característica produtora de situações necessárias para o alcance de metas a partir de atividades (HORTA, 2011).

Bousso, Poles e Cruz (2014) afirmam que as teorias são formadas de palavras e conceitos, os quais lhes dão sentido. Considerando isso, Horta (2011) apresenta conceitos inter-relacionados, como ser, objeto e ente. O ser corresponde ao indivíduo, à família e à comunidade dentro de um ecossistema, de maneira que haja trocas de energia; o objeto compreende o processo de cuidado, determinado pelo atendimento de enfermagem; e o ente é representado pelas necessidades humanas básicas.

O **indivíduo** é parte integrante do universo e interage com ele. Devido à sua dinâmica, o indivíduo é levado a estados de equilíbrio e desequilíbrio. Os desequilíbrios geram necessidades caracterizadas por estados de tensão conscientes ou inconscientes, que levam à

busca de satisfação por meio do equilíbrio dinâmico com o **ambiente**. Quando as necessidades não são atendidas, promovem desconfortos e são a causa da doença. Portanto, estar com **saúde** significa estar em equilíbrio com o ambiente. Nesse ínterim, a **Enfermagem** tem o papel fundamental de manter e reconduzir o equilíbrio dinâmico (HORTA, 2011).

Considerando o exposto, tem-se que o **indivíduo** com doenças infectocontagiosas não sofre somente adaptações de ordem fisiológica, devido à exposição a agentes etiológicos, mas também social, emocional e espiritual, principalmente por causa do sentimento de estigma e preconceito com a descoberta do diagnóstico. O **ambiente** é considerado em seu aspecto físico e social, tendo em vista os determinantes sociais envolvidos na vulnerabilidade ao adoecimento. A **saúde** deve ser compreendida em seu aspecto ampliado, a partir do entendimento de que não é um processo estável e acabado, mas algo que se deseja alcançar. A **Enfermagem** é uma ciência e arte capaz de tomar decisões, respaldada na própria metodologia científica - o processo de enfermagem.

A estruturação da Teoria das Necessidades Humanas Básicas sofreu influências de modelos teóricos e do conhecimento de indivíduos de diferentes áreas, incluindo os pressupostos de Abraham Maslow e João Mohana. No modelo hierárquico de Maslow, que tinha como filosofia e visão de mundo a Teoria Organísmica ou Holística, ele concebe o indivíduo como um todo que funciona se ajustando. Assim, o conjunto e suas partes são mutuamente relacionados para se compreender o todo (KIM; KOLLAK, 2006).

Quanto à hierarquização das necessidades humanas básicas, Maslow propôs cinco níveis: necessidade fisiológica, necessidade de segurança, necessidade de pertença e amor, necessidades de estima e necessidade de autorrealização. As necessidades fisiológicas estão alocadas em primeiro plano, tendo em vista sua ligação com a sobrevivência do indivíduo, e, em segundo plano, as necessidades relacionadas à segurança e ao reconhecimento social, que devem ser satisfeitas a fim de manter a saúde mental do indivíduo (GARCIA; EGRY, 2010; KIM; KOLLAK, 2006).

Já Mohana acreditava que a vida apresentava três níveis psíquicos: o nível psicobiológico, o psicossocial e o psicoespiritual. O nível psicobiológico compreende a manifestação de necessidades instintivas, em que há energias que surgem sem planejamento prévio. O nível psicossocial refere-se à necessidade de conviver socialmente e à tendência a se afirmar perante si, brotando também do inconsciente humano. Relacionado aos instintos do nível psicoespiritual, observa-se a reflexão acerca do sentido da vida. Esse último nível é considerado como superior, em comparação com os outros, tendo em vista sua natureza

estritamente humana, já que não são identificados nos animais irracionais, diferentemente dos níveis psicobiológicos e psicossociais (MOHANA, 1963).

Horta classificou as necessidades humanas básicas em: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. As necessidades psicobiológicas representam o corpo físico do indivíduo; as psicossociais são aquelas relacionadas à convivência do indivíduo com outros seres humanos, e as psicoespirituais, as que derivam dos valores e das crenças dos indivíduos (LEOPARDI, 2006).

Devido ao seu falecimento, antes de consolidar a teoria, Horta deixou uma lacuna na estruturação dos conceitos que propôs. Benedet e Bub (2001) e Garcia e Cubas (2012) têm desenvolvido estudos, com o objetivo de reorganizar e apresentar as necessidades humanas básicas de maneira mais clara, no que se refere ao conteúdo e as suas definições.

Para a classificar as necessidades humanas básicas deste estudo, foi adotada a definição dos conceitos propostos por Garcia e Cubas (2012), que têm uma visão ampliada das necessidades humanas e das sociais, porquanto consideram que as práticas de saúde devem transcender aspectos fisiológicos e patológicos, tendo em vista que as necessidades de saúde são necessidades sociais e não se referem somente à conservação da vida, mas também ao entendimento de que o indivíduo se relaciona socialmente (EGRY; HINO, 2009).

No Quadro 1, considerando as particularidades deste estudo, apresentam-se as necessidades humanas básicas adotadas de acordo com as classificações de Horta (2011) e Garcia e Cubas (2012).

Quadro 1 – Registro das necessidades humanas básicas adotadas neste estudo, de acordo com a classificação de Horta (2011) e Garcia e Cubas (2012). João Pessoa – PB, 2016.

CLASSIFICAÇÃO DE HORTA (2011)	CLASSIFICAÇÃO DE GARCIA E CUBAS (2012)	NECESSIDADES ADOTADAS NO ESTUDO
NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS		
Oxigenação	Oxigenação	Oxigenação
Hidratação	Hidratação	Hidratação
Nutrição	Nutrição	Nutrição
Eliminação	Eliminação	Eliminação
Sono e repouso	Sono e Repouso	Sono e repouso
Exercícios e atividades físicas	Atividade física	Atividade física
Sexualidade	Sexualidade e reprodução	Sexualidade e reprodução
Abrigo	-----	-----
Mecânica corporal	-----	-----
Motilidade	-----	-----
Cuidado corporal	Cuidado corporal e ambiental	Cuidado corporal
Integridade cutaneomucosa	-----	-----
Integridade física	Integridade física	Integridade física
Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina,	Regulação: crescimento celular e desenvolvimento funcional	Regulação vascular Regulação térmica

continuação

CLASSIFICAÇÃO DE HORTA (2011)	CLASSIFICAÇÃO DE GARCIA E CUBAS (2012)	NECESSIDADES ADOTADAS NO ESTUDO
eletrolítica, imunológica, crescimento celular e vascular	Regulação vascular Regulação térmica Regulação neurológica Regulação hormonal	Regulação neurológica
Locomoção	-----	-----
Percepção: olfatória, visual, auditiva, tátil, gustativa e dolorosa	Sensopercepção	Sensopercepção
Ambiente	Segurança física e do meio ambiente	Segurança física e do meio ambiente
Terapêutica	Terapêutica e prevenção	Terapêutica e prevenção
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS		
Segurança	Segurança emocional	Segurança emocional
Amor	Amor e aceitação	-----
Liberdade	Liberdade e participação	-----
Comunicação	Comunicação	Comunicação
Criatividade	Criatividade	-----
Aprendizagem (educação para a saúde)	Educação para a saúde e a aprendizagem	Educação para a saúde e aprendizagem
Sociabilidade	Gregária	Gregária
Recreação	Recreação e lazer	Recreação e lazer
Lazer	-----	-----
Espaço	Espaço	-----
Orientação no tempo e no espaço	-----	-----
Aceitação	-----	-----
Autorrealização	Autorrealização	-----
Autoestima	Autoestima, autoconfiança, autorrespeito	Autoestima, autoconfiança, autorrespeito
Participação	Liberdade e participação	-----
Autoimagem	-----	-----
Atenção	-----	-----
-----	Garantia de acesso à tecnologia	-----
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS		
Religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida	Religiosidade e espiritualidade	Religiosidade e espiritualidade

Fonte: Horta (2011) e Garcia e Cubas (2012).

No Quadro 2, apresentam-se as definições dos conceitos das necessidades humanas básicas adotadas no presente estudo, de acordo com Garcia e Cubas (2012).

Quadro 2 – Definições das necessidades humanas básicas apresentadas por Garcia e Cubas (2012). João Pessoa – PB, 2016.

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
Oxigenação: necessidade de obter oxigênio por meio da ventilação, difusão e do transporte de oxigênio para os tecidos periféricos e remoção de dióxido de carbono.
Hidratação: necessidade de que os líquidos corporais, compostos pela água, sejam mantidos em nível

continuação

ótimo, com o objetivo de favorecer o metabolismo corporal.	
Nutrição: necessidade de obter os elementos necessários para o consumo e a utilização de energia e nutrientes em nível celular, com o objetivo de manter a saúde e a vida. A nutrição envolve os processos de ingestão, digestão, absorção e captação dos nutrientes para utilizar no metabolismo corporal.	
Eliminação: necessidade de eliminar substâncias indesejáveis ou presentes em quantidades excessivas, com o objetivo de manter a homeostase corporal.	
Sono e repouso: necessidade de manter, por um período diário, a suspensão natural e periódica da consciência, o corpo e a mente em estado de imobilidade parcial ou completa e as funções corporais parcialmente diminuídas, a fim de restaurar o vigor para fazer as atividades cotidianas.	
Atividade física: necessidade de mover-se intencionalmente, usando a capacidade de controlar e relaxar os grupos musculares, com o objetivo de evitar lesões tissulares e exercitar-se.	
Sexualidade e reprodução: necessidade de integrar aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais, com o objetivo afetivo-sexual de, com um parceiro, obter prazer e procriar.	
Segurança física e do meio ambiente: necessidade do indivíduo, da família e da coletividade de se proteger e de manter um meio ambiente livre de agentes agressores, visando preservar a segurança física e socioambiental.	
Cuidado corporal: necessidade de realizar as atividades, com o objetivo de preservar o asseio corporal e a apresentação pessoal.	
Integridade física: necessidade de manter as características orgânicas de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso para proteger o corpo.	
Regulação vascular: necessidade de que sejam transportados e distribuídos, por meio do sangue, nutrientes vitais para os tecidos e removidas as substâncias desnecessárias, com o objetivo de manter a homeostase dos líquidos corporais e a sobrevivência do organismo.	
Regulação térmica: necessidade de obter equilíbrio entre a produção e a perda de energia térmica, com o objetivo de manter a temperatura corporal.	
Regulação neurológica: necessidade de preservar ou restabelecer o funcionamento do sistema nervoso, com vistas a controlar e coordenar as funções e as atividades do corpo e alguns aspectos do comportamento.	
Sensopercepção: necessidade de perceber e interpretar os estímulos sensoriais, com o objetivo de interagir com os outros e com o ambiente.	
Terapêutica e prevenção: necessidade de lidar com eventos do ciclo vital e situações do processo saúde e doenças, o que inclui buscar atenção profissional com o objetivo de promover, manter e recuperar a saúde, de prevenir doenças e agravos à saúde, readaptar ou habilitar funções.	
NECESSIDADES PSICOSOCIAIS	
Comunicação: necessidade de enviar e receber mensagens utilizando a linguagem verbal e não verbal, com o objetivo de interagir com os outros.	
Gregária: necessidade de viver em grupo, para interagir com os outros e realizar trocas sociais.	

continuação

Recreação e lazer: necessidade de dispor de tempo livre, recursos materiais e ambientais e de acesso ao entretenimento, distração e diversão.
Segurança emocional: necessidade de ter consciência e saber lidar com os próprios sentimentos e as emoções.
Autoestima, autoconfiança e autorrespeito: necessidade de se sentir preparado para enfrentar os desafios da vida, confiar próprias ideias, ter respeito por si próprio, valorizar-se, reconhecer-se merecedor de amor e felicidade, não ter medo de expor suas ideias, seus desejos e necessidades, com o objetivo de obter o controle da própria vida, de sentir bem-estar psicológico e perceber-se como centro da própria existência.
Educação para a saúde e aprendizagem: necessidade de adquirir conhecimentos e desenvolver habilidades cognitivas e psicomotoras, nas perspectiva de expressar comportamentos saudáveis e responder a situações do processo saúde e doença.
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
Religiosidade e espiritualidade: necessidade de estabelecer relacionamento dinâmico com um ser ou entidade superior, a fim de sentir bem-estar espiritual e de ter crenças relativas à importância da vida.

Fonte: Garcia e Cubas (2012).

As necessidades humanas básicas são classificadas como psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, e cada uma delas é representada por subgrupos de necessidades e deve ser definida à luz do conhecimento científico e pelas expressões de insatisfação, quando as necessidades não são atendidas (HORTA, 2011).

De acordo com o referencial teórico utilizado e o objeto de estudo, as necessidades psicobiológicas são manifestações de ordem fisiológica, em que se destacam, inclusive, as condições de saneamento ambiental, condições adequadas de moradia, controle de vetores e o acesso a cuidados preventivos. As necessidades psicossociais compreendem o indivíduo inserido em um contexto social, interagindo com ele, em situações estigmatizantes e de rejeição a pessoas que vivem com doenças infectocontagiosas, que acontecem na comunidade, no núcleo familiar, no espaço hospitalar e até mesmo devido à falta de contato social. Por fim, as necessidades psicoespirituais correspondem a um nível mais complexo, pois envolvem processos mentais para a ligação com uma força ou um ente superior, sobressaindo-se como estratégias de enfrentamento em situações de terminalidade e em casos de doenças que ainda não apresentam cura.

***CAPÍTULO 1 - Análise de conteúdo por
especialistas***

1.1 Considerações teórico-metodológicas

O parâmetro de validade tem sido amplamente utilizado na Enfermagem, particularmente, o de validação de diagnósticos de enfermagem. Para isso, existem modelos de validação clássicos e modernos. Os primeiros são os modelos de *Fehring* e *Hoskins*. Já o modelo de Lopes, Silva e Araújo é um referencial metodológico mais recente, proposto por enfermeiros docentes vinculados à Universidade Federal do Ceará.

Fehring (1987) descreve três maneiras de validar os diagnósticos de enfermagem: o Modelo de Validação de Conteúdo, que utiliza o consenso de especialistas para avaliar características definidoras; o Modelo de Validação Clínica, baseado na identificação do diagnóstico por dois especialistas a partir de uma situação clínica real; e o Modelo de Validação Diferencial, em que são escolhidos e analisados dois diagnósticos semelhantes, com o intuito de verificar diferenças significativas nas médias de suas características definidoras.

Para *Hoskins* (1989), existem três etapas para se validar um diagnóstico de enfermagem, quais sejam: a análise de conceito, que permite uma revisão da literatura com o desenvolvimento de um modelo para explicar por que são esperadas certas características definidoras para cada diagnóstico; a validação por especialistas, cujo objetivo é de determinar o grau de pertinência da característica definidora do diagnóstico, a partir do consenso de um grupo de especialistas; e a validação clínica, em que é utilizada a observação direta do comportamento do indivíduo como fonte de informação para confirmar as características definidoras do diagnóstico de enfermagem sob análise. Essa fase deve ser realizada por, pelo menos, dois enfermeiros diagnosticadores.

No Modelo de Lopes, Silva e Araújo (2012), a estrutura básica de uma validação é representada pela análise de conceito, análise de conteúdo por especialistas e análise da acurácia dos indicadores clínicos. As etapas mantêm-se como nos outros modelos, todavia, a forma de desenvolver cada etapa não segue o mesmo percurso metodológico dos anteriormente descritos, no que se refere ao tratamento estatístico dos dados.

Alguns estudos de validação na Enfermagem adotam técnicas utilizadas nas ciências psicossociais, como a Psicometria, teoria e técnica de medida dos processos mentais (PASQUALI, 2009). O processo de análise das medidas psicométricas segue três polos: o teórico, relativo à teoria sobre o construto que deve subsidiar a construção do instrumento; o empírico ou experimental, que define as etapas e as técnicas da aplicação do instrumento e da coleta de informação para proceder à avaliação da qualidade psicométrica do instrumento; e o

analítico ou estatístico, que estabelece os procedimentos de análise estatística a serem empregados em um instrumento psicométrico, com a finalidade de testar sua validade (PASQUALI, 2010).

Considerando que os referidos modelos não foram elaborados para validar outros elementos do cuidado, como histórico, intervenções e resultados de enfermagem, são necessários ajustes e adaptações para o foco de interesse, aspecto considerado no âmbito desta pesquisa, cujo intuito é de verificar a validade dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas presentes no histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. Assim, levando em consideração as particularidades apresentadas, serão utilizadas algumas etapas metodológicas propostas no modelo de validação de Lopes, Silva e Araújo (2013), especificamente na análise de conteúdo por especialistas.

Essa etapa do estudo consistiu em submeter as definições operacionais e os indicadores empíricos das necessidades humanas básicas, presentes no histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas, à avaliação pelos especialistas. Para isso, foram considerados três aspectos: a determinação do número de especialistas, os critérios para a seleção dos especialistas e a forma de tratamento estatístico dos dados (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Quanto ao número de especialistas, Lopes, Silva e Araújo (2013), propõem que se estime o tamanho amostral para uma população infinita, atentando para o fato de que, quanto maior o nível de confiança e menor o erro amostral, maior será a amostra. Outros estudos de validação utilizam cálculos do tamanho amostral para população finita (COSTA et al., 2015). O número de indivíduos da população é conhecido a partir da busca via Plataforma *lattes*, aplicando-se critérios de inclusão e exclusão para a seleção.

Para elaborar os critérios de seleção dos especialistas, ainda não há consenso na literatura. Em estudo que investiga os critérios utilizados em diferentes pesquisas para validar os elementos de cuidado da Enfermagem, é identificada a utilização da versão original do modelo de *Fehring*, a utilização do modelo de *Fehring* adaptado, e ainda há aqueles que estabelecem seus próprios critérios (MELO et al., 2011).

Para essa seleção dos especialistas, dois pontos são considerados relevantes: a experiência clínica e o conhecimento teórico (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013). Devido à escassez de profissionais de enfermagem com esses dois atributos, tem sido lançado mão de várias técnicas para a busca de especialistas, como a amostragem tipo bola de neve, que possibilita a definição de amostra por meio da indicação de pessoas com características

comuns ao interesse da pesquisa, indicadas pelos primeiros membros da amostra (POLIT; BACK, 2011), como pode ser constatado em estudo que utilizou o modelo de *Fehring* para avaliar a validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem ‘Náusea no período pós-operatório imediato’ (POMPEO; ROSSI; PAIVA, 2014), e em outro estudo, em que se utilizou o modelo de Lopes, Silva e Araújo para revisar o diagnóstico de enfermagem ‘Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool’ (MANGUEIRA, 2014).

No tocante ao tratamento estatístico dos dados, o material entregue aos especialistas deve ser composto por uma tabela que deverá conter cada indicador clínico e suas respectivas definições operacionais e conceituais, seguidas de itens para a avaliação de critérios, como: objetividade, simplicidade, clareza, relevância, precisão, variedade, modalidade, tipicidade e credibilidade (PASQUALI, 2010).

Além disso, os critérios devem ser avaliados em uma escala de *Likert* com cinco pontos (de totalmente inadequado a totalmente adequado). Na análise dos dados, propõe-se a utilização do teste binomial. Assim, a escala de *Likert* é recodificada de forma dicotômica, na qual os itens marcados como 1, 2, ou 3 são considerados inadequados e os itens marcados como 4 ou 5 são considerados adequados (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

1.1.1 Local do estudo

Para identificar os especialistas, foi realizada uma busca na Plataforma *Lattes*, no portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), utilizando a busca avançada por assunto, com o objetivo de identificar enfermeiros que pudessem atuar como especialistas.

1.1.2 População e amostra

Devido à dificuldade de encontrar especialistas com os atributos de experiência clínica e teórica, foram elaborados critérios de inclusão e realizadas duas buscas na Plataforma *Lattes*. Na busca 1, utilizaram-se como assunto “doenças transmissíveis” e na busca 2, “doenças contagiosas. Ambas as buscas foram feitas nas bases “doutores e demais pesquisadores”, com nacionalidade “brasileira” e filtro relativo à área de atuação profissional: grande área “ciências da saúde”, área “Enfermagem” e subárea “Enfermagem de doenças contagiosas”.

Na busca 1, foram encontrados 263 currículos *lattes*, dos quais se selecionaram 39, e na busca 2, 46 currículos *lattes*, 14 dos quais foram selecionados com base nos critérios de inclusão: a) ser enfermeiro com titulação mínima de mestre e desenvolver atividade

assistencial em unidade hospitalar de doenças infectocontagiosas há, no mínimo, um ano; b) ser enfermeiro com titulação mínima de mestre e lecionar disciplina do Curso de Graduação em Enfermagem que verse sobre o cuidado dispensado a indivíduos acometidos por doenças infectocontagiosas há, no mínimo, um ano.

A população foi definida de acordo com o total de currículos *lattes* selecionados nas referidas buscas. Do total de 53 que foi obtido, subtraíram-se dez repetições, o que resultou no total de 43 especialistas.

O tamanho da amostra foi determinado com base na expressão que determina uma amostra aleatória (BOLFARINE; BUSSAB, 2005; LOHR, 2010):

$$n = \frac{\frac{z^2 PQ}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{z^2 PQ}{d^2} - 1 \right)}$$

Em que:

n= tamanho da amostra

z= percentil 95 da distribuição normal

P= proporção populacional

Q= 1-P

d= erro

N= população

Considerando a população finita, confiança de 95% e erro amostral de 6%, utilizou-se um programa em linguagem R (*Software R*) para fazer o cálculo, que, depois de executado, obteve-se a amostra n = 37.

1.1.3 Instrumento de coleta dos dados

Para compor o instrumento de coleta dos dados, reorganizaram-se os dados de identificação, sinais vitais, dados antropométricos e as necessidades humanas básicas, contidos no histórico de enfermagem para os indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas (ANEXO A).

No Quadro 3, os dados de identificação, os sinais vitais e os dados antropométricos foram agrupados separadamente das necessidades humanas básicas.

Quadro 3- Dados de identificação e agrupamento dos sinais vitais e dos dados antropométricos do histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. João Pessoa – PB, 2016.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO
Eliminado o item idade, devido à existência do termo “data de nascimento”.
SINAIS VITAIS E DADOS ANTROPOMÉTRICOS
Esse tópico foi acrescentado a fim de facilitar o futuro preenchimento do histórico e remanejados os indicadores: altura (presente na necessidade de nutrição), circunferência abdominal (necessidade de hidratação), frequência cardíaca (necessidade de regulação vascular), frequência de pulso (necessidade de regulação vascular), frequência respiratória (necessidade de oxigenação), peso (necessidade de nutrição), pressão arterial (necessidade de regulação vascular), saturação de oxigênio (necessidade de oxigenação) e temperatura axilar (necessidade de regulação térmica).

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Os indicadores empíricos das necessidades humanas básicas passaram por um processo de reorganização, considerando-se a classificação e as definições propostas por Garcia e Cubas (2012), conforme já mencionado.

Quadro 4- Reorganização das necessidades humanas básicas do histórico de enfermagem para o indivíduo hospitalizado com doenças infectocontagiosas. João Pessoa – PB, 2016.

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS
Hidratação
Excluídos os indicadores fontanela deprimida e fontanela abaulada, por serem aplicados a crianças em situação de desidratação e aumento da pressão intracraniana ou hidrocefalia, respectivamente.
Nutrição
Desmembrada da necessidade de eliminação. Na necessidade de nutrição, estão presentes os indicadores: abdômen distendido, abdômen flácido, abdômen globoso, abdômen maciço, abdômen plano, abdômen timpânico, abdômen volumoso, aceitação da dieta parcial, aceitação da dieta total, anorexia, apetite aumentado, apetite diminuído, apetite normal, disfagia, eructação, esplenomegalia, hábitos alimentares, hepatomegalia, intolerâncias alimentares, lesão na cavidade oral, não aceita dieta oral, náusea, pirose, preferências alimentares, refluxo gástrico e singulto. Foram retirados desta necessidade os indicadores: aleitamento materno e dificuldade de sucção, por serem aplicáveis a lactentes e deslocado o indicador uso de sonda nasogástrica aberta para a necessidade de eliminação.
Atividade física
Substituída pela nomenclatura utilizada por Horta (2011) - locomoção, mecânica corporal e motilidade. Essa necessidade também foi desligada da necessidade de regulação neurológica, e dela fazem parte os indicadores: atrofia muscular, deambula, deambula com ajuda, não deambula, fadiga, força motora diminuída, força motora normal, movimento corporal diminuído, movimento corporal normal, paralisia e parestesia.
Sexualidade e reprodução
Substituída pela nomenclatura utilizada por Horta (2011) – sexualidade.
Segurança física e do meio ambiente
Deslocado o indicador quantas pessoas vivem na casa para a necessidade de gregária, por se tratar da necessidade de viver em grupo, com o objetivo de interagir com os outros e fazer trocas sociais (GARCIA; CUBAS, 2012).
Cuidado corporal
Foi desligada da necessidade de integridade cutaneomucosa.

continuação

Integridade física
Substituída pela nomenclatura utilizada por Horta (2011) - integridade cutaneomucosa. Retirou-se o indicador “rush cutâneo”, por apresentar o mesmo significado do indicador “exantema”.
Regulação vascular
Excluído o indicador “sufusões hemorrágicas”, que são subdivididas em equimoses e petéquias, indicadores já presentes. Deslocado o indicador “pele fria” para necessidade de regulação térmica.
Regulação neurológica
Deslocado o indicador “ansiedade” para a necessidade de segurança emocional e inserido o indicador “agitação”, que estava na necessidade de sociabilidade, por se tratar da atividade motora desordenada devido à excitação mental (CHRISTO, 2010).
Terapêutica e prevenção
Substituída pela nomenclatura utilizada por Horta (2011) - terapêutica e regulação imunológica. Deslocado o indicador “conhecimento sobre ações dos medicamentos” para necessidade de educação para a saúde e aprendizagem, e “quem mais auxilia no tratamento” para a necessidade de gregária. Também foi excluído o indicador “efeitos colaterais da vacinação” por já existir o indicador “efeitos colaterais”.
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
Comunicação
Excluídos os indicadores “expressão corporal” e “expressão facial” por já existir o indicador “uso da linguagem não verbal”. Deslocado o indicador “uso de traqueostomia” para necessidade de oxigenação, por se tratar da inserção de uma cânula na traqueia para a passagem de ar (CRAVEN; HIRNLE, 2006).
Gregária
Substituída pela nomenclatura utilizada por Horta (2011) – sociabilidade. Os indicadores “vive sozinho”, “vive com familiares” e “vive com amigos, foram modificados por “quem reside na casa”.
Segurança emocional
Esta necessidade foi inserida, pois corresponde à necessidade do indivíduo ter consciência e saber lidar com os próprios sentimentos e emoções (GARCIA; CUBAS, 2012). É composta pelos indicadores: angústia (religiosidade/espiritualidade), ansiedade (regulação neurológica), tristeza (autorrealização, autoestima e autoimagem), choro (autorrealização, autoestima e autoimagem), depressão (autorrealização, autoestima e autoimagem), desejo de morrer (autorrealização, autoestima e autoimagem), medo (sociabilidade), agressividade (sociabilidade), apatia (sociabilidade), desejo de se isolar (sociabilidade), sentimento de estigma e preconceito (sociabilidade), fobias (sociabilidade), frustração (sociabilidade), inconstância no equilíbrio do humor (sociabilidade), irritabilidade (sociabilidade) e carência afetiva (sociabilidade).
Recreação e lazer
Desligada da necessidade de aprendizagem e sociabilidade, sendo composta pelo indicador empírico “ocupação do tempo livre”.
Autoestima, autoconfiança e autorrespeito
Substituída pela nomenclatura utilizada por Horta (2011) – autorrealização, autoestima e autoimagem. Composta pelos indicadores: desejo de conquista e vitória, falta de autoconfiança, fontes de motivação, identifica atributos positivos em si, percepção sobre o próprio corpo, reconhece que é mercedor de amor e felicidade, sentimentos e atitudes relacionados ao próprio corpo (modificado para “atitudes relacionadas ao próprio corpo”, pois já existe o indicador “percepção sobre o seu corpo”), tem medo de expor suas ideias, valores que atribuem à autoimagem.
Educação para a saúde e aprendizagem
Desligada das necessidades de sociabilidade e recreação e lazer, composta pelos indicadores: conhecimento sobre seu problema de saúde, experiências com doenças anteriores, experiência com tratamentos anteriores, nível de escolaridade, o que a família sabe sobre o problema de saúde.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Cada necessidade humana básica apresentou seus indicadores empíricos correspondentes: nas necessidades psicobiológicas - oxigenação (19), hidratação (03), nutrição (28), eliminação (25), sono e repouso (06), atividade física (11), sexualidade e reprodução (05), segurança física e do meio ambiente (13), cuidado corporal (17), integridade física (28), regulação vascular (17), regulação térmica (04), regulação neurológica (18), sensopercepção (06), terapêutica e prevenção (09); nas necessidades psicossociais – comunicação (08), gregária (04), recreação e lazer (01), segurança emocional (16); autoestima, autoconfiança e autorrespeito (09), educação para a saúde e aprendizagem (06); nas necessidades psicoespirituais – religiosidade e espiritualidade (05), contabilizando 258 indicadores empíricos.

Por fim, para aplicar o instrumento de coleta de dados, elaborou-se a definição operacional de cada indicador empírico, que constitui manifestações que expressam como o indicador empírico é verificado e mensurado (PASQUALI, 2010), por meio da anamnese e/ou do exame físico.

Para construir as definições operacionais, foram utilizados artigos científicos (AMARAL et al., 2015; ARAÚJO; ROMERO, 2015; CHRISTO, 2010; FERREIRA; CEOLIM, 2012; MENEGHELLI; MARTINELLI, 2004; MURBANK et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2010; SILVA et al., 2015; SPILLER; THOMPSON, 2012); manuais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, 2010a, 2014b, 2016c), protocolos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2011; NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2016), dicionários de termos médicos e de Psicologia (GUIMARÃES, 2008; SANTOS, 2009; SILVA; SILVA; VIANA, 2009; VIÇOSO, 2008), livros da área de Semiologia e Semiotécnica (ANDRIS, 2011; BARROS et al., 2015; CRAVEN; HIRNLE, 2006; GEOVANINI, 2014; IRION, 2012; JARVIS, 2012; KAWAMOTO; FORTES, 2011; GUIMARÃES, 2011; NETTINA, 2011; PORTO, 2011; POTTER; PERRY, 2013; VAUGHANS, 2012) e livros da área de doenças infectocontagiosas (AGUIAR; RIBEIRO, 2009; COLOMBRINI; MARCHIORI; FIGUEIREDO, 2009; VERONESI; FOCACCIA, 2010).

Quanto à estruturação, o instrumento constou de duas partes: a primeira, com dados de caracterização do especialista, como sexo, idade, titulação, área, ocupação atual, experiência na área de doenças infectocontagiosas, desenvolvimento e orientação de estudo/pesquisa sobre o cuidado de enfermagem dispensado a indivíduos com doenças infectocontagiosas. Na segunda parte, foi solicitada a análise dos indicadores empíricos e suas respectivas definições operacionais, com base nos critérios de relevância, clareza e precisão.

Relevância: refere-se à pertinência, à possibilidade de o indicador e a definição serem importantes; clareza: capacidade de o indicador e a definição serem inteligíveis, com frases curtas, expressões simples (expressam uma única ideia) e inequívocas; e a precisão refere-se à capacidade do indicador de ter uma posição definida e ser distinto dos demais indicadores, de maneira que a definição proposta represente apenas aquele indicador (PASQUALI, 2010).

Para cada critério a ser analisado, foram apresentadas as seguintes opções de respostas: 0 - inadequado: inapropriado, quanto ao critério em análise; 1 - parcialmente adequado: incompleto e insuficiente, quanto ao critério em análise e 2 - adequado: apropriado, conveniente e correspondente, quanto ao critério em análise. Caso o especialista considerasse algum indicador como 0 - inadequado ou 1 - parcialmente adequado, era solicitado a utilizar o espaço indicado para justificativa, sugestões de modificação ou de exclusão.

1.1.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados nos meses de agosto a novembro de 2015. Depois de delimitar os especialistas, com base nos critérios estabelecidos, fez-se o primeiro contato por meio do envio de uma carta-convite (APÊNDICE A), com a apresentação do pesquisador, do orientador e do estudo, com informações sobre o modo como seria a sua participação no estudo e solicitação de colaboração.

Foram enviadas 43 cartas-convites aos especialistas selecionados, via contato da Plataforma *lattes* ou e-mail, disponibilizado em páginas institucionais e notas de rodapé em artigos. Dezoito especialistas aceitaram participar da análise de conteúdo. Assim, optou-se pela amostragem em bola de neve e foram atingidos os 37 especialistas, conforme estabelecido no cálculo amostral.

Depois de aceitar o convite, o especialista preencheria o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), e receberia um documento intitulado apresentação e instruções de preenchimento (APÊNDICE C), instruindo-o a executar o preenchimento do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE D). Foi estabelecido um prazo de trinta dias para que devolvessem o instrumento e o TCLE preenchidos via correio, por meio eletrônico (e-mail) ou pessoalmente.

1.1.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram consolidados em uma planilha do aplicativo *Microsoft Excel* e analisados com apoio do pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20. Os dados de caracterização dos especialistas foram analisados por meio de

estatística descritiva, incluindo-se o cálculo de frequências absolutas, percentuais, medidas de tendência central e de dispersão.

Na análise dos indicadores empíricos, foram utilizados os testes de análise de proporção, considerando a concordância mínima de 80% (PASQUALI, 2010), e o teste binomial. Para a realização do teste binomial, a escala, com três pontos foi recodificada em dois pontos, categorizados como inadequados os valores iguais a 0 e 1 e considerados adequados os valores iguais a 2, necessários devido à natureza dicotômica do teste.

No critério de relevância, foram eliminados os indicadores empíricos que não atingiram a concordância mínima de 80% e apresentaram valor *p* acima de 0,05 e os que não atingiram a concordância mínima de 80% e apresentaram valor *p* abaixo de 0,05, considerando a bilateralidade do teste binomial. Quanto aos critérios de clareza e precisão, foram modificadas as definições operacionais dos indicadores empíricos que não atingiram a concordância mínima de 80% e apresentaram valor *p* acima de 0,05 e os que não atingiram a concordância mínima de 80% e apresentaram valor *p* abaixo de 0,05, considerando a bilateralidade do teste binomial. As modificações ocorreram de acordo com o consolidado nas sugestões apresentadas pelos especialistas.

Para mensurar a fidedignidade do teste, utilizou-se o *Alfa de Cronbach*. A fidedignidade representa a capacidade do teste de medir sem erros. Assim, o mesmo teste, medindo os mesmos sujeitos em ocasiões diferentes ou testes equivalentes, medindo os mesmos sujeitos na mesma ocasião, produzirão resultados idênticos (PASQUALI, 2009). Um escore de confiabilidade aceitável está entre os valores de 0,7 a 1. Assim, a correlação entre duas medidas igual a 1 equivale à consistência interna de 100% (HEALE; TWYCROSS, 2015).

1.1.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi conduzida de acordo com a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aborda as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012), e na Resolução COFEN nº 311/2007 (COFEN, 2007), que reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. A coleta dos dados foi iniciada depois de aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, designado via Plataforma Brasil, segundo parecer nº 1.015.985 e CAAE: 43249115.7.0000.5183 (ANEXO B).

1.2 Resultados e discussão

1.2.1 Caracterização dos especialistas

A Tabela 1 apresenta os dados relacionados à caracterização dos 37 enfermeiros especialistas participantes da pesquisa.

Tabela 1 - Caracterização dos enfermeiros especialistas. João Pessoa – PB, 2016.

Variáveis	n	%				
1. Sexo						
Feminino	35	94,6				
Masculino	2	5,4				
2. Idade						
25 a 35	13	35,2				
36 a 45	12	32,4				
46 a 55	7	18,9				
56 a 65	5	13,5				
3. Região de procedência						
Nordeste	29	78,4				
Centro-oeste	5	13,5				
Sudeste	2	5,4				
Sul	1	2,7				
4. Titulação						
Mestrado	23	62,2				
Doutorado	14	37,8				
5. Área de concentração						
Enfermagem	19	51,4				
Saúde Pública	9	24,3				
Ciências da Saúde	4	10,8				
Doenças infecciosas e parasitárias	3	8,1				
Outros	2	5,4				
6. Ocupação atual						
Ensino	31	48,5				
Pesquisa	18	28,1				
Assistência	15	23,4				
7. Anos de Ocupação	Mín	Max	Média	DP		
Ensino	03	36	14,03	$\pm 9,52$	-	-
Pesquisa	04	35	15,00	$\pm 9,78$	-	-
Assistência	09	30	17,47	$\pm 7,42$	-	-
8. Experiência na área de doenças infectocontagiosas						
Ensino					27	58,7
Assistência					19	41,3
9. Anos de experiência	Mín	Max	Média	DP		
Ensino	01	36	11,22	$\pm 10,55$	-	-
Assistência	01	28	12,45	$\pm 8,46$	-	-
10. Desenvolvimento de estudo com a temática de doenças infectocontagiosas						
Monografia de graduação					11	21,2
Monografia de especialização					11	21,2
Artigo científico					11	21,2
Dissertação					10	19,2
Tese					4	7,7
Outros					5	9,5
11. Orientação de estudo com a temática de doenças infectocontagiosas						
Monografia de graduação					16	45,7
Monografia de especialização					5	14,3
Artigo científico					5	14,3

continuação

Variáveis	n	%
Dissertação	3	8,6
Outros	6	17,1

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Houve predomínio do sexo feminino - 35 (94,6%) e a procedência da Região Nordeste 29 (78,3%), representados por profissionais dos estados da Paraíba, do Ceará, do Rio Grande do Norte, de Pernambuco e do Maranhão. Esses dados também são verificados em estudo um de validação de conteúdo, com a estratégia de busca pela Plataforma *lattes* e em bola de neve, que apontou que a maioria era do sexo feminino (93,8%) e procedia da Região Sudeste ou Nordeste (47,9% cada) (MOREIRA et al., 2014). Em outro estudo de validação de conteúdo, também predominou a Região Nordeste, com destaque para o Ceará (52,2%), Pernambuco (17,4%) e o Rio Grande do Norte (8,7%) (MAGUEIRA, 2014).

Referente à idade, verificou-se uma média de 41,08 ($\pm 9,54$) anos, com idade mínima de 27 anos e idade máxima de 65 anos. Valores próximos a estes podem ser verificados em um estudo de validação de instrumentos sobre o cuidado de enfermagem voltado para pessoas com lesão cutânea, cuja idade variou entre 25 e 59 anos, com média de 44,3 anos (COSTA et al., 2014). Já outros autores que validaram o diagnóstico de enfermagem ‘Angústia espiritual’, tiveram como especialistas enfermeiros com idades entre 20 e 30 anos, com uma média de 21 anos (CHAVES; CARVALHO; HASS, 2010).

Quanto à titulação, constatou-se que a maioria 23 (62,2%) cursara Mestrado, com área de concentração em Enfermagem 19 (51,4%). Em um estudo, verificou-se que 58,1% dos juízes apresentavam Especialização, seguidos de 41,6% com Mestrado concluído e 8,3% com Mestrado em andamento (SEGANFREDO; ALMEIDA, 2011). Tais dados evidenciam que ainda há uma dificuldade de selecionar enfermeiros com titulação de Mestrado. Esse é o critério mínimo exigido por *Fehring* (MELO et al., 2011), por considerar, de acordo com a *American Nurses Association Social Policy Statement*, que ser especialista em Enfermagem ocorria com a formação em nível de Mestrado. Já em outro estudo, observou-se que a maioria dos especialistas cursou Doutorado 39 (75%), mesmo sendo a titulação de Mestrado, o critério mínimo exigido para a seleção (POMPEO; ROSSI; PAIVA, 2014). Neste sentido, a Enfermagem brasileira destaca-se quanto à consolidação do conhecimento, mediante a construção de 89 programas de pós-graduação *stricto sensu* (47 Mestrados acadêmicos, 14 Mestrados profissionais e 28 Doutorados) (CAPES, 2014).

No tocante à ocupação atual, a maioria dos especialistas desenvolviam atividades de ensino - 31 (48,4%), em média 14,03 ($\pm 9,52$) anos de atuação. Da mesma maneira, quanto à experiência em doenças infectocontagiosas, constou-se que grande parcela dos especialistas

apresentava a experiência na área de ensino - 27 (58,7%), com média de 11,22 ($\pm 10,55$) anos de atividade. Corroborando os dados desta pesquisa, o estudo de Moreira et al. (2014) também aponta que a maioria dos especialistas tinha experiência no ensino (91,7%), com o tempo variando de três a 38 anos. Outros autores, destacam que, dentre os peritos, 26 (65,6%) atuavam ou já haviam atuado na área clínica, e 33 (87,5%), na área de ensino, todos com experiência superior a dois anos de atuação (MATA; CARVALHO; NAPOLEÃO, 2011).

A seleção de especialistas é considerada um ponto crítico em estudos de validação, em virtude da falta de uniformidade nos critérios. No entanto, aponta-se que o conhecimento teórico e a prática clínica são relevantes na construção do conhecimento do enfermeiro selecionado como especialista (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013; SANTOS et al., 2011). Também não há um consenso sobre o tempo de experiência profissional. Estudo aponta que, mesmo se deparando com o estresse de uma experiência nova, os profissionais recém-chegados ao serviço são pessoas que fortalecem o trabalho da equipe, pois apresentam com mais vigor o interesse em desempenhar seu papel (BARLEM et al., 2012).

Relacionada à produção científica na área de doenças infectocontagiosas, observa-se o desenvolvimento de monografia de Graduação, monografia de Especialização e artigo científico. Essas três categorias com os valores 11 (21,2%), cada. E 16 (45,7%) especialistas pontuaram a orientação de monografia de Graduação. Em um estudo na área de Enfermagem cirúrgica, segundo a produção bibliográfica, 20 (52,66%) dos profissionais desenvolveram dissertação ou tese direcionada à área, e 21 (55,26%) publicaram estudos sobre cuidados de enfermagem (MATA; CARVALHO; NAPOLEÃO, 2011). Em outro estudo, a produção científica é evidenciada por meio da apresentação de pôster em eventos científicos - 4 (33,3%) e resumo em anais - 4 (33,3%) (ALMEIDA et al., 2014).

1.2.2 Análise por especialistas da relevância, da clareza e da precisão dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas

A Tabela 2 apresenta a proporção e o valor de p , segundo o teste binomial, da análise do conteúdo dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas apresentados no histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas.

Tabela 2 – Distribuição dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas conforme análise dos especialistas. João Pessoa- PB, 2016.

Indicadores empíricos das necessidades humanas básicas	Relevância			Clareza			Precisão		
	n	%	Valor p	n	%	Valor p	n	%	Valor p
Necessidades psicobiológicas									
Oxigenação									
1. Batimento das aletas nasais	28	75,7	0,511	-	-	-	-	-	-
2. Dispneia	32	86,5	0,324	18	48,6	0,000	19	51,4	0,000
3. Expectoração espessa	33	89,2	0,162	29	78,4	0,805	27	73,0	0,285
4. Expectoração fluida	29	78,4	0,805	-	-	-	-	-	-
5. Expectoração hemóptica	37	100,0	0,002	33	89,2	0,162	33	89,2	0,162
6. Expectoração purulenta	37	100,0	0,002	31	83,8	0,565	32	86,5	0,324
7. Gemência	26	70,3	0,139	-	-	-	-	-	-
8. Murmúrios vesiculares ausentes	33	89,2	0,162	24	64,9	0,021	30	81,1	0,869
9. Murmúrios vesiculares diminuídos	36	97,3	0,009	31	83,8	0,565	35	94,6	0,026
10. Murmúrios vesiculares presentes	34	91,9	0,071	34	91,9	0,071	35	94,6	0,026
11. Respiração profunda	35	94,6	0,026	30	81,1	0,869	33	89,2	0,162
12. Respiração superficial	34	91,9	0,071	31	83,8	0,565	31	83,8	0,565
13. Retração intercostal	34	91,9	0,071	33	89,2	0,162	33	89,2	0,162
14. Ruídos adventícios (creptos)	35	94,6	0,026	30	81,1	0,869	30	81,1	0,869
15. Ruídos adventícios (roncos)	35	94,6	0,026	34	91,9	0,071	31	83,8	0,565
16. Ruídos adventícios (sibilos)	36	97,3	0,009	30	81,1	0,869	30	81,1	0,869
17. Tosse (produtiva)	36	97,3	0,009	32	86,5	0,324	34	91,9	0,071
18. Tosse (seca)	34	91,9	0,071	32	86,5	0,324	33	89,2	0,162
19. Uso de traqueostomia	35	94,6	0,026	34	91,9	0,071	35	94,6	0,026
Hidratação									
20. Anasarca	37	100,0	0,002	33	89,2	0,162	35	94,6	0,026
21. Ascite	36	97,3	0,009	33	89,2	0,162	33	89,2	0,162
22. Edema	35	94,6	0,026	33	89,2	0,162	34	91,9	0,071
Nutrição									
23. Abdômen distendido	34	91,9	0,071	21	56,8	0,000	25	67,6	0,059
24. Abdômen flácido	30	81,1	0,869	23	62,2	0,007	25	67,6	0,059
25. Abdômen globoso	33	89,2	0,162	27	73,0	0,285	27	73,0	0,285
26. Abdômen maciço	33	89,2	0,162	30	81,1	0,869	29	78,4	0,805
27. Abdômen plano	34	91,9	0,071	33	89,2	0,162	32	86,5	0,324
28. Abdômen timpânico	34	91,9	0,071	30	81,1	0,869	31	83,8	0,565
29. Abdômen volumoso	30	81,1	0,869	27	73,0	0,285	29	78,4	0,805
30. Aceitação da dieta parcial	35	94,6	0,026	27	73,0	0,285	26	70,3	0,139
31. Aceitação da dieta total	33	89,2	0,162	29	78,4	0,805	29	78,4	0,805

Indicadores empíricos das necessidades humanas básicas	Relevância			Clareza			Precisão		
	n	%	Valor p	n	%	Valor p	n	%	Valor p
32. Anorexia	37	100,0	0,002	28	75,7	0,511	28	75,7	0,511
33. Apetite aumentado	31	83,8	0,565	32	86,5	0,324	30	81,1	0,869
34. Apetite diminuído	34	91,9	0,071	31	83,8	0,565	28	75,7	0,511
35. Apetite normal	31	83,9	0,565	32	86,5	0,324	31	83,8	0,565
36. Disfagia	37	100,0	0,002	35	94,6	0,026	30	81,1	0,869
37. Erução	31	83,8	0,565	31	83,8	0,565	32	86,5	0,324
38. Esplenomegalia	36	97,3	0,009	29	78,4	0,805	31	83,8	0,565
39. Hábitos alimentares	36	97,3	0,009	32	86,5	0,324	31	83,8	0,565
40. Hepatomegalia	37	100,0	0,002	30	81,1	0,869	35	94,6	0,026
41. Intolerância alimentar	33	89,2	0,162	30	81,1	0,869	30	81,1	0,869
42. Lesão na cavidade oral	35	94,6	0,026	31	83,8	0,565	30	81,1	0,869
43. Não aceita dieta oral	34	91,9	0,071	29	78,4	0,805	28	75,7	0,511
44. Náusea	36	97,3	0,009	31	83,8	0,565	33	89,2	0,162
45. Pirose	34	91,9	0,071	33	89,2	0,162	32	86,5	0,324
46. Preferências alimentares	28	75,7	0,511	-	-	-	-	-	-
47. Refluxo gástrico	32	86,5	0,324	31	83,8	0,565	32	86,5	0,324
48. Singulto	29	78,4	0,805	-	-	-	-	-	-
49. Uso de sonda nasoentérica	35	94,6	0,026	33	89,2	0,162	35	94,6	0,026
50. Uso de sonda nasogástrica fechada	33	89,2	0,162	33	89,2	0,162	32	86,5	0,324
Eliminação									
51. Anúria	37	100,0	0,002	37	100,0	0,002	36	97,3	0,009
52. Aspecto das fezes (coloração)	36	97,3	0,009	32	86,5	0,324	32	86,5	0,324
53. Aspecto das fezes (consistência)	37	100,0	0,002	31	83,8	0,565	32	86,5	0,324
54. Aspecto das fezes (odor)	33	89,2	0,162	28	75,7	0,511	30	81,1	0,869
55. Colúria	37	100,0	0,002	32	86,5	0,324	36	97,3	0,009
56. Constipação	34	91,9	0,071	30	81,1	0,869	30	81,1	0,869
57. Diarreia	35	94,6	0,026	34	91,9	0,071	33	89,2	0,162
58. Disúria	36	97,3	0,009	35	94,6	0,026	37	100,0	0,002
59. Enterorragia	36	97,3	0,009	34	91,9	0,071	35	94,6	0,026
60. Flatulência	32	86,5	0,324	28	75,7	0,511	31	83,8	0,565
61. Frequência de eliminação intestinal	35	94,6	0,026	33	89,2	0,162	33	89,2	0,162
62. Hematuria	36	97,3	0,009	35	94,6	0,026	35	94,6	0,026
63. Incontinência fecal	33	89,2	0,162	31	83,8	0,565	31	83,8	0,565
64. Incontinência urinária	34	91,9	0,071	25	67,6	0,059	32	86,5	0,324
65. Melena	35	94,6	0,026	34	91,9	0,071	34	91,9	0,071
66. Micção espontânea	33	89,2	0,162	33	89,2	0,162	34	91,9	0,071
67. Oligúria	36	97,3	0,009	34	91,9	0,071	35	94,6	0,026

continuação

Indicadores empíricos das necessidades humanas básicas	Relevância			Clareza			Precisão		
	n	%	Valor p	n	%	Valor p	n	%	Valor p
68. Piúria	36	97,3	0,009	34	91,9	0,071	35	94,6	0,026
69. Poliúria	35	94,6	0,026	34	91,9	0,071	35	94,6	0,026
70. Retenção urinária	36	97,3	0,009	28	75,7	0,511	33	89,2	0,162
71. Tenesmo	35	94,6	0,026	30	81,1	0,869	31	83,8	0,565
72. Uso de sonda nasogástrica aberta	34	91,9	0,071	29	78,4	0,805	31	83,8	0,565
73. Uso de sonda vesical de alívio	36	97,3	0,009	32	86,5	0,324	32	86,5	0,324
74. Uso de sonda vesical de demora	34	91,9	0,071	32	86,5	0,324	31	83,8	0,565
75. Vômito	37	100,0	0,002	35	94,6	0,026	35	94,6	0,026
Sono e repouso									
76. Apneia do sono	33	89,2	0,162	32	86,5	0,324	32	86,5	0,324
77. Insônia	31	83,8	0,565	32	86,5	0,324	30	81,1	0,869
78. Sono e repouso prejudicados	35	94,6	0,026	32	86,5	0,324	32	86,5	0,324
79. Sono satisfatório	32	86,5	0,324	29	78,4	0,805	33	89,2	0,162
80. Sonolência	34	91,9	0,071	31	83,8	0,565	33	89,2	0,162
81. Utilização de medicamentos auxiliares do sono	32	86,5	0,324	32	86,5	0,324	32	86,5	0,324
Atividade física									
82. Atrofia muscular	34	91,9	0,071	27	73,0	0,285	27	73,0	0,285
83. Deambula	34	91,9	0,071	31	83,8	0,565	31	83,8	0,565
84. Deambula com ajuda	36	97,3	0,009	33	89,2	0,162	32	86,5	0,324
85. Fadiga	35	94,6	0,026	30	81,1	0,869	32	86,5	0,324
86. Força motora diminuída	33	89,2	0,162	34	91,9	0,071	33	89,2	0,162
87. Força motora normal	32	86,5	0,324	32	86,5	0,324	32	86,5	0,324
88. Movimento corporal diminuído	35	94,6	0,026	33	89,2	0,162	32	86,5	0,324
89. Movimento corporal normal	34	91,9	0,071	35	94,6	0,026	34	91,9	0,071
90. Não deambula	37	100,0	0,002	33	89,2	0,162	34	91,9	0,071
91. Paralisia	36	97,3	0,009	36	97,3	0,009	34	91,9	0,071
92. Parestesia	37	100,0	0,002	35	94,6	0,026	35	94,6	0,026
Sexualidade e reprodução									
93. Presença de doenças sexualmente transmissíveis	34	91,9	0,071	28	75,7	0,511	24	64,9	0,021
94. Relacionamento heterossexual	33	89,2	0,162	34	91,9	0,071	34	91,9	0,071
95. Relacionamento homossexual	33	89,2	0,162	34	91,9	0,071	34	91,9	0,071
96. Utilização de métodos contraceptivos	33	89,2	0,162	33	89,2	0,162	32	86,5	0,324
97. Vida sexual ativa	35	94,6	0,026	33	89,2	0,162	32	86,5	0,324
Segurança física e do meio ambiente									
98. Água tratada	34	91,9	0,071	26	70,3	0,139	30	81,1	0,869

continuação

Indicadores empíricos das necessidades humanas básicas	Relevância			Clareza			Precisão		
	n	%	Valor p	n	%	Valor p	n	%	Valor p
99. Coleta de lixo	35	94,6	0,026	36	97,3	0,009	33	89,2	0,162
100. Condições de higiene do lar	30	81,1	0,869	31	83,8	0,565	30	81,1	0,869
101. Criação de animais	37	100,0	0,002	34	91,9	0,071	34	91,9	0,071
102. Dependente químico	36	97,3	0,009	31	83,8	0,565	31	83,8	0,565
103. Destino do lixo	34	91,9	0,071	32	86,5	0,324	29	78,4	0,805
104. Etilista (desde quando consome)	37	100,0	0,002	35	94,6	0,026	36	97,3	0,009
105. Etilista (frequência de consumo)	37	100,0	0,002	37	100,0	0,002	36	97,3	0,009
106. Hábito de higienizar as mãos	34	91,9	0,071	34	91,9	0,071	30	81,1	0,869
107. Hábito de higienizar os alimentos	35	94,6	0,026	34	91,9	0,071	29	78,4	0,805
108. Necessidade de usar máscaras cirúrgicas para o transporte	32	86,5	0,324	32	86,5	0,324	32	86,5	0,324
109. Tabagista (desde quando fuma)	34	91,9	0,071	36	97,3	0,009	34	91,9	0,071
110. Tabagista (quantos cigarros ao dia)	34	91,9	0,071	36	97,3	0,009	35	94,6	0,026
Cuidado corporal									
111. Alopecia	31	83,8	0,565	31	83,8	0,565	30	81,1	0,869
112. Cáries	32	86,5	0,324	32	86,5	0,324	30	81,1	0,869
113. Caspas	27	73,0	0,285	-	-	-	-	-	-
114. Dependência do autocuidado parcial	34	91,9	0,071	34	91,9	0,071	32	86,5	0,324
115. Dependência do autocuidado total	35	94,6	0,026	36	97,3	0,009	34	91,9	0,071
116. Falhas dentárias	32	86,5	0,324	32	86,5	0,324	33	89,2	0,162
117. Halitose	33	89,2	0,162	33	89,2	0,162	33	89,2	0,162
118. Higiene corporal prejudicada	36	97,3	0,009	33	89,2	0,162	35	94,6	0,026
119. Higiene corporal preservada	35	94,6	0,026	34	91,9	0,071	35	94,6	0,026
120. Higiene íntima prejudicada	36	97,3	0,009	33	89,2	0,162	34	91,9	0,071
121. Higiene íntima preservada	34	91,9	0,071	33	89,2	0,162	33	89,2	0,162
122. Higiene oral prejudicada	37	100,0	0,002	33	89,2	0,162	34	91,9	0,071
123. Higiene oral preservada	35	94,6	0,026	35	94,6	0,026	35	94,6	0,026
124. Pediculose	34	91,9	0,071	35	94,6	0,026	34	91,9	0,071
125. Seborreia	32	86,5	0,324	34	91,9	0,071	34	91,9	0,071
126. Uso de aparelho ortodôntico	25	67,6	0,059	-	-	-	-	-	-
127. Uso de prótese dentária	32	86,5	0,324	36	97,3	0,009	36	97,3	0,009
Integridade física									
128. Alopecia nas lesões	32	86,5	0,324	34	91,9	0,071	34	91,9	0,071
129. Áreas que sofrem pressão	36	97,3	0,009	34	91,9	0,071	35	94,6	0,026
130. Fase da cicatrização das feridas	35	94,6	0,026	35	94,6	0,026	35	94,6	0,026
131. Coloração do exsudato	36	97,3	0,009	36	97,3	0,009	37	100,0	0,002
132. Crosta	35	94,6	0,026	37	100,0	0,002	37	100,0	0,002

continuação

Indicadores empíricos das necessidades humanas básicas	Relevância			Clareza			Precisão		
	n	%	Valor p	n	%	Valor p	n	%	Valor p
133. Curativo	36	97,3	0,009	33	89,2	0,162	33	89,2	0,162
134. Deiscência	34	91,9	0,071	32	86,5	0,324	33	89,2	0,162
135. Elasticidade da pele	32	86,5	0,324	31	83,8	0,565	32	86,5	0,324
136. Evisceração	35	94,6	0,026	33	89,2	0,162	32	86,5	0,324
137. Exantema	36	97,3	0,009	29	78,4	0,805	31	83,8	0,565
138. Fístula	35	94,6	0,026	32	86,5	0,324	31	83,8	0,565
139. Icterícia	36	97,3	0,009	36	97,3	0,009	36	97,3	0,009
140. Mácula	36	97,3	0,009	33	89,2	0,162	35	94,6	0,026
141. Manchas hipercrômicas	36	97,3	0,009	32	86,5	0,324	34	91,9	0,071
142. Manchas hiperemias	36	97,3	0,009	34	91,9	0,071	33	89,2	0,162
143. Manchas hipocrômicas	36	97,3	0,009	34	91,9	0,071	34	91,9	0,071
144. Odor do exsudato	37	100,0	0,002	35	94,6	0,026	35	94,6	0,026
145. Pápula	36	97,3	0,009	36	97,3	0,009	36	97,3	0,009
146. Localização das lesões	34	91,9	0,071	35	94,6	0,026	34	91,9	0,071
147. Prurido	36	97,3	0,009	36	97,3	0,009	35	94,6	0,026
148. Pústula	37	100,0	0,002	36	97,3	0,009	34	91,9	0,071
149. Quantidade de exsudato	36	97,3	0,009	36	97,3	0,009	35	94,6	0,026
150. Sensibilidade nas lesões (dolorosa)	37	100,0	0,002	33	89,2	0,162	32	86,5	0,324
151. Sensibilidade nas lesões (tátil)	37	100,0	0,002	33	89,2	0,162	34	91,9	0,071
152. Sensibilidade nas lesões (térmica)	36	97,3	0,009	34	91,9	0,071	34	91,9	0,071
153. Turgor da pele	35	94,6	0,026	35	94,6	0,026	36	97,3	0,009
154. Úlcera por pressão	36	97,3	0,009	34	91,9	0,071	34	91,9	0,071
155. Vesícula	35	94,6	0,026	35	94,6	0,026	35	94,6	0,026
Regulação vascular									
156. Bulhas cardíacas hiperfonéticas	34	91,9	0,071	36	97,3	0,009	35	94,6	0,026
157. Bulhas cardíacas hipofonéticas	34	91,9	0,071	35	94,6	0,026	35	94,6	0,026
158. Bulhas cardíacas normofonéticas	34	91,9	0,071	34	91,9	0,071	35	94,6	0,026
159. Cianose	37	100,0	0,002	36	97,3	0,009	37	100,0	0,002
160. Equimoses	36	97,3	0,009	32	86,5	0,324	34	91,9	0,071
161. Hematomas	35	94,6	0,026	37	100,0	0,002	37	100,0	0,002
162. Hemorragia	36	97,3	0,009	37	100,0	0,002	36	97,3	0,009
163. Localização das perdas sanguíneas	35	94,6	0,026	34	91,9	0,071	33	89,2	0,162
164. Perfusion periférica diminuída	37	100,0	0,002	33	89,2	0,162	33	89,2	0,162
165. Perfusion periférica normal	34	94,4	0,028	34	91,9	0,071	34	91,9	0,071
166. Petéquias	37	100,0	0,002	34	91,9	0,071	35	94,6	0,026
167. Prova do laço negativa	35	94,6	0,026	29	78,4	0,805	33	89,2	0,162
168. Prova do laço positiva	35	94,6	0,026	31	83,8	0,565	34	91,9	0,071

continuação

Indicadores empíricos das necessidades humanas básicas	Relevância			Clareza			Precisão		
	n	%	Valor p	n	%	Valor p	n	%	Valor p
169. Pulso cheio	36	97,3	0,009	33	89,2	0,162	35	94,6	0,026
170. Pulso filiforme	36	97,3	0,009	33	89,2	0,162	34	91,9	0,071
171. Ritmo cardíaco irregular	36	97,3	0,009	35	94,6	0,026	36	97,3	0,009
172. Ritmo cardíaco regular	36	97,3	0,009	34	91,9	0,071	35	94,6	0,026
Regulação térmica									
173. Calafrios	35	94,6	0,026	35	94,6	0,026	34	91,9	0,071
174. Pele fria	36	97,3	0,009	37	100,0	0,002	36	97,3	0,009
175. Piloereção	27	73,0	0,285	-	-	-	-	-	-
176. Sudorese	35	94,6	0,026	34	91,9	0,071	34	91,9	0,071
Regulação neurológica									
177. Agitação	36	97,3	0,009	34	91,9	0,071	34	91,9	0,071
178. Alteração nos reflexos	36	97,3	0,009	33	89,2	0,162	32	86,5	0,324
179. Consciente	37	100,0	0,002	34	91,9	0,071	33	89,2	0,162
180. Crise convulsiva	36	97,3	0,009	34	91,9	0,071	35	94,6	0,026
181. Decorticção	35	94,6	0,026	36	97,3	0,009	34	91,9	0,071
182. Desorientação	37	100,0	0,002	37	100,0	0,002	36	97,3	0,009
183. Fotofobia	35	94,6	0,026	35	94,6	0,026	34	91,9	0,071
184. Inconsciente	35	94,6	0,026	35	94,6	0,026	33	89,2	0,162
185. Midriase	36	97,3	0,009	37	100,0	0,002	35	94,6	0,026
186. Miose	36	97,3	0,009	36	97,3	0,009	35	94,6	0,026
187. Opistótono	35	94,6	0,026	33	89,2	0,162	34	91,9	0,071
188. Pupilas anisocóricas	36	97,3	0,009	35	94,6	0,026	36	97,3	0,009
189. Pupilas isocóricas	34	91,9	0,071	34	91,9	0,071	35	94,6	0,026
190. Rigidez de nuca	37	100,0	0,002	34	91,9	0,071	35	94,6	0,026
191. Riso sardônico	37	100,0	0,002	34	91,9	0,071	33	89,2	0,162
192. Sinal de Brudzinski	36	97,3	0,009	34	91,9	0,071	36	97,3	0,009
193. Sinal de Kerning	34	91,9	0,071	33	89,2	0,162	35	94,6	0,026
194. Trismo	36	97,3	0,009	36	97,3	0,009	36	97,3	0,009
Sensopercepção									
195. Apresenta expressões corporais relacionadas à dor	34	91,9	0,071	29	78,4	0,805	29	78,4	0,805
196. Dor (frequência)	37	100,0	0,002	35	94,6	0,026	33	89,2	0,162
197. Dor (intensidade)	37	100,0	0,002	35	94,6	0,026	34	91,9	0,071
198. Dor (localização)	37	100,0	0,002	35	94,6	0,026	35	94,6	0,026
199. Fatores que aliviam a dor	33	89,2	0,162	33	89,2	0,162	33	89,2	0,162
200. Fatores que aumentam a dor	34	91,9	0,071	29	78,4	0,805	31	83,8	0,565
Terapêutica e prevenção									

continuação

Indicadores empíricos das necessidades humanas básicas	Relevância			Clareza			Precisão		
	n	%	Valor p	n	%	Valor p	n	%	Valor p
201. Apresenta doenças crônicas	34	91,9	0,071	32	86,5	0,324	35	94,6	0,026
202. Cartão de vacina atualizado	36	97,3	0,009	27	73,0	0,285	30	81,1	0,869
203. Efeitos adversos	36	97,3	0,009	30	81,1	0,869	31	83,8	0,565
204. Efeitos colaterais	36	97,3	0,009	29	78,4	0,805	30	81,1	0,869
205. Faz uso de antibioticoterapia	34	91,9	0,071	35	94,6	0,026	35	94,6	0,026
206. Imunidade deficiente	35	94,6	0,026	33	89,2	0,162	33	89,2	0,162
207. Reações alérgicas	36	97,3	0,009	33	89,2	0,162	34	91,9	0,071
208. Sinais flogísticos na inserção dos cateteres	36	97,3	0,009	35	94,6	0,026	35	94,6	0,026
209. Situações que interferem no tratamento	35	94,6	0,026	31	83,8	0,565	32	86,5	0,324
Necessidades psicossociais									
Comunicação									
210. Afasia	36	97,3	0,009	35	94,6	0,026	35	94,6	0,026
211. Disartria	36	97,3	0,009	37	100,0	0,002	36	97,3	0,009
212. Gagueira	29	78,4	0,805	-	-	-	-	-	-
213. Habilidade para escrever	31	83,8	0,565	36	97,3	0,009	32	86,5	0,324
214. Interação com as pessoas	33	89,2	0,162	34	91,9	0,071	33	89,2	0,162
215. Respostas desconexas	35	94,6	0,026	35	94,6	0,026	36	97,3	0,009
216. Uso da linguagem não verbal	35	94,6	0,026	34	91,9	0,071	33	89,2	0,162
217. Uso da linguagem verbal	35	94,6	0,026	35	94,6	0,026	35	94,6	0,026
Gregária									
218. Desejo de participar de atividades	33	89,2	0,162	36	97,3	0,009	35	94,6	0,026
219. Quantas pessoas residem na casa	34	91,9	0,071	35	94,6	0,026	35	94,6	0,026
220. Quem mais auxilia no tratamento	35	94,6	0,026	35	94,6	0,026	35	94,6	0,026
221. Quem reside na casa	33	89,2	0,162	33	89,2	0,162	33	89,2	0,162
Recreação e lazer									
222. Ocupação do tempo livre	29	78,4	0,805	-	-	-	-	-	-
Segurança emocional									
223. Agressividade	33	89,2	0,162	33	89,2	0,162	33	89,2	0,162
224. Angústia	36	97,3	0,009	33	89,2	0,162	33	89,2	0,162
225. Ansiedade	36	97,3	0,009	34	91,9	0,071	34	91,9	0,071
226. Apatia	35	94,6	0,026	36	97,3	0,009	35	94,6	0,026
227. Carência afetiva	34	91,9	0,071	34	91,9	0,071	33	89,2	0,162
228. Choro	35	94,6	0,026	36	97,3	0,009	36	97,3	0,009
229. Desejo de se isolar	35	94,6	0,026	36	97,3	0,009	35	94,6	0,026
230. Depressão	35	94,6	0,026	34	91,9	0,071	32	86,5	0,324

continuação

Indicadores empíricos das necessidades humanas básicas	Relevância			Clareza			Precisão		
	n	%	Valor p	n	%	Valor p	n	%	Valor p
231. Desejo de morrer	36	97,3	0,009	36	97,3	0,009	36	97,3	0,009
232. Fobias	35	94,6	0,026	33	89,2	0,162	35	94,6	0,026
233. Frustração	29	78,4	0,805	-	-	-	-	-	-
234. Inconstância no equilíbrio do humor	35	94,6	0,026	32	86,5	0,324	32	86,5	0,324
235. Irritabilidade	35	94,6	0,026	33	89,2	0,162	34	91,9	0,071
236. Medo	33	89,2	0,162	34	91,9	0,071	34	91,9	0,071
237. Sentimento de estigma e preconceito	35	94,6	0,026	32	86,5	0,324	30	81,1	0,869
238. Tristeza	34	94,4	0,028	35	94,6	0,026	34	91,9	0,071
Autoestima, autoconfiança e autorrespeito									
239. Atitudes relacionadas ao próprio corpo	32	86,5	0,324	30	81,1	0,869	28	75,7	0,511
240. Desejo de conquista e vitória	29	78,4	0,805	-	-	-	-	-	-
241. Falta de autoconfiança	34	91,9	0,071	32	86,5	0,324	33	89,2	0,162
242. Fontes de motivação	32	86,5	0,324	33	89,2	0,162	32	86,5	0,324
243. Identifica atributos positivos em si mesmo	31	83,8	0,565	31	83,8	0,565	31	83,8	0,565
244. Percepção sobre o próprio corpo	33	89,2	0,162	31	83,8	0,565	31	83,8	0,565
245. Reconhece que é merecedor de amor e felicidade	28	75,7	0,511	-	-	-	-	-	-
246. Tem medo de expor suas ideias	28	75,7	0,511	-	-	-	-	-	-
247. Valores que atribuem à autoimagem	33	89,2	0,162	32	86,5	0,324	31	83,8	0,565
Educação para a saúde e aprendizagem									
248. Conhecimento sobre ações dos medicamentos	37	100,0	0,002	34	91,9	0,071	31	83,8	0,565
249. Conhecimento sobre seu problema de saúde (nível de compreensão)	37	100,0	0,002	36	97,3	0,009	33	89,2	0,162
250. Experiências anteriores (doenças)	33	89,2	0,162	32	86,5	0,324	33	89,2	0,162
251. Experiências anteriores (tratamentos)	34	91,9	0,071	32	86,5	0,324	32	86,5	0,324
252. Nível de escolaridade	35	94,6	0,026	34	91,9	0,071	33	89,2	0,162
253. O que a família sabe sobre o problema de saúde	37	100,0	0,002	34	91,9	0,071	34	91,9	0,071
Necessidades psicoespirituais									
Religiosidade e espiritualidade									
254. Crenças (espirituais)	36	97,3	0,009	34	91,9	0,071	33	89,2	0,162

continuação

Indicadores empíricos das necessidades humanas básicas	Relevância			Clareza			Precisão		
	n	%	Valor p	n	%	Valor p	n	%	Valor p
255. Crenças (religiosas)	36	97,3	0,009	35	94,6	0,026	34	91,9	0,071
256. Crenças (culturais)	33	89,2	0,162	32	86,5	0,324	30	81,1	0,869
257. Necessidade da presença de um líder espiritual	32	86,5	0,324	33	89,2	0,162	32	86,5	0,324
258. Religião (grupo religioso ou cultural)	34	91,9	0,071	32	86,5	0,324	29	78,4	0,805

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Conforme demonstra a Tabela 2, foram eliminados quatorze indicadores empíricos, de acordo com o critério de relevância, distribuídos nas necessidades psicobiológicas: oxigenação (batimentos das aletas nasais, expectoração fluida, gemência), nutrição (preferências alimentares e singulto), cuidado corporal (caspas e uso de aparelho ortodôntico) e regulação térmica (piloereção); e nas necessidades psicossociais: comunicação (gagueira), recreação e lazer (ocupação do tempo livre), segurança emocional (frustração), autoestima, autoconfiança e autorrespeito (desejo de conquista e vitória, reconhece que é merecedor de amor e felicidade, e tem medo de expor suas ideias).

O indicador empírico ‘batimento das aletas nasais’ (IC=75,7% e p=0,511), identificado pela inspeção do alargamento e abertura da narina durante a respiração (POTTER; PERRY, 2013), foi eliminado por ser considerado redundante, sendo uma manifestação clínica da dispneia, termo já contemplado, identificado por sinais de dificuldade respiratória com modificações da frequência, ritmo, expansão e esforço da musculatura para respirar, evidenciado por batimento de asa do nariz, expiração prolongada e retracções da caixa torácica, supraesternal, supraclavicular, subcostal, intercostal, esternal e de apêndice xifoide (AVENA; PEDREIRA; GUTIERREZ, 2014).

A ‘expectoração fluida’ (IC=78,4% e p=0,805), identificada pela inspeção de muco de consistência gelatinosa, que flui das pequenas para as grandes vias aéreas (ANDRIS et al., 2011), foi considerada não específica de indivíduos com doenças infectocontagiosas, tendo em vista que indivíduos com infecção pulmonar geralmente apresentam expectoração purulenta relacionada ao agente etiológico que a produz (SIQUEIRA, 2012).

O indicador empírico ‘gemência’ (IC=70,3% e p=0,139), identificado pela inspeção de gemido devido a problemas respiratórios (SILVA; SILVA; VIANA, 2009), foi eliminado por ser um sinal muito comum em recém-nascidos e lactentes, sinalizando colapso alveolar e de pequenas vias aéreas, pois, na tentativa de aumentar a capacidade residual funcional e melhorar a oxigenação, a glote é fechada na expiração e emite gemidos (MATSUNO, 2012).

O indicador empírico ‘preferências alimentares’ (IC=75,7% e p=0,511), identificado pelo relato verbal sobre alimentos considerados prediletos (BARROS et al., 2015), foi eliminado por já ser contemplado em hábitos alimentares.

Os indicadores empíricos ‘singulto’ (IC=78,4% e p=0,805), identificado pelo relato verbal sobre contração involuntária do diafragma e determina um abalo do tórax e do abdômen, acompanhado de ruído devido à constrição da glote com vibração das cordas vocais (SILVA; SILVA; VIANA, 2009); ‘caspas’ (IC=73,0% e p=0,285), identificadas pela inspeção

de descamação do couro cabeludo (BARROS et al., 2015); ‘uso de aparelho ortodôntico’ (IC=67,6 e p=0,059), identificado pela inspeção de aparelho dentário fixo para alinhar os dentes (POTTER; PERRY, 2013); e ‘piloereção’ (IC=73,0% e p=0,285), identificada pela inspeção da ereção dos pelos e arrepiamento da pele (POTTER; PERRY, 2013), foram eliminados por não determinar necessidades relevantes durante a hospitalização e por serem pouco específicos de indivíduos com doenças infectocontagiosas. Por conseguinte, não direcionam o levantamento de dados e o cuidado de enfermagem nessa área. É importante ressaltar que o cuidado, nessa área, apresenta características que imprimem condutas diferenciadas na atuação da equipe de enfermagem e sua interação com o indivíduo hospitalizado, destacando situações como quartos de isolamento, precauções baseadas na tentativa de afastar riscos de transmissão de agentes etiológicos e procedimentos específicos (CATRIB; OLIVEIRA, 2012).

O indicador empírico ‘gagueira’ (IC=78,4% e p=0,805), identificado pela escuta de defeito de elocução, acompanhado da dificuldade de pronunciar ou encadear algumas sílabas (BARROS et al., 2015), embora seja um transtorno motor relevante entre a língua, a laringe, os lábios e a musculatura do sistema respiratório, foi eliminado por apresentar pouca especificidade de indivíduos com doenças infectocontagiosas.

O indicador empírico ‘ocupação do tempo livre’ (IC=78,4% e p=0,805), identificado por meio do relato verbal sobre atividades desenvolvidas durante o ócio (VAUGHANS, 2012), foi eliminado, mesmo sendo considerado relevante para o indivíduo hospitalizado, porque evita sentimentos como solidão e isolamento social. As atividades de recreação e lazer são relevantes durante a hospitalização, porquanto demonstram como o sujeito preenche o tempo que está livre. Convém deixar claro que o lazer não significa ocupar o tempo desocupado, mas tem relação com experiências culturais, hábitos adquiridos e processos de socialização (MOURA; SOUZA, 2012).

Os indicadores empíricos ‘frustração’ (IC=78,4% e p=0,805), identificada por meio de relato verbal sobre desapontamento por não conseguir um objetivo desejado (VIÇOSO, 2008), e ‘tem medo de expor suas ideias’ (IC= 75,7% e p= 0,511), por meio de relato verbal sobre a dificuldade de deixar clara sua opinião (VIÇOSO, 2008), foram eliminados, embora sejam significativos em indivíduos com doenças infectocontagiosas, principalmente em situações do conhecimento do diagnóstico de uma doença sem cura e pelo sentimento de estigma e exclusão social. Eles sugerem a ideia de que estar com a doença é uma consequência de atitudes cometidas, o que pode restringir o convívio com o ambiente social.

Tal aspecto é demonstrado no estudo de Souza Neto et al. (2015), que constataram a presença dos diagnósticos de enfermagem medo, solidão e isolamento social em indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas.

Também foram eliminados os indicadores empíricos ‘desejo de conquista e vitória’ (IC=78,4% e p=0,805), identificado por meio do relato verbal sobre a vontade de obter sucesso em algo almejado (VICOSO, 2008), e ‘reconhece que é merecedor de amor e felicidade’ (IC=75,7% e p=0,511), identificado por meio de relato verbal do entendimento de que tem direito ao amor e à felicidade (VICOSO, 2008). Eles se referem a atributos positivos da necessidade de autoestima, autoconfiança e autorrespeito que, nem sempre, são encontrados no indivíduo hospitalizado, devido à mudança na rotina e ao distanciamento familiar, que resulta em fragilidade, tendo em vista que o processo de hospitalização gera uma alteração biopsicossocial e espiritual do ser humano (SZERWIESKI; CORTEZ; MARCON, 2016).

No tocante à reformulação das definições operacionais, 26 indicadores empíricos tiveram suas definições operacionais reformuladas para atender ao critério de clareza, e dezenove, para atender ao critério de precisão. Desses indicadores, doze sofreram alterações em suas definições operacionais quanto à clareza e à precisão concomitantemente. Assim, 33 definições operacionais foram reformuladas, conforme consolidado nas sugestões dos especialistas, como demonstrado no Quadro 5.

Quadro 5- Definições operacionais reformuladas conforme sugestões dos especialistas. João Pessoa – PB, 2016.

INDICADORES EMPÍRICOS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
2. Dispneia	Identificada pela inspeção de dificuldade da expansão torácica e/ou uso da musculatura acessória ou relato verbal de dificuldade respiratória.
3. Expectoração espessa	Identificada por meio da inspeção ou do relato verbal sobre a expulsão de muco com consistência viscosa das vias aéreas para o meio exterior.
8. Murmúrios vesiculares ausentes	Identificados pela auscultação de sons inaudíveis do ápice a base dos pulmões durante a passagem de ar na via aérea nos movimentos de inspiração e expiração.
23. Abdômen distendido	Identificado pela inspeção da distensão da musculatura abdominal e pela percussão de áreas apresentando submaciez, devido ao acúmulo de gases, líquidos ou sólidos.
24. Abdômen flácido	Identificado pela inspeção da diminuição da firmeza e elasticidade do abdômen devido ao afrouxamento muscular.
25. Abdômen globoso	Identificado pela inspeção do diâmetro anteroposterior do abdômen aumentado.

continuação

26. Abdômen maciço	Som abdominal identificado pela percussão de áreas maciças, que apresenta som breve e timbre alto.
29. Abdômen volumoso	Identificado pela inspeção do aumento do diâmetro transversal do abdômen devido à dilatação dos flancos ou regiões laterais.
30. Aceitação da dieta parcial reformulada para Aceitação parcial da dieta	Identificado pelo relato verbal ou pela inspeção da redução de ingesta do alimento fornecido.
31. Aceitação da dieta total reformulada para Aceitação total da dieta	Identificada por meio do relato verbal ou da inspeção ingesta total do alimento fornecido.
32. Anorexia	Identificada com a inspeção da perda de massa corporal devido à restrição alimentar severa e voluntária.
34. Apetite diminuído	Identificado pelo relato verbal ou observação da ausência do desejo de comer.
38. Esplenomegalia	Aumento do volume do baço, identificado pela palpação em garra no quadrante superior esquerdo do abdômen, na altura do rebordo costal.
43. Não aceita dieta oral	Identificado pelo relato verbal ou pela inspeção da não ingesta do alimento fornecido.
54. Aspectos das fezes (odor)	Identificado no relato verbal ou olfação de odor característico das fezes que depende da presença de um processo infeccioso, alimento ou medicamento digerido.
60. Flatulência	Identificada pelo relato verbal sobre a eliminação de gases do aparelho digestivo para o meio exterior através do ânus ou pela auscultação e/ou palpação de ar no aparelho digestivo.
64. Incontinência urinária	Identificada por meio do relato verbal ou da inspeção da eliminação involuntária de urina, devido à incapacidade de controlar o esfíncter urinário.
70. Retenção urinária	Identificada pelo relato verbal sobre incapacidade parcial ou total da bexiga de eliminar a urina ou inspeção de área globosa na região suprapúbica devido ao acúmulo de urina (bexigoma).
72. Uso de sonda nasogástrica aberta	Identificada pela inspeção de um tubo silicone translúcido da narina até o estômago, confirmado por meio de testes, e cujo objetivo é o de fazer lavagem gástrica, drenagem gástrica ou coleta de material para exames.
79. Sono satisfatório	Identificado através do relato verbal sobre contentamento quanto à qualidade e à quantidade do sono.
82. Atrofia muscular	Identificada pela inspeção ou palpação da diminuição do tamanho de um músculo em comparação com o tamanho padrão, com limitação funcional.
93. Presença de doenças sexualmente transmissíveis	Identificada por meio da inspeção de lesões características ou da análise de resultados de exames.
98. Água tratada	Identificada pelo relato verbal do consumo de água filtrada, fervida ou clorada.
103. Destino do lixo	Identificado pelo relato verbal do destino do lixo fora de casa, podendo ser queimado, transportado para aterro sanitário, dentre outros.
107. Hábito de higienizar os alimentos	Identificado por meio do relato verbal sobre a utilização de medidas adequadas de lavagem para prevenir a contaminação dos alimentos.
137. Exantema	Identificada pela inspeção de erupção cutânea de coloração avermelhada.
167. Prova do laço negativa	

continuação

Identificada a partir das seguintes etapas: 1- verificar pressão arterial, 2- calcular o valor médio pela fórmula (PAS + PAD)/2, 3- insuflar novamente o manguito até o valor médio e manter durante cinco minutos nos adultos, 4- desinsuflar o ar do manguito e desenhar um quadrado com 2,5 cm no local de maior concentração de petéquias, 5- contar o número de petéquias no quadrado. A prova do laço será considerada negativa se surgir menos de 20 petéquias no quadrado.

195. Apresenta expressões corporais relacionadas à dor

Identificadas pela inspeção da expressão facial (sobrancelhas franzidas, expressão de choro) e movimentos corporais de defesa (proteção da área dolorida).

200. Fatores que aumentam a dor

Identificados pelo relato verbal de influências fisiológicas, sociais, espirituais, psicológicas e espirituais que aumentam o nível da dor.

202. Cartão de vacina atualizado

Identificado pela inspeção do documento de comprovação da imunização.

204. Efeitos colaterais

Identificados por meio do relato verbal ou inspeção do aparecimento de efeitos previsíveis, porém, diferentes daqueles considerados como o principal mecanismo de ação do fármaco utilizado.

239. Atitudes relacionadas ao próprio corpo

Identificadas pelo relato verbal ou inspeção de ações relacionadas a sua imagem física.

258. Religião

Identificada pelo relato verbal de pertença a uma entidade religiosa.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Nas necessidades psicobiológicas, foram reformuladas as definições operacionais dos indicadores empíricos referentes à oxigenação, à nutrição, à eliminação, ao sono e repouso, à atividade física, à sexualidade e reprodução, à segurança física e do meio ambiente, ao cuidado corporal, à integridade física, à regulação vascular, à regulação térmica, à sensopercepção, à terapêutica e prevenção; nas necessidades psicossociais, foram reformuladas as definições operacionais dos indicadores empíricos de autoestima, autoconfiança e autorrespeito; e nas necessidades psicoespirituais, reformuladas as definições operacionais dos indicadores empíricos de religiosidade e espiritualidade.

Na necessidade de oxigenação, foram alteradas as definições operacionais dos indicadores empíricos: dispneia (clareza: IC=48,6 e p=0,000; precisão: IC=51,4 e p=0,000), pois os especialistas consideraram que só o relato verbal de dificuldade respiratória não era suficiente para mensurar esse indicador no indivíduo hospitalizado. Assim, foi incluído o método propedêutico de inspeção, a fim de verificar as manifestações clínicas apresentadas; murmurários vesiculares ausentes (clareza: IC=64,9 e p=0,021), devido aos sons respiratórios não estarem ausentes, mas inaudíveis, durante a passagem de ar na via aérea nos movimentos de inspiração e expiração; e expectoração espessa (clareza: IC=78,4 e p=0,805; precisão: IC=73,0 e p=0,285), pela modificação no aspecto da expectoração para viscosa, como também, pela exteriorização por meio da tosse ou aspiração.

O estudo de Bailey et al. (2013), aponta a dispneia como um sinal subjetivo de falta de ar, no entanto, também relata a importância de caracterizá-la por meio de comportamentos

observados, como: aumento da frequência cardíaca, taquipneia, agitação, uso da musculatura acessória, gemido expiratório e expressões de medo. Os murmúrios vesiculares podem estar ausentes em situações de obstrução do fluxo de ar, como é o caso de problemas no trato respiratório a partir da estenose brônquica na tuberculose pulmonar (MARINHO et al., 2013).

O muco eliminado pela expectoração é composto de líquido, material viscoso e sólido (proteínas, sais, lipídios e detritos celulares). O muco saudável tem consistência gelatinosa, baixa viscosidade e baixa elasticidade. É transportado facilmente pela ação dos cílios, enquanto o muco patológico tem maior viscosidade e elasticidade e é expectorado com mais dificuldade (FAHY; DICKEY, 2010).

Na necessidade de nutrição, foram alteradas as definições operacionais dos seguintes indicadores empíricos: abdômen distendido (clareza: IC=56,8 e p=0,000; precisão: IC=67,6 e p=0,059), acrescentado, além da inspeção, o método propedêutico de percussão, tendo em vista a avaliação do acúmulo de gases, líquidos e sólidos na cavidade abdominal; abdômen flácido (clareza: IC=62,2 e p=0,007; precisão: IC=67,6 e p=0,059), acrescentada a causa, pois a flacidez é resultante do enfraquecimento muscular, que diminui sua firmeza e elasticidade, como também pode ser verificado em pacientes adotando-se outros posicionamentos, não apenas em pé; abdômen globoso (clareza: IC=73,0 e p=0,285; precisão: IC=73,0 e p=0,285) - sua definição operacional foi reformulada segundo o consenso dos especialistas, por apresentar definição confusa com o indicador empírico abdômen volumoso (clareza: IC=73,0 e p=0,285; precisão: IC=78,4 e p=0,805). O primeiro refere-se ao aumento do diâmetro anteroposterior do abdômen, e o segundo, ao aumento do seu diâmetro transversal; abdômen maciço (precisão: IC=78,4 e p=0,805), por não ser considerado na Semiotécnica como um tipo abdominal, mas como um som abdominal obtido pela percussão de vísceras maciças; aceitação da dieta parcial (clareza: IC=73,0 e p=0,285; precisão: IC=70,3 e p=0,139) e aceitação da dieta total (clareza: IC=78,4 e p=0,805; precisão: IC=78,4 e p=0,805), tiveram como sugestão modificação em seu título, sendo estabelecido aceitação parcial da dieta e aceitação total da dieta, além disso, foi sugerida a inspeção da aceitação da dieta; anorexia (clareza: IC=75,0 e p=0,511; precisão: IC=75,7 e p=0,511), por ser um distúrbio alimentar severo, sofreu modificação tendo em vista a associação da perda de peso, verificada pelo índice de massa corpórea e a restrição alimentar; não aceita dieta oral (clareza: IC=78,4 e p=0,805; precisão: IC=75,7 e p=0,511) e apetite diminuído (precisão: IC=75,7 e p=0,511), foram acrescentados o método propedêutico de inspeção, visto que é possível observar a não ingestão do alimento fornecido, bem como a ausência do desejo de comer; e esplenomegalia

(clareza: IC=78,4 e p=0,805), foi acrescido o termo aumento do volume do baço, bem como especificado o quadrante superior esquerdo do abdômen.

A distensão abdominal pode acontecer devido a uma contração reflexa do diafragma, combinada com o relaxamento dos músculos abdominais. Geralmente reflete um fenômeno perceptivo ou sensorial, que indica uma mudança observável no diâmetro da parede abdominal (SPILLER; THOMPSON, 2012). A flacidez abdominal também pode ser percebida em pessoas acometidas pelo HIV/Aids, devido à lipodistrofia, caracterizada pela redistribuição da gordura corporal, e está associada ao uso dos medicamentos da classe dos inibidores de proteases. Pode ser classificada em lipoatrofia, quando há redução da gordura, e em lipo-hipertrofia, quando há acúmulo de gordura (SILVA; MORI; GUIMARÃES, 2012). Geralmente, a área do corpo mais acometida pela lipo-hipertrofia é a região abdominal (TSUDA et al., 2012).

O abdômen globoso e o volumoso são comuns em indivíduos obesos, com ascite, com grande distensão gasosa das alças intestinais, com hepatomegalia e com esplenomegalia (MENEGHELLI; MARTINELLI, 2004). Essa última é caracterizada pelo aumento das dimensões e do volume do baço, que é um órgão linfático que participa da resposta imune contra micro-organismos. As principais causas da esplenomegalia são: hipertensão portal, doenças hepáticas crônicas, linfomas, leucemias neoplasias mieloproliferativas, infecções e trombose da veia esplênica (VIVEROS; MONROY; ALVA, 2013). Além dessas causas, estudo desenvolvido por Wilkins, Zimmerman e Schade (2010) demonstrou que um dos principais sinais clínicos apresentados por indivíduos acometidos por hepatite B é a esplenomegalia, mesmo na fase aguda da doença.

A aceitação da dieta, durante a hospitalização, é um desafio, porque, geralmente, os pacientes não ingerem a alimentação que lhes é oferecida em razão não apenas do quadro clínico, da falta de apetite e das alterações do paladar, mas também da mudança de hábitos e da insatisfação com as preparações. São destacados aspectos como variedade, apresentação, temperatura, tempero e quantidade (SOUZA; SOUZA; SCHÜTZ, 2011).

Estudos definem a anorexia como a diminuição da ingestão de alimentos, causada, principalmente, por fatores de origem nervosa, o que pode resultar em problemas que implicam sequelas em longo prazo, como o emagrecimento a ponto de o indivíduo ir a óbito. É dispensado o tratamento específico para a restauração do peso e intervenções psicossociais (ABBATE-DAGA et al., 2014; LANDI et al., 2013).

Na necessidade de eliminação, foram alteradas as definições operacionais dos indicadores empíricos: aspectos das fezes – odor (clareza: IC=75,7 e p=0,511), por considerar que não apenas o tipo de alimento ingerido mudaria o seu odor, mas também a presença de processo infeccioso e o uso de alguns medicamentos; flatulência (clareza: IC=75,7 e p=0,511); incontinência urinária (clareza: IC=67,6 e p=0,059), em que se acrescentou a inspeção da eliminação involuntária de urina devido à incapacidade de controlar o esfíncter; retenção urinária (clareza: IC=75,7 e p=0,511), evidenciada pelo relato verbal sobre a incapacidade parcial ou total da bexiga de eliminar a urina e a inspeção de área globosa na região suprapúbica devido ao acúmulo de urina (bexigoma); e uso de sonda nasogástrica aberta (clareza: IC=78,4 e p=0,805), em que se acrescentaram as finalidades de lavagem gástrica, drenagem gástrica e coleta de material para exames.

O acúmulo de urina na bexiga é um dos problemas miccionais causados pela incapacidade desse órgão de se esvaziar e pode ser desencadeado por obstrução da uretra, alterações motoras e sensoriais, ansiedade, efeitos de medicamentos, entre outros, que leva, principalmente, a infecções no trato urinário (MAZZO et al., 2015) e a incontinência urinária, que é a disfunção autonômica no pavimento pélvico encontrada em alguns indivíduos com HIV/Aids (CHRISTO, 2010). Além disso, existem alguns fatores de risco para o seu desenvolvimento, como: trauma do assoalho pélvico, menopausa, obesidade, uso de alguns simpaticomiméticos e parasimpaticolíticos, tabagismo, consumo de cafeína e exercícios intensos na região abdominal (OLIVEIRA et al., 2010).

Geralmente, a intervenção utilizada para o tratamento desses problemas é o uso de cateterismo vesical. No entanto, cerca de 80% das infecções no trato urinário são atribuídas ao uso de sonda vesical de demora na avaliação clínica. É importante verificar a presença de bactérias por meio da piúria. Convém atentar para o fato de que, nem sempre, a presença de leucócitos está relacionada a infecção, pois podem causar inflamação da bexiga, razão por que é necessário o suporte de exames diagnósticos (NICOLLE, 2014).

Na necessidade de sono e repouso, foi alterada a definição operacional do indicador empírico sono satisfatório (Clareza: IC = 78,4 e p=0,805), devido à necessidade de inserir a expressão ‘boa quantidade e qualidade do sono’. O sono é uma função biológica fundamental para consolidar a memória, termorregular, conservar a energia e restaurar o metabolismo (CARDOSO et al., 2009). Estudo desenvolvido com indivíduos diagnosticados com HIV/Aids, no sudeste do Brasil, verificou alta prevalência (46,7%) de pessoas com sono de má qualidade e apontou que o sono pode estar comprometido devido a problemas de origem

emocional e ao uso de antirretrovirais, como o efavirenz, e em quadros clínicos mais avançados, por causa da diminuição dos linfócitos T CD4+ (FERREIRA; CEOLIM, 2012).

Na necessidade de atividade física, foi alterada a definição operacional do indicador empírico atrofia muscular (clareza: IC=73,0 e p=0,285; precisão: IC=73,0 e p=0,285), pela inserção da comparação do tamanho padrão de um músculo com sua limitação funcional. A atrofia muscular é comum em indivíduos restritos ao leito, devido ao desuso da musculatura, que resulta na diminuição da taxa de síntese proteica e, consequentemente, em sua degradação (AMARAL et al., 2015).

Em indivíduos com HIV/Aids, a terapia antirretroviral desencadeia a lipodistrofia, que é a redistribuição da gordura corporal. No estudo desenvolvido por Segatto et al. (2011), foi verificada a associação da lipodistrofia com a atividade física. Os sujeitos ativos tiveram uma incidência menor de lipodistrofia em comparação com os indivíduos sedentários.

Em indivíduos com hanseníase, as reações hansenicas podem causar incapacidade físicas e deficiências permanentes (QUEIROZ et al., 2015). Os graus de incapacidade física são divididos em: grau 0 (ausência de comprometimento sensitivo-motor); grau 1 (comprometimento sensitivo) e grau 2 (comprometimento motor e/ou presença de sequelas) (RODRIGUES; LOCKWOOD, 2011). Em um estudo desenvolvido na Região Nordeste, foi possível identificar que 70,49% dos sujeitos apresentaram algum grau de incapacidade física (Grau I: 44,26% e Grau II: 26,23%) (QUEIROZ et al., 2015).

Na necessidade de sexualidade e reprodução, foi alterada a definição operacional do indicador empírico: presença de doenças sexualmente transmissíveis (clareza: IC=75,7 e p=0,511; precisão: IC=64,9 e p=0,021), modificada pela inspeção de lesões características, tendo em vista que o indivíduo pode não saber que está com alguma doença e, por isso, não relata. Por essa razão, também se acrescentou a verificação do resultado de exames.

As doenças sexualmente transmissíveis podem aumentar o risco de infecção por HIV/Aids. Isso é demonstrado em um estudo desenvolvido em Fortaleza, que constatou que pessoas com lesões nos genitais apresentaram associação com o resultado reagente para o HIV/Aids (ARAÚJO et al., 2015). Ribeiro et al. (2016) demonstram que as mulheres são mais vulneráveis a infecções sexualmente transmissíveis, porque o uso consistente do preservativo está associado ao tipo de relacionamento, o qual é abandonado em laços mais estáveis e, quando o método se mantém, geralmente está associado ao controle da reprodução, principalmente quando as mulheres não se adaptam a outros métodos contraceptivos.

Na necessidade de segurança física e do meio ambiente, foram alteradas as definições operacionais dos indicadores empíricos: água tratada (clareza: IC=70,3 e p=0,139), inserindo-se os termos filtrada, fervida ou clorada, tendo em vista a impossibilidade de mensurar a água livre de impurezas; destino do lixo (precisão: IC=78,4 e p=0,805), foi acrescentado o destino do lixo fora de casa, que pode ser queimado, transportado para aterro sanitário, entre outros; e hábito de higienizar os alimentos (precisão: IC=78,4 e p=0,805), substituída a propagação de infecção por contaminação dos alimentos.

O contexto ambiental é determinante para que se instalem algumas doenças, como por exemplo, a leptospirose, que é transmitida pelo contato com urina de animais infectados estando presente água, lama ou em solo contaminado por bactérias, e associada a fatores ambientais como enchentes, que favorecem o contato de humanos com as excretas dos reservatórios (PELISSARI et al., 2011). A ocorrência de hepatite A é mais frequente em ambientes com más condições sanitárias e transmitida pelos alimentos e pela água (PINHEIRO et al., 2015).

Na necessidade de integridade física, foi alterada a definição operacional do indicador empírico exantema (clareza: IC=78,4 e p=0,805), devido à necessidade de especificar a coloração da erupção cutânea. As erupções cutâneas podem aparecer sob a forma clínica de máculas, pápulas, vesículas, pústulas e petequias. Grande parte delas é de etiologia viral e apresenta-se em indivíduos com sarampo, parotidite infecciosa ou rubéola (CUEVAS et al., 2015; VERONESI; FOCACCIA, 2010), e em casos de febre chikungunya e dengue.

Em estudo realizado no Peru sobre as manifestações mucocutâneas presentes na febre chikungunya, constatou-se que 77% dos casos apresentaram erupções cutâneas durante a primeira semana de adoecimento, que eram distribuídas de forma generalizada no corpo, consistindo em máculas e pápulas (CASTILLO-CABRERA, 2015). Na dengue também é possível constatar a erupção cutânea, que aparece entre dois e cinco dias após o início da febre, com característica macular ou maculopapular (DIAS et al., 2010).

Na necessidade de regulação vascular, foi alterada a definição operacional do indicador empírico prova do laço negativa (clareza: IC=78,4 e p=0,805), de maneira a melhorar a redação da sequência dos passos para a execução da técnica. A prova do laço tem como objetivo avaliar a fragilidade capilar, estimando a tendência a hemorragia. Deve ser realizada em indivíduos com suspeita de dengue e que não apresentem sangramento espontâneo. Só é repetida no acompanhamento clínico se previamente negativa (BRASIL, 2016c). Em estudo desenvolvido com indivíduos com dengue, 22,7% dos casos apresentaram

plaquetopenia e 20% sangramentos. Esses sinais de alarme determinados por meio de exames laboratoriais comumente anunciam a perda plasmática e a iminência de choque, o que indica mau prognóstico (NASCIMENTO et al., 2015).

Na necessidade de sensopercepção, foram alteradas as definições operacionais dos indicadores empíricos: fatores que aumentam a dor (clareza: $IC=78,4$ e $p=0,805$), complementada com fatores que intensificam a dor; e apresenta expressões corporais relacionadas à dor (precisão: $IC=78,4$ e $p=0,805$), acrescentadas expressões faciais de sobrancelhas franzidas, expressão de choro e expressão corporal de proteção da área dolorida.

A experiência dolorosa é influenciada por inúmeros fatores e deve ser avaliada quanto à localização, à duração, à periodicidade, à evolução e à resposta aos fatores externos que atuam como agravantes ou atenuantes. Toda dor deve ser considerada e ter validade pelo relato. Nos casos em que não há relatos verbais para expressá-la, o enfermeiro deve se esforçar para detectar possíveis indícios reveladores de experiência dolorosa (ARAUJO; ROMERO, 2015).

Na herpes-zóster, mesmo depois da cicatrização cutânea, a dor pode persistir por meses e até anos. Essa doença é subdividida em fase aguda, quando a dor se instala dentro de trinta dias após o início das erupções cutâneas; fase subaguda, quando a dor persiste além da fase aguda, mas cessa até o estabelecimento do diagnóstico de neuralgia; e neuralgia pós-herpética, quando a dor persiste por 120 dias ou mais depois do exantema (PORTELLA; SOUZA; GOMES, 2013). Em um estudo de caso de um indivíduo diagnosticado com herpes-zóster, verificou-se retardado no diagnóstico do quadro clínico, o que causou um impacto negativo no tratamento da neuralgia. A dor tinha caráter crônico, caracterizado por hiperalgesia e alodinia (PORTELLA et al., 2012).

Na necessidade de terapêutica e prevenção, foram alteradas as definições operacionais dos indicadores empíricos: cartão de vacina atualizado (clareza: $IC=73,0$ e $p=0,285$) e substituído o termo imunidade por imunização, pois ter sido vacinado não comprova imunidade, que só é comprovada por testes sorológicos; e efeitos colaterais (clareza: $IC=78,4$ e $p=0,805$), foi acrescentada a inspeção de efeitos previsíveis.

No Brasil, a imunização é utilizada para prevenção de doenças transmissíveis há mais de dois séculos e representa medidas mais custo-efetivas na prevenção, o que contribui para reduzir a morbimortalidade (TEIXEIRA; DOMINGUES, 2013). A comprovação da vacinação é conferida por meio do cartão de vacina. Em um estudo desenvolvido com enfermeiros da Atenção Primária, verificou-se que uma das ações mais realizadas em relação ao controle das

doenças imunopreveníveis foi a atualização do cartão de vacinação, além do encaminhamento à sala de vacinação (TAVARES; TOCANTINS, 2015).

A introdução dos antirretrovirais promoveu melhora na qualidade de vida dos indivíduos que vivem com HIV/Aids, no entanto, ela pode causar efeitos tóxicos. Como foi verificado em um estudo desenvolvido na China, que demonstrou efeitos colaterais relacionados negativamente à adesão antirretroviral (ZANG et al., 2016).

Um dos efeitos colaterais mais comuns é a pancreatite, presente em até 40% dos indivíduos que vivem com HIV/Aids. Para comprovar esse achado, foi desenvolvida uma revisão sistemática por Oliveira et al. (2014), que demonstraram que drogas como a zidovudina, efavirenz e os inibidores de protease são suspeitos de causar pancreatite secundária. Também se observou que os análogos nucleotídeos da transcriptase reversa têm largo espectro de efeitos colaterais, entre eles, a mielotoxicidade e a pancreatite aguda. A didanosina, a zalcitabina e a estavudina já foram reportadas como produtoras de pancreatite crônica e aguda, com risco elevado com dose cumulativa.

Na necessidade de autoestima, autoconfiança e autorrespeito, foi alterada a definição operacional do indicador empírico atitudes relacionadas ao próprio corpo (precisão: $IC=75,7$ e $p=0,511$) e acrescentada a inspeção, pois só o relato verbal poderá encontrar viés de informação, já que pessoas com estas características não verbalizam tais atitudes por não identificarem como problema. Em indivíduos que vivem com hanseníase, o tratamento tardio pode levar ao comprometimento físico, por meio de deformidades e incapacidades visíveis nas mãos e nos pés em forma de garras rígidas ou móveis, associados ao ressecamento de pele, hipotrofias, úlcera e reabsorção óssea. Eses fatores implicarão em um conflito emocional e social, proveniente do medo, do preconceito e do estigma (LIMA et al., 2010).

Outro estudo desenvolvido com pessoas diagnosticadas com leishmaniose tegumentar demonstrou que as localizações mais frequentes das lesões foram: membros inferiores (34%), face (25,5%), e membros superiores (19,1%), que são áreas expostas (MURBACK et al., 2011). Assim, conviver com uma ferida pode gerar uma série de problemas para a vida dos indivíduos, dentre eles, o isolamento social e as alterações emocionais, como o constrangimento e a vergonha, tendo em vista que a integralidade da pele está diretamente relacionada à autoestima e à autoimagem (SEHNEM et al., 2015).

Na necessidade de religiosidade e espiritualidade, foi alterada a definição operacional do indicador empírico religião (precisão: $IC=78,4$ e $p=0,805$), restrita à necessidade de pertencer a uma entidade religiosa. A relação entre religiosidade e indivíduos diagnosticados

com doenças sem possibilidade de cura configura-se importante, porquanto requer a agregação de diferentes parâmetros culturais, conceitos morais e ideais específicas que atribuem sentido à existência humana (SILVA; PASSOS; SOUZA, 2015). O estudo de Vance et al. (2011) demonstrou que pessoas diagnosticadas com HIV/Aids relataram ter crescido espiritualmente depois do diagnóstico, que foi um catalisador para o crescimento e a maturidade.

Com base nos dados apresentados, verificou-se a importância de analisar os critérios de relevância, de clareza e de precisão dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas presentes no histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. Para comprovar a consistência interna dos indicadores empíricos, segundo os critérios ora mencionados, foi verificado o coeficiente de fidedignidade por meio do *Alfa de Cronbach*, conforme demonstra a Tabela 3.

Tabela 3 - Análise da fidedignidade dos indicadores empíricos. João Pessoa – PB, 2016.

Critérios	Nº de indicadores empíricos	Alfa de Cronbach	Intervalo a 95%
Relevância	258	0,986	0,979 a 0,992
	244	0,986	0,979 a 0,992
Clareza	244	0,967	0,951 a 0,981
Precisão	244	0,979	0,968 a 0,987

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

De acordo com a medida de fidedignidade apresentada na Tabela 3, pode-se verificar que todos os valores estão acima de 0,9, o que mostra excelente consistência interna dos indicadores empíricos. Com estes valores de fidedignidade, tem-se uma confiança maior na construção final do histórico de enfermagem. O intervalo a 95% de confiança para o *Alfa de Cronbach* confirma, de forma populacional, que os valores da fidedignidade estão todos acima de 0,9.

No tocante ao número de indicadores empíricos, quanto ao critério de relevância, observou-se que a quantidade de itens alterada foi pequena ($258-244=14$), portanto, não suficiente para alterar a medida de fidedignidade.

Considera-se uma contribuição significativa dos enfermeiros especialistas na análise de conteúdo, embora, o estudo de Beckstead (2009) aponte como ineficaz este tipo de análise. Ademais, por considerar que a análise de conteúdo não deve ser o único parâmetro de avaliação dos indicadores empíricos, foi realizada sua validação clínica, descrita no capítulo seguinte.

***CAPÍTULO 2 - Validação clínica com
indivíduos hospitalizados***

2.1 Considerações metodológicas

A validação clínica compreende a confirmação, no ambiente clínico, dos indicadores empíricos do histórico de enfermagem em questão, avaliados pelos especialistas. Para a sua realização, é necessária a anamnese, para a coleta de dados de natureza emocional, social e espiritual; e o exame físico, para os dados de natureza fisiológica (FEHRING, 1987; HOSKINS, 1989; LOPES; SILVA; ARAUJO, 2013).

Tendo em vista a inexistência de referenciais metodológicos pertinentes à validação do histórico de enfermagem, objeto desta análise, adotaram-se critérios específicos à seleção dos indivíduos hospitalizados para determinar a amostra e proceder ao tratamento estatístico dos dados.

A literatura, a exemplo do estudo desenvolvido por Oliveira C. et al. (2013), aponta a dificuldade de selecionar as amostras populacionais nos estudos de validação clínica, evidenciando que não há uma padronização para o cálculo amostral da população-alvo. Esse fato é comprovado em pesquisa, cujo objetivo era de avaliar os indicadores e suas definições para o resultado de enfermagem 'Estado da deglutição'. Assim, foi considerada a quantidade de cinco a 20 participantes para cada indicador, estabelecendo-se o mínimo de oito indivíduos para cada um dos indicadores. Como existiam dez indicadores, foram examinados 81 indivíduos (OLIVEIRA et al., 2015).

Do mesmo modo, outro estudo, com o objetivo de fazer a validação clínica dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem 'Risco de aspiração em indivíduos com acidente vascular cerebral', a amostragem foi selecionada por conveniência, com 24 indivíduos no período de três meses de coleta dos dados (CAVALCANTE et al., 2013).

No tocante ao tratamento estatístico dos dados, falta uniformidade nas análises empregadas. No modelo de Lopes, Silva e Araújo (2013), observa-se a acurácia dos testes diagnósticos por meio da sensibilidade, especificidade, valores preditivos, curvas ROC e as razões de verossimilhança. No modelo de Hoskins (1989), é desenvolvida a análise de concordância de *Kappa*, que mensura o grau de concordância interobservador, quando realizada por dois enfermeiros diagnosticadores. Além disso, outros estudos, como demonstra uma revisão da literatura, utilizam testes não paramétricos, como teste T pareado, prova de *Kruskal-Wallis*, prova de *Mann-Whitney*, prova de *Wilcoxon*, teste do Quiquadrado e teste exato de *Fisher* (OLIVEIRA, A. et al., 2013).

2.1.1 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida com indivíduos hospitalizados nas unidades de internação de doenças infectocontagiosas do HULW e do HUAC. Essas unidades foram escolhidas por serem hospitais-escolas de referência na Paraíba para o tratamento de doenças infectocontagiosas.

A Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias do HULW conta, atualmente, com 22 leitos, distribuídos em onze enfermarias, as quais estão distribuídas por tipo de doença e sexo, considerando, prioritariamente, as doenças de acordo com a transmissibilidade do agente etiológico. Admite de recém-nascidos a idosos. Os principais motivos de internação são decorrentes de problemas como dengue, chikungunya, varicela/herpes-zóster, meningites, leishmaniose tegumentar e visceral, hepatites virais, acidentes ofídicos e escorpiônicos.

Na clínica de infectologia do HUAC existem 14 leitos, distribuídos em oito enfermarias, que são divididas por sexo e enfermidade, conforme a transmissibilidade e a patogenicidade do agente etiológico. Admite pessoas com idade acima de 18 anos. Os principais motivos de internação decorrem de problemas como meningites, tuberculose hanseníase e HIV/Aids.

2.1.2 População e amostra

Foram incluídos os indivíduos hospitalizados no período da coleta dos dados, compreendido entre os meses de fevereiro a abril de 2016, e excluídos os menores de dezoito anos e os indivíduos hospitalizados nas unidades de internação que não apresentavam doenças infectocontagiosas, como por exemplo, acidentes ofídicos e acidentes escorpiônicos.

Dada a problemática ora exposta relativa ao cálculo amostral, a população foi delimitada com base em um levantamento das admissões nas unidades de internação *lócus* da pesquisa. Assim, foi definida a média de internação nos meses de fevereiro a abril de 2014 e 2015. Obteve-se o total de 104 indivíduos hospitalizados no HULW e no HUAC. O tamanho da amostra foi determinado a partir da expressão que determina uma amostra aleatória (BOLFARINE; BUSSAB, 2005; LOHR, 2010):

$$n = \frac{\frac{z^2 PQ}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{z^2 PQ}{d^2} - 1 \right)}$$

Em que:

n = tamanho da amostra

z = percentil 95 da distribuição normal

P = proporção populacional

$Q= 1-P$

d = erro

N =população

Considerando a população finita, confiança de 95% e erro amostral de 7,5%, utilizou-se um programa em linguagem R (*Software R*) para fazer o cálculo que, depois de executado, obteve-se a amostra $n = 65$.

2.1.3 Coleta de dados

Para a coleta dos dados, os indivíduos hospitalizados foram informados dos objetivos do estudo, dos riscos e dos benefícios, de que não eram obrigados a participar, do sigilo e do armazenamento dos dados fornecidos. Posteriormente, foi solicitado a assinatura ou a impressão dactiloscópica no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E).

Os dados foram coletados por meio de um instrumento (APÊNDICE F) que continha quatro partes. A primeira apresentava dados de caracterização; a segunda, os sinais vitais e os dados antropométricos; a terceira foi composta pelos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas, avaliados com base nas técnicas de anamnese e de exame físico e julgados quanto à presença ou à ausência; e a quarta parte, apresentava todos os indicadores empíricos com suas respectivas definições operacionais, resultantes da análise de conteúdo por especialistas.

Conforme já mencionado, os dados foram coletados entre os meses de fevereiro e abril de 2016, em uma dimensão temporal de no mínimo 25 e no máximo 125 minutos, com média 56,43 ($\pm 23,15$). Quanto à diferença de dias entre a admissão e a aplicação do instrumento de coleta de dados, obteve-se o mínimo de 0, o que equivale à aplicação do instrumento no dia da admissão, e o máximo de 36 dias, com média 3,9 ($\pm 5,67$).

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e contou com o auxílio de colaboradores selecionados no Grupo de Estudos e Pesquisas em Tratamento de Feridas. Antes de aplicar o instrumento de coleta dos dados, os colaboradores participaram de um treinamento, em que foram abordados aspectos como anamnese e exame físico da população

estudada, pautando-se nas definições operacionais dos indicadores empíricos presentes no histórico de enfermagem.

2.1.4 Análise dos dados

Os dados coletados foram consolidados em uma planilha do aplicativo *Microsoft Excel* e analisados com o apoio do pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20. Os dados de caracterização sociodemográfica e clínica foram analisados por meio de estatística descritiva, incluindo-se o cálculo de frequências absolutas, percentuais, e medidas de tendência central e de dispersão.

As queixas apresentadas pelos indivíduos hospitalizados, no momento da admissão, foram relacionadas aos sinais e sintomas que corroboraram o diagnóstico médico. Foi construído um banco de dados para os diagnósticos médicos mais frequentes e codificada a presença ou a ausência das queixas e dos sinais e sintomas, de acordo com a literatura de referência na área (BRASIL, 2006, 2010a, 2014; VERONESI; FOCACCIA, 2010). Em seguida, foi realizado o teste não paramétrico de *McNemar* para duas amostras relacionadas, considerando-se: a) se o valor *p* for abaixo de 0,05, existe diferença significativa entre os dados encontrados na pesquisa e na literatura e b) se o valor *p* for acima de 0,05, não existe diferença significativa entre os dados encontrados na pesquisa e na literatura.

Foram identificadas as associações que envolviam as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, dos indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas e delas com os diagnósticos médicos mais frequentes. Para isso, foram elaborados os índices das necessidades, a fim de demonstrar a intensidade de comprometimento manifestada por cada uma delas nos sujeitos do estudo. Os índices das necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais foram estabelecidos por meio da média percentual dos subgrupos das necessidades correspondentes³. O valor percentual de cada subgrupo foi obtido com a codificação e a soma dos indicadores empíricos cuja presença ou ausência fosse considerada como negativa para o estado de saúde do indivíduo.

³ Os subgrupos correspondentes às necessidades psicobiológicas são: oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, atividade física, sexualidade e reprodução, segurança física e do meio ambiente, cuidado corporal, integridade física, regulação vascular, regulação térmica, regulação neurológica, sensopercepção, terapêutica e prevenção; para as necessidades psicossociais: comunicação, gregária, segurança emocional, autoestima, autoconfiança e autorrespeito, educação para a saúde e aprendizagem; e para as necessidades psicoespirituais: religiosidade e espiritualidade, conforme classificação estabelecida por Garcia e Cubas (2012).

Estabeleceu-se, então, a classificação das necessidades humanas básicas dos participantes do estudo, de acordo com o seu nível de comprometimento. Os valores obtidos no cálculo dos índices foram divididos em partes iguais, considerando os seus respectivos quartis. Assim, o indivíduo classificado como A apresentou pouco comprometimento das necessidades; B, comprometimento intermediário das necessidades; e C, comprometimento elevado das necessidades.

Feita a classificação, aplicou-se a técnica de estatística multivariada ‘Análise de correspondência múltipla’, que se representa um conjunto de dados por meio de um mapa perceptual. Na interpretação das associações entre os conjuntos, tem-se que, quanto maior a proximidade entre as variáveis, maior a associação (HAIR et al., 2006). Para selecionar a dimensão de análise, foram considerados o percentual de inércia de cada dimensão e o peso de cada variável na respectiva dimensão.

Por fim, foi avaliada a presença dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas e calculados as frequências absolutas, os percentuais e os intervalos de confiança a 95%. Este último foi utilizado para estimar a precisão estatística do resultado. Essa análise respaldou os ajustes e a apresentação final do histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas.

2.1.5 Aspectos éticos

A pesquisa foi conduzida de acordo com a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aborda as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012), e na Resolução COFEN nº 311/2007 (COFEN, 2007), que reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. A coleta dos dados do estudo começou depois da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, designado via Plataforma Brasil, segundo parecer nº 1.015.985 e CAAE: 43249115.7.0000.5183 (ANEXO B).

2.2 Resultados e discussão

2.2.1 Caracterização sociodemográfica e clínica dos indivíduos hospitalizados

A Tabela 4 apresenta a caracterização sociodemográfica dos 65 indivíduos hospitalizados participantes da pesquisa.

Tabela 4- Dados sociodemográficos dos indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. João Pessoa- PB, 2016.

Variáveis	n	%
1. Sexo		
Masculino	35	53,8
Feminino	30	46,2
2. Idade		
21 a 29	13	20,0
30 a 39	15	23,0
40 a 49	17	26,2
50 a 59	6	9,2
60 a 69	8	12,3
70 a79	4	6,2
80 a 86	2	3,1
3. Estado civil		
Solteiro (a)	27	41,5
Casado (a)	25	38,5
União estável	9	13,8
Divorciado (a)	2	3,1
Viúvo (a)	2	3,1
4. Profissão/ocupação		
Do lar	14	21,8
Agricultor (a)	13	20,0
Aposentado (a)	9	13,8
Autônomo (a)	9	13,8
Estudante	7	10,8
Vendedor (a)	3	4,6
Professor (a)	2	3,1
Desempregado (a)	2	3,1
Vigilante	1	1,5
Costureiro (a)	1	1,5
Pintor (a)	1	1,5
Pedreiro	1	1,5
Taxista	1	1,5
Advogado (a)	1	1,5
5. Hospital		
HULW	35	53,8
HUAC	30	46,2
6. Local de procedência		
Interior da Paraíba	33	50,7
João Pessoa	20	30,8
Campina Grande	8	12,3
Cidade de outro estado	4	6,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

De acordo com a Tabela 4, a maioria dos indivíduos - 35 (53,8%) - era do sexo masculino. Esse dado também é encontrado em um estudo desenvolvido com indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas, cuja maioria (84,22%) era composta de homens (SOUZA NETO et al., 2015). Uma pesquisa sobre relação de gênero e saúde, desenvolvida por Costa-Júnior e Maia (2009), demonstra que os valores da cultura masculina refletem entre os homens mais noção de invulnerabilidade, que os leva a emitirem comportamentos de risco e poucas práticas preventivas de cuidado com a saúde, o que pode desencadear altos índices de hospitalização.

No que diz respeito à idade, constatou-se que 21 e 86 anos foram, respectivamente, a idade mínima e máxima, com média de 44,5 ($\pm 16,42$) anos. Há, ainda, uma alta representatividade de indivíduos com idades entre 21 e 49 anos. Em uma pesquisa desenvolvida com 205 indivíduos acometidos por HIV/Aids, constatou-se uma grande expressão de indivíduos com essa mesma faixa etária, o que correspondeu a 80,5% do total (FERREIRA; OLIVEIRA; PENIAGO, 2012). Outro estudo desenvolvido com indivíduos com hepatite B e C apresentou a média de idade dos participantes de 43 anos (TESTON; SILVA; MARCON, 2013).

No tocante ao estado civil, 27 (41,5%) dos participantes do estudo eram solteiros e 25 (38,5%) casados. Estudo desenvolvido com indivíduos com retardo no diagnóstico de tuberculose apontou a influência do estado civil para os cuidados em saúde, pois os indivíduos solteiros demoram mais para procurar assistência em saúde, e os casados ou com companheiras têm maior prevalência de consultas médicas (TRIGUEIRO et al., 2014).

Esses achados legitimam que a rede de apoio social favorece o enfrentamento das doenças, a qual pode derivar de cônjuges, familiares, de relacionamento com amigos, colegas de trabalho e outros grupos sociais. Ressalta-se que as relações conjugais determinam benefícios mais significativos para o estado de saúde (WOODS; PRIEST; ROUSH, 2014).

Quanto à profissão ou à situação ocupacional, os dados mostraram que 14 (21,5%) desenvolviam atividade do lar, e 13 (20,0%) eram agricultores. O estudo de Souza Neto et al. (2015), desenvolvido com indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas, corrobora os dados apresentados e evidencia que 42,1% dos participantes desempenhavam atividades de agricultura. Outro estudo, que traçou o perfil de mulheres com HIV/Aids, aponta que a maioria das entrevistadas (61,7%) não mantinha vínculo empregatício ou trabalho informal, portanto, eram do lar (FELIX; CEOLIM, 2012).

A maioria dos indivíduos - 33 (50,8%) - residia nas seguintes cidades do interior da Paraíba: Bayeux, Santa Rita, Teixeira, Fagundes, Monteiro, Lagoa de Roça, Esperança, Guarabira, Mogeiro, Cuité, Catolé do Rocha, Sousa, Itabaiana, Pilões e Areia. O deslocamento de indivíduos para as cidades de Campina Grande ou João Pessoa deve-se à assistência de excelência prestada pelos hospitais universitários, que atendem à demanda de saúde da população. Some-se a isso o fato de que 35 (53,8%) dos participantes estavam hospitalizados no HULW e 30 (46,2%), no HUAC.

Em relação ao diagnóstico médico, constatou-se que 20 (30,8%) apresentavam o diagnóstico de HIV/Aids, oito (12,3%), de dengue, quatro (6,2%), chikungunya, quatro (6,2%), leptospirose, quatro (6,2%), meningite bacteriana aguda, três (4,6%), tuberculose pulmonar, três (4,6%), leishmaniose tegumentar, três (4,6%), síndrome exantemática febril, dois (3,1%), neurocisticercose, dois (3,1%), hanseníase, dois (3,1%), erisipela bolhosa, dois (3,1%), febre de origem desconhecida, um (1,5%), leishmaniose visceral, um (1,5%), encefalite viral, um (1,5%), herpes-zóster, um (1,5%), celulite facial, um (1,5%), eritema polimorfo, um (1,5%), parotidite epidêmica, um (1,5%), infecção no trato urinário e um (1,5%), pneumonia fúngica.

Observa-se um grande quantitativo de indivíduos hospitalizados com HIV/Aids. Isso se deve ao fato de o HUAC ser um hospital de referência em relação à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento dessa doença. Embora a procura seja, principalmente, nos serviços especializados, a indução ao acesso da Estratégia Saúde da Família como porta de entrada é um elemento importante para a prevenção e o manejo adequado das complicações e dos agravos, destacando-se o fortalecimento da integração entre os diferentes pontos de atenção à saúde que existem na rede de serviços (MEDEIROS et al., 2016).

O número de indivíduos diagnosticados com dengue também foi destacado. Acredita-se que isso tenha ocorrido devido ao fato de o período de realização da coleta dos dados ter sido chuvoso na Paraíba. Estudo desenvolvido no estado de Goiás demonstrou mais incidência de dengue na estação chuvosa, pois há um aumento da longevidade do *aedes aegypti*, em que há mais possibilidades de transmissão (SOUZA; SILVA; SILVA, 2010).

A Tabela 5 apresenta os diagnósticos médicos mais frequentes com as suas respectivas queixas no momento da admissão e sua associação com os sinais e os sintomas apresentados na literatura de referência na área de doenças infectocontagiosas (BRASIL, 2006, 2010a, 2014b; VERONESI; FOCACCIA, 2010).

Tabela 5- Distribuição das queixas na admissão de acordo com o diagnóstico médico e sua associação com os sinais e os sintomas apresentados na literatura. João Pessoa - PB, 2016.

Diagnósticos/ Queixas na admissão	n	%	P	Diagnósticos/ Queixas na admissão	n	%	P
HIV/Aids				Petéquias	1	0,8	
Febre	7	5,3		Chikungunya			
Tosse	6	4,5		Artralgia	3	2,3	
Diarreia	6	4,5		Febre	2	1,5	
Expectoração	5	3,8		Cefaleia	1	0,8	
Vômito	4	3,0		Vômito	1	0,8	0,219
Cefaleia	3	2,3		Edema	1	0,8	
Náuseas	3	2,3		Fadiga	1	0,8	
Disfagia	2	1,5		Astenia	1	0,8	
Hemoptise	1	0,8		Tontura	1	0,8	
Adenomegalia	1	0,8		Leptospirose			
Dispneia	1	0,8		Febre	4	3,0	
Odinofagia	1	0,8	0,210	Mialgia	4	3,0	
Paresia	1	0,8		Diarreia	2	1,5	
Disúria	1	0,8		Cefaleia	1	0,8	0,180
Distensão abdominal	1	0,8		Dor epigástrica	1	0,8	
Perda de peso	1	0,8		Icterícia	1	0,8	
Síncope	1	0,8		Meningite bacteriana aguda			
Edema	1	0,8		Cefaleia	4	3,0	
Lesões	1	0,8		Febre	3	2,3	
Sudorese noturna	1	0,8		Rigidez de nuca	3	2,3	
Dor epigástrica	1	0,8		Vômito	2	1,5	
Dor torácica	1	0,8		Convulsão	1	0,8	0,687
Astenia	1	0,8		Lombalgia	1	0,8	
Mialgia	1	0,8		Tontura	1	0,8	
Dengue				Fotofobia	1	0,8	
Febre	6	4,5		Tuberculose pulmonar			
Mialgia	3	2,3		Expectoração	3	2,3	
Artralgia	3	2,3		Dispneia	3	2,3	
Cefaleia	2	1,5		Tosse	2	1,5	0,375
Vomito	2	1,5	1,000	Febre	1	0,8	
Tremores	2	1,5		Leishmaniose tegumentar			
Tontura	2	1,5		Lesões	3	2,3	
Diarreia	1	0,8		Dor nas lesões	3	2,3	0,500
Edema	1	0,8		Prurido	1	0,8	
Astenia	1	0,8		Total	133	100,0	
Inapetência	1	0,8					

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

De acordo com a Tabela 5, as queixas manifestadas no momento da admissão pelos indivíduos hospitalizados e os sinais e os sintomas evidenciados pela literatura não apresentam diferença significativa, por apresentarem o valor p acima de 0,05, conforme os diagnósticos médicos: HIV/Aids ($p=0,210$), dengue ($p=1,000$), chikungunya ($p=0,219$), leptospirose ($p=0,180$), meningite ($p=0,687$), tuberculose ($p=0,375$), leishmaniose tegumentar ($p=0,500$). Desta maneira, infere-se que as queixas apresentadas pelos sujeitos deste estudo são semelhantes aos sinais e sintomas apontados pela literatura, de acordo com o diagnóstico médico.

Quanto aos indivíduos que vivem com HIV/Aids, observou-se como principais queixas: febre, tosse, diarreia, expectoração e vômito. Em estudo desenvolvido na Universidade da Califórnia, foram analisados os sinais e os sintomas em noventa indivíduos com diagnóstico de infecção aguda pelo HIV, destacando-se a presença de febre, mialgia, fadiga, cefaleia, sudorese noturna, faringite, distúrbios gastrointestinais, exantema cutâneo, perda de peso e artralgia (HOENIGL et al., 2016).

Outro estudo desenvolvido com indivíduos que viviam com HIV/Aids há mais de um ano demonstrou a falta de adesão aos medicamentos antirretrovirais devido à sintomatologia presente em 92,5% dos participantes. Os sinais e sintomas mais frequentes foram: perda de peso (em 86,4% dos indivíduos), diarreia (em 83,7%), febre (em 70,2%), anorexia (em 70,2%), astenia (em 51,3%), náuseas (em 32,4%), vômitos (em 32,4%) e erupções cutâneas (em 29,7%) (ALMEIDA et al., 2011).

No tocante à dengue, a queixa mais evidente no âmbito desse estudo foi a febre. O quadro clínico clássico desta doença caracteriza-se por uma duração máxima de 14 dias. Na pesquisa desenvolvida por Teixeira et al. (2010), observaram-se os seguintes sinais e sintomas: mialgia (98,3%), febre (97,5%), fraqueza (95,8%), prostração (94,1%), cefaleia (92,4%), artralgia (86,8%), dor retro-orbitária (73,7%), náusea (72,9%), exantema (54,2%), vômitos (53,4%), diarreia (37,3%) e adenopatia (18,6%).

Quanto à chikungunya, as principais queixas identificadas foram artralgia e febre. Castillo-Cabrera (2014) apontam como sinais clássicos da doença: febre, artralgia, lombalgia, cefaleia e exantema. Em um estudo realizado na Índia, com 150 indivíduos diagnosticados laboratorialmente com tal enfermidade, constatou-se que a febre estava presente em 96% dos casos; a artralgia, em 100%; e a erupção cutânea, em 68%. Em 14% dos indivíduos, a artralgia persistiu durante três a seis meses; em 32%, de seis a nove meses; em 22%, de nove a doze meses, e em 22%, durante mais de um ano. Aponta-se, também, que as áreas corporais mais afetadas eram o tornozelo e pequenas articulações das mãos (PAUL et al., 2011).

Embora os sintomas da chikungunya sejam semelhantes aos da dengue, destaca-se a artralgia simétrica (principalmente punhos, tornozelos e cotovelos), que, em geral, melhora depois de dez dias, mas pode durar meses após o quadro febril (DONALISIO; FEITAS, 2015). Devido a esse fato, a Organização Pan-americana de Saúde, a partir do desenvolvimento de pesquisas, descreveu a frequência dos sintomas em que as duas doenças foram comparadas, quais sejam: febre (70-100% chikungunya e 40-69% dengue); mialgia

(10-39% chikungunya e 40-69% dengue); artralgia (70-100% chikungunya e <10% dengue); erupção cutânea (40-69% chikungunya e 10-39% dengue) (PAHO, 2011).

As principais queixas identificadas na leptospirose foram febre e mialgia. Na fase inicial da doença, tem-se como sinais clínicos: febre alta, calafrios, cefaleia intensa, anorexia, diarreia, náusea, vômito, mal-estar e mialgia mais pronunciada na região da panturrilha. A fase crônica não é aparente e pode levar à insuficiência renal crônica, meningite ou uveíte (DAHER; ABREU; SILVA-JUNIOR, 2010). Em um estudo de caso de um indivíduo diagnosticado com leptospirose, evidenciaram-se queixas de cefaleia, febre, inapetência, dores articulares, dificuldade de deambular, devido a edema nos membros inferiores, e náuseas intensas (POLACHINI; FUJIMORI, 2015).

O retardado no tratamento da meningite bacteriana aguda está associado a riscos de complicações neurológicas. Assim, o estabelecimento do diagnóstico depende da capacidade dos serviços de saúde de avaliar acuradamente os sinais e os sintomas (NAMANI; MILENKOVIĆ; KOĆI, 2013). Essa dificuldade de estabelecer o diagnóstico foi evidenciada em um caso clínico no estado de São Paulo, em que o indivíduo apresentava, inicialmente, forte cefaleia e rigidez de nuca e foi diagnosticado, a princípio, com sinusite e cervicalgia. Depois que os sintomas se agravaram, e as náuseas e o vômito apareceram, suspeitou-se de meningite e se procedeu à coleta de líquor para comprovar o diagnóstico (NICHIATA et al., 2012).

Nesse estudo, aponta-se como principais queixas identificadas: cefaleia, febre e rigidez de nuca. Estudo de caso desenvolvido na Espanha com indivíduo diagnosticado com meningite bacteriana, constatou a presença de cefaleia, vômito, rigidez de nuca, febre e, posteriormente, diminuição do nível de consciência (CATERIANO et al., 2011).

As principais queixas apontadas nos indivíduos diagnosticados com tuberculose pulmonar foram: dispneia, expectoração e tosse. As manifestações clínicas da doença incluem febre, suores noturnos, perda de peso e tosse (OLIPHANT, 2015). Em um estudo desenvolvido com 1.148 sintomáticos respiratórios, dos quais 243 tiveram o diagnóstico de tuberculose pulmonar confirmado, observou-se a presença de dor torácica (68,3%), tosse (94,7%), expectoração (83,5%), hemoptise (23,9%), sudorese noturna (55,1%), febre (67,9%), dispneia (60,9%) e emagrecimento (68,7%) (CASTRO et al., 2011).

A leishmaniose tegumentar é categorizada como cutânea, cutâneo-difusa e mucosa. A forma cutânea apresenta lesão indolor, em geral, única, poucas vezes, múltipla, tem uma forma habitualmente arredondada ou ovoide, tamanho variável, base infiltrada e firme, bordas

bem delimitadas, elevadas e eritematosas e fundo granuloso e avermelhado. A forma cutâneo-difusa apresenta-se como úlceras múltiplas e pequenas, resultantes da disseminação hematogênica ou linfática, geralmente encontradas em indivíduos imunodeprimidos. Na forma mucosa, as queixas mais frequentes são: obstrução nasal, formação e eliminação de crostas pela mucosa nasal, epistaxe, ausência de dor, mas sensação de pequenas pontadas no nariz, acompanhadas de prurido, disfagia, odinofagia, rouquidão, dispneia e tosse (BRASIL, 2006).

Nesse estudo, as principais queixas levantadas foram lesões e dor nas lesões. Estudo realizado no Mato Grosso do Sul, com 47 indivíduos diagnosticados com leishmaniose tegumentar, constatou que a forma cutânea foi observada em 68,1% dos casos, a forma mucosa em 27,7% e a cutâneo-difusa em 4,3%. De acordo com o número de lesões, 61,7% dos indivíduos apresentaram lesão única, 34%, duas a cinco lesões, e 4,3%, mais de cinco lesões. Quanto ao local, 34% eram nos membros inferiores, 25,5%, na face, 19,1%, nos membros superiores, 19,1%, na mucosa nasal, 19,1%, na mucosa oral, 6,4%, no abdômen, 4,3%, no dorso, 2,1%, na orelha e 2,1%, no glúteo (MURBACK et al., 2011).

Os indivíduos diagnosticados com síndrome exantemática febril foram internados com as seguintes queixas: artralgia, mialgia, febre, fadiga, inapetência, exantema e constipação. Eles não foram associados à literatura, devido à abrangência das doenças exantemáticas. Essas manifestações cutâneas são comuns em várias infecções, por isso os resultados de exames laboratoriais são instrumentos importantes para definir o agente etiológico, assim como a história epidemiológica de contato com doentes e animais, o aspecto e a distribuição do exantema e os sinais e os sintomas que o acompanham (VERONESI; FOCACCIA, 2010).

Os outros diagnósticos médicos também não foram associados, por estarem presentes em um ou dois indivíduos, sendo um número insignificante para ser comparado com a literatura.

A Tabela 6 expressa as medidas de tendência central e dispersão dos sinais vitais evidenciados pelos indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas.

Tabela 6- Distribuição das medidas de tendência central e dispersão dos sinais vitais evidenciados pelos indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. João Pessoa – PB, 2016.

Sinais vitais	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio-padrão
Temperatura axilar	35,00	38,60	36,58	36,50	0,72
Frequência pulso	56,00	125,00	81,35	81,00	0,72
Frequência cardíaca	59,00	125,00	82,91	82,00	13,31
Pressão sistólica	90,00	140,00	113,85	110,00	13,31
Pressão diastólica	50,00	100,00	74,46	70,00	10,90
Frequência respiratória	12,00	28,00	19,71	20,00	2,87
Saturação de oxigênio	92,00	100,00	97,60	98,00	1,83

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Os sinais vitais refletem o estado de saúde e as funções circulatórias, respiratórias, neurais e endócrinas do organismo (TEIXEIRA et al., 2015). A temperatura normal varia entre indivíduos e entre os sítios corporais escolhidos para a aferição. A faixa considerada normal para adultos e idosos, no sítio axilar, varia entre 35,8 e 37°C (KAWAMOTO; FORTES, 2011; CRAVEN; HIRNLE, 2006).

Neste estudo, houve uma variação de 35 a 38,6°C, entretanto só 12 (18,5%) indivíduos apresentaram temperatura axilar acima de 37°C e quatro (6,2%), abaixo de 35,8°C. A febre é um importante mecanismo de defesa, cuja elevação intensifica a produção de leucócitos, reduz a concentração de ferro no plasma, suprime o crescimento bacteriano e estimula a produção de interferon, molécula de combate aos vírus (POTTER; PERRY, 2013). Em estudos realizados em que os indivíduos tinham o diagnóstico de HIV/Aids (ALMEIDA et al., 2011), dengue (TEIXEIRA et al., 2010), chikungunya (CASTILO-CABRERA, 2014), e tuberculose (CASTRO et al., 2011), a febre estava presente em mais de 65% dos casos estudados.

A frequência de pulso pode ser avaliada em qualquer local onde uma artéria esteja localizada próximo à superfície cutânea e possa ser comprimida contra uma estrutura firme subjacente. Os pulsos comumente analisados são o temporal, o carotídeo, o braquial, o radial, o femoral, o poplíteo, o pedioso e o tibial posterior. A frequência cardíaca é avaliada no quinto espaço intercostal esquerdo, na altura da linha hemiclavicular (CRAVEN; HIRNLE, 2006; POTTER; PERRY, 2013).

A frequência de pulso e a frequência cardíaca estão totalmente relacionadas, e a última pode ser mais elevada, devido ao fato de a verificação ser próxima ao coração. O parâmetro de normalidade em adultos e idosos compreende valores entre 60 e 100 batimentos por minutos (BARROS et al., 2015). A diminuição, geralmente, está relacionada a quadros de

hipotensão, diminuição de débito cardíaco, quadros de choque, entre outros (FELICE et al., 2011). O aumento pode ser decorrente de dor, hipovolemia, anemia, efeito de fármacos, ansiedade, entre outros (LORENTZ; VIANNA, 2011).

Nesta pesquisa, os valores mínimos obtidos foram de 56 e 59 batimentos por minuto, e máximos, de 125 batimentos por minuto, na frequência de pulso e na frequência cardíaca, respectivamente. Entretanto, apenas um (1,5%) e dois (3,0%) indivíduos apresentaram frequência de pulso e cardíaca abaixo de 60 batimentos por minuto, respectivamente; e três (4,6%) e sete (10,8%) indivíduos apresentaram frequência de pulso e cardíaca acima de 100 batimentos por minuto, respectivamente.

Na febre hemorrágica decorrente da dengue, um dos sinais de choque é o pulso rápido e filiforme (DIAS et al., 2010). No tétano acidental, a taquicardia apresenta-se como um sinal de prognóstico ruim da doença (SILVA, 2010).

No que concerne à pressão arterial, conforme as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, as medidas são satisfatórias quando a pressão arterial sistólica apresenta-se com valores abaixo de 130 mmHg, e a diastólica, com valores abaixo de 85 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

De acordo com os achados desse estudo, a pressão arterial sistólica mínima obtida foi de 90 mmHg e a máxima, de 140 mmHg. Quanto à diastólica, a mínima foi de 50 mmHg, e a máxima, de 100 mmHg. Ressalte-se que 13 (20%) dos indivíduos apresentaram a pressão arterial sistólica com valores iguais ou acima de 130 mmHg, e nove (13,8%), com pressão arterial diastólica igual ou acima de 85 mmHg. Isso pode estar relacionado ao fato de 20 (30,8%) deles apresentarem doenças crônicas, com destaque para a hipertensão.

Em algumas doenças infectocontagiosas, como a dengue hemorrágica, por exemplo, é importante acompanhar os valores pressóricos, porque um dos sinais de choque, antes de haver uma queda na pressão arterial sistólica, é a pressão arterial convergente, em que a diferença entre a pressão arterial sistólica e a diastólica será menor ou igual a 20 mmHg (BRASIL, 2016c).

Em um estudo que descreveu o perfil clínico-epidemiológico dos casos suspeitos de Dengue com hospitalização em Goiânia, os autores concluíram que 49 (8,0%) dos casos apresentaram hipotensão. Esse é um dos sinais de alarme, que, geralmente, anuncia a iminência de choque, o que indica evolução para gravidade (NASCIMENTO et al., 2015).

A frequência respiratória é determinada pelo movimento completo de inspiração e expiração. Assim, avalia-se o processo de ventilação (POTTER; PERRY, 2013). Apresenta

como parâmetro de normalidade os valores de 12 a 20 incursões respiratórias por minuto, para adultos e idosos (CRAVEN; HIRNLE, 2006; KAWAMOTO; FORTES, 2011). Os processos de difusão e perfusão são avaliados mensurando-se a saturação do oxigênio. Assim, depois do processo de difusão alveolar, o oxigênio se liga à hemoglobina nas hemácias. Esse percentual de ligação usualmente é de 95 a 100%. Valores abaixo de 90% devem ser considerados críticos (POTTER; PERRY, 2013).

A partir dos dados levantados, observou-se que a frequência respiratória mínima foi de 12 incursões respiratórias por minutos, e a máxima foi de 28 incursões respiratórias por minutos. Constatou-se também, que 15 (23,0%) deles apresentaram frequência respiratória acima de 20 incursões respiratórias por minutos. No tocante à saturação de oxigênio, observou-se uma mínima de 92%, e uma máxima de 100%. Nota-se que só dois (3,0%) sujeitos desse estudo apresentaram saturação de oxigênio abaixo de 95%.

A síndrome respiratória aguda grave causada pelo vírus da Influenza H1N1 apresenta como sinais de gravidade, a dispneia, associada ao aumento da frequência respiratória ou saturação de oxigênio menor do que 95% em ar ambiente (BRASIL, 2014c). Esse fato é evidenciado em um relato de caso de um indivíduo com essa síndrome, e apresentava frequência respiratória de 30 incursões respiratórias por minuto e saturação de oxigênio igual a 87% em ar ambiente e saturação de oxigênio compreendendo 94% com máscara de oxigênio a 5 l/min (RIBEIRO et al., 2010).

Quanto aos dados antropométricos, o Ministério da Saúde estabelece parâmetro para a análise de peso, altura e circunferência abdominal entre adultos e idosos. Considerando esse parâmetro, os adultos com idade ≥ 20 e < 60 anos são classificados, quanto ao índice de massa corpórea, em: $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ o que compreende baixo peso; $\geq 18,5$ e $< 25 \text{ kg/m}^2$ o que equivale a peso adequado; ≥ 25 e $< 30 \text{ kg/m}^2$ o que corresponde a sobre peso; e $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ similar a obesidade (BRASIL, 2011).

Quanto aos idosos (≥ 60 anos), devido ao decréscimo de estatura, ao acúmulo de tecido adiposo, à redução da massa corporal magra e à diminuição da quantidade de água no organismo (SOUZA et al., 2013), considera-se o índice de massa corpórea em: $\leq 22 \text{ kg/m}^2$ como baixo peso; > 22 e $< 27 \text{ kg/m}^2$ equivalente a peso adequado e $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ correspondente a sobre peso (BRASIL, 2011).

No âmbito deste estudo, 51 (78,5%) são adultos, dessa forma, quanto ao índice de massa corpórea, os resultados foram: cinco (7,7%) apresentam baixo peso; 28 (43%), peso adequado; dez (15,4%), sobre peso; e oito (12,3%), obesidade. Já 14 (21,5%) são idosos, dos

quais, três (4,6%) apresentam baixo peso; oito (12,3%), peso adequado; e três (4,6%), sobrepeso.

No tocante à circunferência abdominal, foi considerada adequada aquela < 94 cm, para homens, e < 80 cm, para mulheres; aumentada equivale a ≥ 94 e < 102 cm, para homens, e ≥ 80 e < 88 para mulheres; e muito aumentada, ≥ 102 cm, para homens, e ≥ 88 cm, para mulheres (WHO, 2000).

No contexto deste estudo, entre os homens, 29 (44,6%) tinham a circunferência abdominal adequada, dois (3,0%) aumentada e quatro (6,1%) muito aumentada. Já entre as mulheres, quatro (6,1%) apresentaram a circunferência abdominal adequada, três (4,6%) aumentada e 23 (35,4%) muito aumentada.

Estudo realizado com indivíduos com HIV/Aids, observou-se o índice de massa corpórea em dois momentos: antes e depois do início da terapia antirretroviral. Os homens foram mais propensos a progredir para o sobrepeso, e as mulheres tiveram mais probabilidade de evoluir para a obesidade (MAIA LEITE; MATTOS, 2010).

Outro estudo comparou o índice de massa corpórea entre indivíduos com o diagnóstico de HIV/Aids e os que apresentavam coinfecção tuberculose-HIV/Aids e constatou que 14 (63,6%) dos indivíduos com tuberculose-HIV/Aids apresentavam o índice de massa corpórea $< 18,5\text{kg/m}^2$, e 48 (68,6%) dos que tinham diagnóstico de HIV/Aids, evidenciaram o índice de massa corpórea $\geq 18,5$ e $< 25\text{ kg/m}^2$ (ALBUQUERQUE et al., 2009).

A mensuração da circunferência abdominal é relevante em indivíduos que fazem terapia antirretroviral, porque há uma predisposição ao acúmulo de gordura, denominado de lipo-hipertrofia (TSUDA et al., 2012). Esse fato foi observado em um estudo, em que foi constatado, por meio das medidas de circunferência abdominal, que 18,6% dos participantes tinham risco muito aumentado de desenvolver complicações metabólicas, com prevalência maior entre as mulheres (SILVA; MORI; GUIMARÃES, 2012).

A partir dos resultados apresentados, observa-se que é importante mensurar os sinais vitais e os parâmetros antropométricos como indicadores clínicos do estado de saúde dos indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. Assim, espera-se a utilização de técnicas tradicionais para a sua obtenção, tendo em vista que, muitas vezes, elas são negligenciadas, devido à existência de recursos tecnológicos.

2.2.2 Associação entre as necessidades humanas básicas e delas com o diagnóstico médico

A classificação das necessidades humanas básicas e suas associações foram embasadas a partir do estabelecimento dos índices, que foram construídos utilizando-se o cálculo dos percentuais de ocorrência, a fim de demonstrar a intensidade de comprometimento manifestada das necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais nos participantes do estudo.

Na Tabela 7, são observadas as medidas de tendência central e a dispersão dos índices das necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

Tabela 7 - Medidas de tendência central e dispersão dos índices das necessidades humanas básicas em indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. João Pessoa – PB, 2016.

Necessidades humanas básicas	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio-padrão
Necessidades psicobiológicas	2,24	36,26	16,93	16,35	6,59
Necessidades psicossociais	1,33	60,67	24,42	22,67	12,04
Necessidades psicoespirituais	0,00	100,00	45,64	66,67	28,60

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A Tabela 7 expressa o nível de comprometimento dos sujeitos do estudo, no que se refere às necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Portanto, verificou-se que as necessidades psicoespirituais foram manifestadas de maneira mais intensa. Esse fato pode estar relacionado à pouca quantidade de indicadores empíricos presentes na necessidade em questão, superestimando os valores dos índices, quando comparados com as necessidades psicobiológicas e psicossociais.

A partir do estabelecimento dos valores dos índices, eles foram divididos em partes iguais, por meio da apresentação em quartis, conforme já mencionado. Assim, foi possível construir classificações para os participantes do estudo de acordo com o nível de comprometimento de cada necessidade, como demonstra a Figura 1.

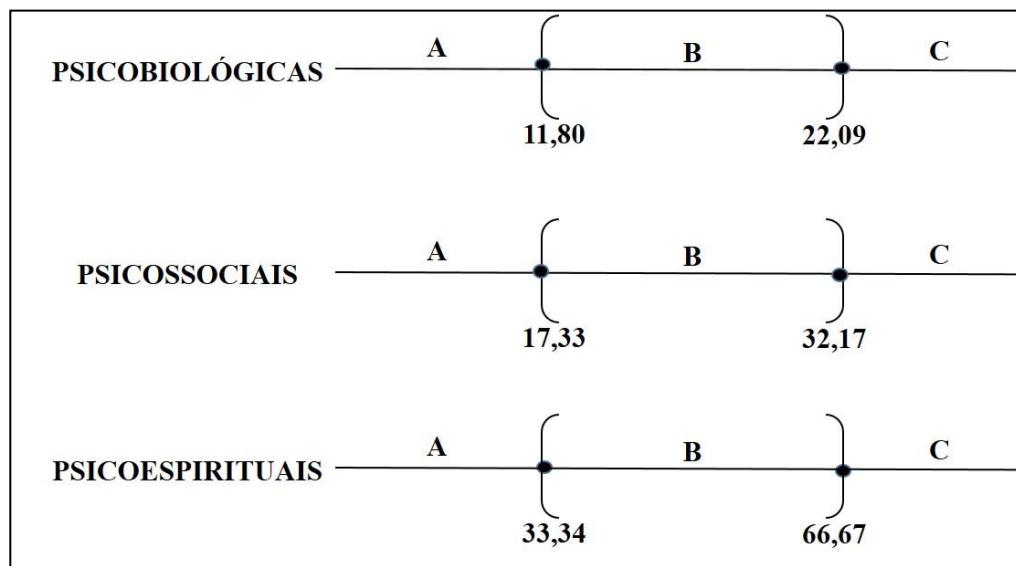


Figura 1- Classificação das necessidades humanas básicas em indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. João Pessoa- PB, 2016.

Nas necessidades psicobiológicas, obteve-se que 25% dos indivíduos apresentaram o índice menor que 11,80, classificados em A; 50% expressaram o índice de 11,80 a 22,09, classificados em B; e 25%, índice acima de 22,09, classificados em C.

Nas necessidades psicossociais, constatou-se que 25% dos indivíduos tinham o índice menor que 17,33, classificados em A; 50%, índice de 17,33 a 32,17, classificados em B; e 25%, índice acima de 32,17, classificados em C.

Quanto às necessidades psicoespirituais, o estudo revelou que 25% dos indivíduos expressaram o índice menor que 33,34, classificados em A; 50%, índice de 33,34 a 66,67, classificados em B; e 25%, índice acima de 66,67, classificados em C.

Convém salientar, que o indivíduo classificado como A apresentou pouco comprometimento das necessidades; B, comprometimento intermediário das necessidades; e C, comprometimento elevado das necessidades.

A construção dessas classificações permitiu a análise de correspondência múltipla entre as necessidades psicobiológicas, as psicossociais e as psicoespirituais dos participantes do estudo e delas com os diagnósticos médicos mais frequentes, conforme disposto na Figura 2.

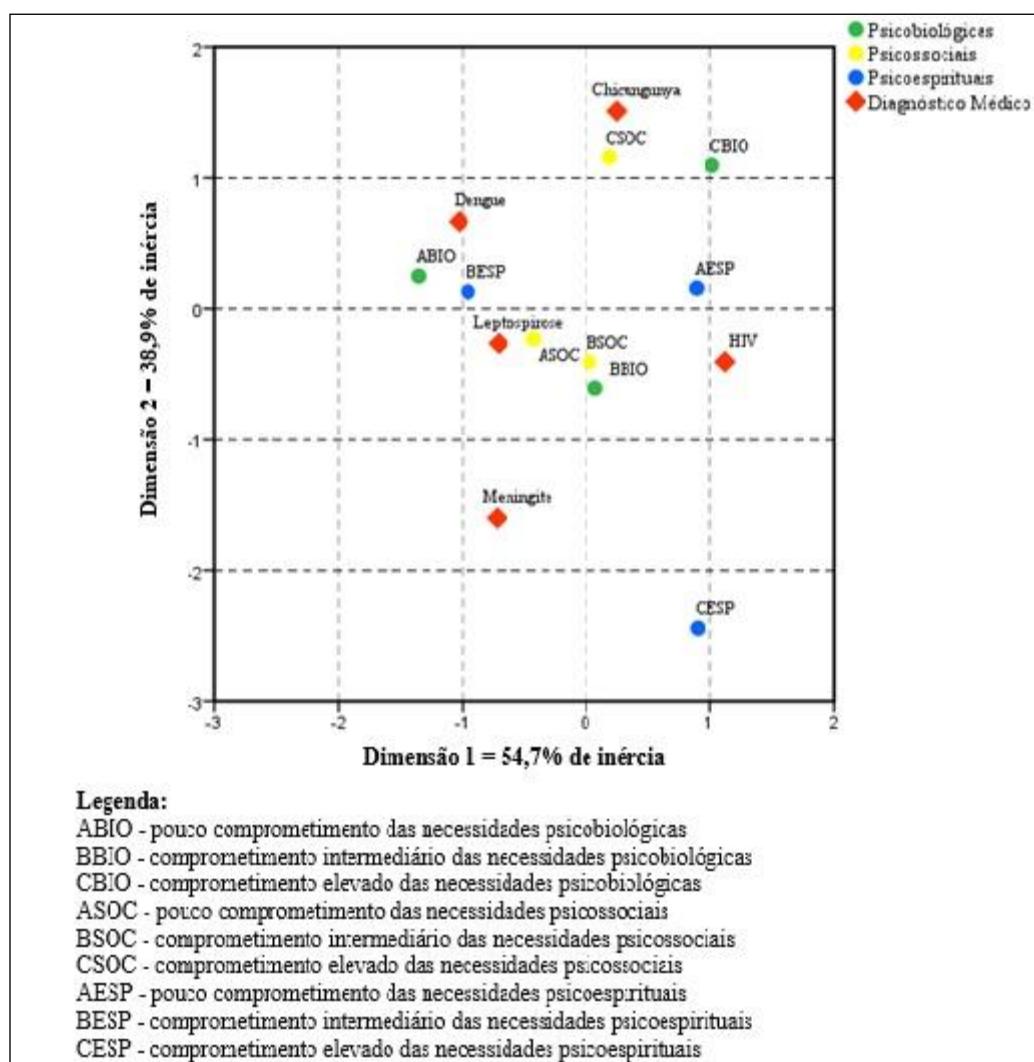


Figura 2- Associação entre as classificações das necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais e delas com os diagnósticos médicos mais frequentes. João Pessoa- PB, 2016.

Para a análise, foram consideradas as associações obtidas na Dimensão 1, devido à inércia de 54,7% e ao peso de cada variável nessa dimensão, destacando-se: necessidades psicobiológicas (Dimensão 1 = 0,694; Dimensão 2 = 0,476), necessidades psicossociais (Dimensão 1 = 0,046; Dimensão 2 = 0,450), necessidades psicoespirituais (Dimensão 1 = 0,861; Dimensão 2 = 0,279) e diagnóstico médico (Dimensão 1 = 0,580; Dimensão 2 = 0,340).

No mapa perceptual apresentado na Figura 2, há cinco associações, quais sejam: a associação um (CBIO, AESP e HIV); a associação dois (ABIO, BESP e dengue); a associação três (BSOC e BBIO); a associação quatro (CSOC e chikungunya); e a associação cinco (ASOC e leptospirose).

Na associação um, os indivíduos diagnosticados com HIV/Aids apresentavam comprometimento elevado das necessidades psicobiológicas e pouco comprometimento das psicoespirituais. Infere-se que os indivíduos com uma doença crônica e as funções fisiológicas comprometidas utilizam como estratégia de enfrentamento uma melhor disposição para o bem-estar espiritual.

Cumpre assinalar que as necessidades espirituais estão diretamente relacionadas às necessidades biológicas, porquanto integram aspectos cognitivos, experienciais e comportamentais, que podem incluir sentimentos de esperança, conforto e paz interior. Entretanto, sua expressão e intensidade não se processam de igual forma na pessoa saudável e na doente (CASTELO-BRANCO; BRITO; FERNANDES-SOUZA, 2014).

Corroborando os dados desta pesquisa, estudo desenvolvido com indivíduos diagnosticados com HIV/Aids que apresentavam comorbidades clínicas, apontou como recurso de enfrentamento, a maior prevalência de prática religiosa e religiosidade. A prática religiosa foi considerada como o ato de rezar ou de frequentar a missa, o culto ou a sessão religiosa, e religiosidade, como o ato de ter e praticar religião (SILVA; PASSOS; SOUZA, 2015).

Outro estudo, desenvolvido com mulheres afro-americanas com HIV-positivo, no sudeste dos Estados Unidos, demonstrou que a melhoria da saúde era atribuída à integração de sua espiritualidade com o uso de medicamentos. As expressões mais comuns da manifestação de espiritualidade foram oração, frequentar a igreja, ajudar os outros, fazer leitura espiritual e demonstrar gratidão a Deus pela vida (DALMIDA et al., 2012).

No entanto, estudo de Espírito Santo, Gomes e Oliveira (2013) apontou que muitos participantes abandonaram a terapia antirretroviral ou tiveram dificuldade de aderir a ela, pelo fato de não haver expectativa de cura no plano humano e associaram a cura a uma possível crença espiritual ou divina. Assim, a religiosidade e/ou a espiritualidade podem resultar em efeitos positivos ou negativos para a saúde.

Além dos aspectos apontados, sabe-se que a espiritualidade dá um sentido à vida do indivíduo soropositivo, diante do sentimento de falta de esperança e de proximidade da morte (ESPÍRITO SANTO; GOMES; OLIVEIRA, 2013). Isso é evidenciado no estudo de Brito et al. (2013), o qual indica que a espiritualidade maximiza as potencialidades do indivíduo sem possibilidades terapêuticas, valorizando suas capacidades, renovando as esperanças e trazendo uma paz interior que o ajuda a lidar com os seus problemas.

Na associação dois, constatou-se que os indivíduos diagnosticados com dengue manifestaram pouco comprometimento das necessidades psicobiológicas e comprometimento intermediário das psicoespirituais. Esses dados revelam que indivíduos com doença aguda e pouco comprometimento das necessidades psicobiológicas expressam menos necessidade psicoespiritual, quando comparados com os que são acometidos por doenças crônicas e mais agravamento no estado fisiológico.

Estudos atestam esses achados, pois Rafferty, Billig e Mosack (2015) referem que o envolvimento religioso e espiritual é uma das maneiras de lidar com as doenças crônicas. Já a meta-análise desenvolvida por Powell, Shahabi e Thoresen (2003) acerca do papel da religião e/ou espiritualidade na recuperação física de doenças agudas demonstra que tem havido falhas para sustentar a hipótese de que a religião ou a espiritualidade recuperam a doença aguda. Ademais, estudo desenvolvido por Castelo-Branco, Brito e Fernandes Souza (2014), constatou que a procura por apoio espiritual depende da gravidade da doença ou incapacidade, do suporte social e familiar, das experiências de perda e luto e do estado de maturidade pessoal.

Essa relação também podem ser influenciada por outros fatores, como aponta o estudo de Lun e Bond (2013), que demonstra as formas de experiência religiosa em diferentes contextos culturais em que esse relacionamento é examinado. Assim, em culturas em que a socialização para a fé religiosa é mais comum, a prática espiritual foi positivamente relacionada com bem-estar, enquanto em culturas cuja socialização religiosa é menos prevalente, a relação entre a prática espiritual e bem-estar foi invertida.

Estudo realizado com 100 indivíduos com dengue, atesta que 57% deles tinham dengue clássica; 31%, febre hemorrágica da dengue e 12% sofreram de síndrome do choque da dengue. Esses indivíduos evidenciaram graves condições psiquiátricas e psicológicas, como fobias e transtorno de estresse pós-traumático. Essas condições geraram efeitos danosos ao sistema imunológico e fisiológico dos doentes e complicaram ainda mais seu estado de saúde (MUSHTAQ; ZAHIR, 2016).

No estudo de Silva et al. (2015), a espiritualidade é associada a riscos mais elevados para a maioria dos transtornos de ordem psiquiátrica. Corroborando esse achado, o estudo de Abu-Raiya, Pargament e Krause (2016) fundamentou, teórica e empiricamente, que os conflitos religiosos e espirituais provocam angústia. Eles foram analisados em três perspectivas: sobrenatural - tensões religiosas e espirituais com agentes sobrenaturais, como

um ser divino/demoníaco; interpessoal - tensões religiosas e espirituais que envolvem outras pessoas ou instituições; e intrapessoal - tensões religiosas e espirituais dentro de si mesmo.

Na associação três, verificou-se que os indivíduos apresentavam comprometimento intermediário das necessidades psicobiológicas e psicossociais. Essa relação aponta que fatores emocionais estão diretamente relacionados ao bem-estar fisiológico. Nas necessidades psicossociais, são consideradas a gregária, a segurança emocional, a autoestima, a autoconfiança e o autorrespeito.

A modulação entre o sistema nervoso, endócrino e imune é mediada por uma rede de sinais cuja função é de produzir mediadores biológicos que interagem ou afetam os componentes celulares da resposta imunológica. Assim, a resposta ao estímulo estressor é mediada pela ativação do eixo hipotálamo-pituitário-adrenal e pelo sistema nervoso autônomo, que, em desequilíbrio, pode resultar em alterações na resposta imune. Como consequência, há o desenvolvimento de enfermidades, como doenças inflamatórias crônicas, e mais susceptibilidade a infecções causadas por microrganismos (PAGLIARONE; SFORCIN, 2009)

O estudo de Dal-Farra e Geremia (2010) confirma os dados evidenciados nesta pesquisa e destaca que indivíduos com uma vida psicossocial estressante apresentam alterações importantes na resposta imunológica, evidenciadas, principalmente, pela diminuição na ação das células de defesa do organismo.

Outro estudo, desenvolvido com indivíduos submetidos a terapia antirretroviral, demonstrou que os sintomas depressivos foram relacionados com à não adesão ao tratamento, tendo como consequência a falência virológica, que é a não obtenção da supressão viral. Sabe-se que a terapia antirretroviral retarda a progressão de sinais clínicos da doença e aumenta a sobrevida entre pessoas infectadas (TUFANO et al., 2015).

Os dados apresentados mostraram uma forte correlação entre questões emocionais e biológicas e sua incidência destas no âmbito espiritual. Tudo isso aponta para a necessidade de compreender o indivíduo em sua totalidade, no que diz respeito a situações clínicas, éticas e pessoais.

Na associação quatro, os indivíduos diagnosticados com chikungunya apresentavam comprometimento elevado das necessidades psicossociais. A enfermidade manifestada foi resultante da baixa articulação dos determinantes sociais, principalmente no que diz respeito à interação social e à escolaridade.

A crescente ocupação urbana tem invadido os *habitats* de outras espécies e isso pode resultar em extinção ou domesticação de uma das espécies envolvidas, tendo como resultado o comensalismo. Todavia, quando essa relação envolve seres humanos e insetos que são vetores de doenças, os resultados podem ser danosos. Assim, do ponto de vista da vigilância entomológica, a domesticação do vetor do gênero *aedes* favorece sua dispersão, o que ocasiona um crescente número de indivíduos infectados (POWELL; TABACHNICK, 2013).

Além disso, os fatores ecológicos e sociais, como a falta de infraestrutura, as dificuldades de garantir o fornecimento de água e a coleta regular de lixo predispõem a um estado de vulnerabilidade, pois oferecerem criadouros para os mosquitos, como tambores, tanques de armazenamento de água, garrafas de plástico, latas e outros recipientes (COELHO, 2012).

No caso da febre chikungunya, não há vacinas preventivas e tratamento antiviral disponível, assim, o vetor é o único elo vulnerável na cadeia de transmissão da doença (TAUIL, 2014). Sabe-se que estudos sobre vacinas contra o vírus chikungunya iniciaram em 1967, mas, até o momento, não se dispõe de uma vacina efetiva e licenciada (AZEVEDO; OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2015). Por essa razão, a prevenção é realizada por meio do controle vetorial e de medidas de proteção individual, por meio da gestão ambiental, do controle biológico, do controle físico e do controle químico, como a utilização de inseticidas e repelentes (LIMA; GOULART; ROLIM NETO, 2015).

É importante ressaltar que essas medidas, desempenhadas isoladamente, não apresentam resultados significativos, mas, quando associadas à mobilização social, contribuem para reduzir a infestação vetorial ou melhoram a eficácia de outras intervenções (GONÇALVES et al., 2015). Esse fato é evidenciado em um estudo clínico-epidemiológico de surto de chikungunya na Índia, em que se constatou que, depois de feito um trabalho sobre educação em saúde, houve melhora no comportamento das pessoas sobre a redução na fonte do vetor (DOKE; DAKHURE; PATIL, 2011).

Outra pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos demonstrou a eficácia de medidas de educação em saúde para o controle dos vetores do *aedes aegypti* em dois locais distintos: o primeiro, que participava da educação em saúde, e o segundo, que não participava. Os resultados mostraram a redução de 22,6% dos índices de larvas dos mosquitos, nos locais que estavam envolvidos com a educação em saúde, e o aumento de 32,3% dos índices de larvas dos mosquitos, nos locais em que não foi realizada tal atividade (HEALY et al., 2014).

Na associação cinco, constatou-se que os indivíduos diagnosticados com leptospirose apresentavam pouco comprometimento das necessidades psicossociais. Os achados desse estudo vão de encontro ao que é comumente encontrado na literatura, cujas evidências demonstram que as condições ambientais, as práticas socioculturais e as condições socioeconômicas são favoráveis à transmissão da doença.

Estudo desenvolvido por Schneider et al. (2015), aponta que a leptospirose tem sido associada à pobreza, às condições de precárias de habitação, à falta de água e de saneamento. Além disso, o maior número de casos da doença está associado a fortes chuvas ou inundações (PELISSARI et al., 2011). A leptospirose também é considerada uma doença ocupacional, que afeta trabalhadores em comunidades agrícolas de plantação de arroz, trabalhadores de esgoto e garimpeiros. Esse fato é observado no estudo desenvolvido por Agampodi et al. (2015), que constataram as atividades agrícolas de plantação de arroz como o fator de risco mais comum e fortemente associado à leptospirose. Ademais, a falta de acesso a água tratada, também estava relacionada a um maior risco de aquisição dessa doença. A *leptospira* é suscetível ao cloro em concentrações ideais e só sobrevive por três minutos.

A proximidade e a criação de animais que servem de reservatório para a *leptospira* também são consideradas como um fator de risco (SCHNEIDER et al., 2012). Polachini e Fujimori (2015) relatam, por meio de um estudo de caso, a ocorrência de leptospirose canina e humana envolvendo um cão e sua cuidadora.

Conclui-se que, embora as variáveis estejam próximas, elas se associam melhor no âmbito da Dimensão 2, considerada com menor um percentual de inércia. Além disso, as condições de moradia, saneamento, uso de água tratada e criação de animais são encontradas na ‘necessidade de segurança física e do meio ambiente’, que correspondem às necessidades psicobiológicas. Dado o exposto, justifica-se que a associação entre leptospirose e necessidades psicossociais encontrada neste estudo não é significativa, do ponto de vista estatístico e teórico.

2.2.3 Avaliação da presença e da ausência dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas em indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas

A Tabela 8 aponta a proporção e os intervalos de confiança a 95% dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas identificados nos participantes da pesquisa.

Tabela 8 – Distribuição dos indicadores empíricos presentes nos indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. João Pessoa – PB, 2016.

Indicadores empíricos	n	%	Intervalo a 95%	
			Inferior	Superior
Necessidades psicobiológicas				
Oxigenação				
Murmúrios vesiculares presentes	61	93,8	88,0	99,7
Respiração superficial	46	70,8	59,7	81,8
Respiração profunda	14	21,5	11,5	31,5
Tosse (seca)	14	21,5	11,5	31,5
Expectoração espessa	12	18,5	9,0	27,9
Dispneia	11	16,9	7,8	26,0
Tosse (produtiva)	10	15,4	6,6	24,2
Expectoração purulenta	8	12,3	4,3	20,3
Ruídos adventícios (roncos)	8	12,3	4,3	20,3
Expectoração hemóptica	7	10,8	3,2	18,3
Murmúrios vesiculares diminuídos	4	6,2	0,3	12,0
Ruídos adventícios (sibilos)	4	6,2	0,3	12,0
Ruídos adventícios (creptos)	2	3,1	0,0	7,3
Retração intercostal	1	1,5	0,0	4,5
Hidratação				
Edema	15	23,1	12,8	33,3
Nutrição				
Hábitos alimentares	61	93,8	88,0	99,7
Abdômen timpântico	51	78,5	68,5	88,5
Apetite normal	40	61,5	49,7	73,4
Aceitação total da dieta	39	60,0	48,1	71,9
Abdômen maciço	38	58,5	46,5	70,4
Abdômen plano	22	33,8	22,3	45,3
Aceitação parcial da dieta	22	33,8	22,3	45,3
Abdômen flácido	21	32,3	20,9	43,7
Apetite diminuído	17	26,2	15,5	36,8
Náusea	13	20,0	10,3	29,7
Abdômen globoso	11	16,9	7,8	26,0
Abdômen distendido	10	15,4	6,6	24,2
Disfagia	8	12,3	4,3	20,3
Intolerância alimentar	8	12,3	4,3	20,3
Pirose	8	12,3	4,3	20,3
Refluxo gástrico	8	12,3	4,3	20,3
Abdômen volumoso	7	10,8	3,2	18,3
Apetite aumentado	7	10,8	3,2	18,3
Não aceita dieta oral	7	10,8	3,2	18,3
Anorexia	6	9,2	2,2	16,3
Lesão na cavidade oral	5	7,7	1,2	14,2
Esplenomegalia	2	3,1	0,0	7,3
Eructação	1	1,5	0,0	4,5
Hepatomegalia	1	1,5	0,0	4,5
Uso de sonda nasoentérica	1	1,5	0,0	4,5
Eliminação				
Micção espontânea	61	93,8	88,0	99,7
Aspectos das fezes (consistência)	54	83,1	74,0	92,2
Aspectos das fezes (odor)	54	83,1	74,0	92,2
Frequência da eliminação intestinal	54	83,1	74,0	92,2
Aspectos das fezes (coloração)	53	81,5	72,1	91,0
Constipação	13	20,0	10,3	29,7
Flatulência	10	15,4	6,6	24,2
Vômito	9	13,8	5,4	22,2
Disúria	6	9,2	2,2	16,3
Diarreia	5	7,7	1,2	14,2

continuação

Indicadores empíricos	n	%	Intervalo a 95% Inferior	Intervalo a 95% Superior
Poliúria	4	6,2	0,3	12,0
Uso de sonda vesical de demora	3	4,6	0,0	9,7
Incontinência urinária	3	4,6	0,0	9,7
Incontinência fecal	2	3,1	0,0	7,3
Hematúria	1	1,5	0,0	4,5
Tenesmo	1	1,5	0,0	4,5
Uso de sonda vesical de alívio	1	1,5	0,0	4,5
Sono e repouso				
Sono satisfatório	40	61,5	49,7	73,4
Sono e repouso prejudicados	23	35,4	23,8	47,0
Sonolência	20	30,8	19,5	42,0
Utilização de medicamentos auxiliares do sono	7	10,8	3,2	18,3
Insônia	3	4,6	0,0	9,7
Atividade física				
Força motora normal	49	75,4	64,9	85,9
Movimento corporal normal	48	73,8	63,2	84,5
Deambula	42	64,6	53,0	76,2
Fadiga	30	46,2	34,0	58,3
Movimento corporal diminuído	17	26,2	15,5	36,8
Deambula com ajuda	16	24,6	14,1	35,1
Força motora diminuída	16	24,6	14,1	35,1
Parestesia	10	15,4	6,6	24,2
Não deambula	7	10,8	3,2	18,3
Atrofia muscular	3	4,6	0,0	9,7
Paralisia	3	4,6	0,0	9,7
Sexualidade e reprodução				
Relacionamento heterossexual	59	90,8	83,7	97,8
Vida sexual ativa	51	78,5	68,5	88,5
Presença de doenças sexualmente transmissíveis	22	33,8	22,3	45,3
Utilização de métodos contraceptivos	22	33,8	22,3	45,3
Relacionamento homossexual	6	9,2	2,2	16,3
Cuidado corporal				
Higiene corporal preservada	60	92,3	85,8	98,8
Higiene íntima preservada	60	92,3	85,8	98,8
Higiene oral preservada	52	80,0	70,3	89,7
Falhas dentárias	49	75,4	64,9	85,9
Cáries	37	56,9	44,9	69,0
Dependência parcial do autocuidado	20	30,8	19,5	42,0
Uso de prótese dentária	15	23,1	12,8	33,3
Higiene oral prejudicada	12	18,5	9,0	27,9
Halitose	7	10,8	3,2	18,3
Higiene corporal prejudicada	5	7,7	1,2	14,2
Higiene íntima prejudicada	5	7,7	1,2	14,2
Dependência total do autocuidado	4	6,2	0,3	12,0
Alopecia	2	3,1	0,0	7,3
Seborreia	1	1,5	0,0	4,5
Integridade física				
Elasticidade da pele	55	84,6	75,8	93,4
Turgor da pele	53	81,5	72,1	91,0
Localização das lesões	14	21,5	11,5	31,5
Fase da cicatrização das feridas	11	16,9	7,8	26,0
Manchas hipercrônicas	10	15,4	6,6	24,2
Curativo	9	13,8	5,4	22,2
Exantema	9	13,8	5,4	22,2
Coloração do exsudato	7	10,8	3,2	18,3
Sensibilidade das lesões (dolorosa)	7	10,8	3,2	18,3
Sensibilidade das lesões (tátil)	7	10,8	3,2	18,3
Odor do exsudato	6	9,2	2,2	16,3

continuação

Indicadores empíricos	n	%	Intervalo a 95% Inferior	Intervalo a 95% Superior
Prurido	6	9,2	2,2	16,3
Quantidade de exsudato	6	9,2	2,2	16,3
Alopecia nas lesões	5	7,7	1,2	14,2
Manchas hipocrônicas	5	7,7	1,2	14,2
Crosta	4	6,2	0,3	12,0
Sensibilidade das lesões (térmica)	4	6,2	0,3	12,0
Pústula	3	4,6	0,0	9,7
Áreas que sofrem pressão	2	3,1	0,0	7,3
Mácula	2	3,1	0,0	7,3
Manchas hiperemias	2	3,1	0,0	7,3
Pápula	2	3,1	0,0	7,3
Fístula	1	1,5	0,0	4,5
Icterícia	1	1,5	0,0	4,5
Úlcera por pressão	1	1,5	0,0	4,5
Vesícula	1	1,5	0,0	4,5
Regulação vascular				
Ritmo cardíaco regular	63	96,9	92,7	101,1
Prova do laço negativa	62	95,4	90,3	100,5
Bulhas cardíacas normofonéticas	59	90,8	83,7	97,8
Perfusão periférica normal	55	84,6	75,8	93,4
Pulso cheio	43	66,2	54,7	77,7
Pulso filiforme	19	29,2	18,2	40,3
Perfusão periférica diminuída	10	15,4	6,6	24,2
Localização das perdas sanguíneas	8	12,3	4,3	20,3
Petéquias	7	10,8	3,2	18,3
Bulhas cardíacas hipofonéticas	5	7,7	1,2	14,2
Equimose	3	4,6	0,0	9,7
Prova do laço positiva	3	4,6	0,0	9,7
Ritmo cardíaco irregular	2	3,1	0,0	7,3
Bulhas cardíacas hiperfonéticas	1	1,5	0,0	4,5
Regulação térmica				
Calafrios	15	23,1	12,8	33,3
Sudorese	12	18,5	9,0	27,9
Pele fria	9	13,8	5,4	22,2
Regulação neurológica				
Consciente	65	100,0	100,0	100,0
Pupilas isocóricas	65	100,0	100,0	100,0
Agitação	8	12,3	4,3	20,3
Fotofobia	6	9,2	2,2	16,3
Desorientação	3	4,6	0,0	9,7
Rigidez de nuca	3	4,6	0,0	9,7
Alteração nos reflexos	2	3,1	0,0	7,3
Sinal de Brudzinski	2	3,1	0,0	7,3
Sinal de Kerning	2	3,1	0,0	7,3
Crise convulsiva	1	1,5	0,0	4,5
Midríase	1	1,5	0,0	4,5
Miose	1	1,5	0,0	4,5
Sensopercepção				
Dor (localização)	36	55,4	43,3	67,5
Dor (frequência)	34	52,3	40,2	64,4
Dor (intensidade)	34	52,3	40,2	64,4
Fatores que aliviam a dor	31	47,7	35,6	59,8
Fatores que aumentam a dor	31	47,7	35,6	59,8
Apresenta expressões corporais relacionadas à dor	19	29,2	18,2	40,3
Segurança física e do meio ambiente				
Condições de higiene do lar	65	100,0	100,0	100,0
Destino do lixo	64	98,5	95,5	101,5
Coleta de lixo	58	89,2	81,7	96,8

continuação

Indicadores empíricos	n	%	Intervalo a 95% Inferior	Intervalo a 95% Superior
Água tratada	52	80,0	70,3	89,7
Hábito de higienizar os alimentos	50	76,9	66,7	87,2
Hábito de higienizar as mãos	46	70,8	59,7	81,8
Criação de animais	40	61,5	49,7	73,4
Etilista (desde quando consome)	21	32,3	20,9	43,7
Etilista (frequência de consumo)	21	32,3	20,9	43,7
Tabagista (desde quando fuma)	16	24,6	14,1	35,1
Tabagista (quantos cigarros ao dia)	16	24,6	14,1	35,1
Necessidade de utilizar máscaras cirúrgicas para transporte	4	6,2	0,3	12,0
Dependente químico	2	3,1	0,0	7,3
Terapêutica e prevenção				
Faz uso de antibioticoterapia	55	84,6	75,8	93,4
Imunidade deficiente	22	33,8	22,3	45,3
Apresenta doenças crônicas	20	30,8	19,5	42,0
Reações alérgicas	11	16,9	7,8	26,0
Efeitos colaterais	7	10,8	3,2	18,3
Situações que interferem no tratamento	5	7,7	1,2	14,2
Cartão de vacina atualizado	2	3,1	0,0	7,3
Sinais flogísticos de inserção dos cateteres	2	3,1	0,0	7,3
Necessidades psicossociais				
Comunicação				
Uso da linguagem verbal	61	93,8	88,0	99,7
Interação com as pessoas	56	86,2	77,8	94,6
Habilidade para escrever	44	67,7	56,3	79,1
Uso da linguagem não verbal	7	10,8	3,2	18,3
Respostas desconexas	4	6,2	0,3	12,0
Disartria	3	4,6	0,0	9,7
Afasia	2	3,1	0,0	7,3
Gregária				
Quantas pessoas residem na casa	65	100,0	100,0	100,0
Quem reside na casa	65	100,0	100,0	100,0
Quem mais auxilia no tratamento	48	73,8	63,2	84,5
Desejo de participar de atividades	37	56,9	44,9	69,0
Segurança emocional				
Ansiedade	27	41,5	29,6	53,5
Tristeza	23	35,4	23,8	47,0
Irritabilidade	22	33,8	22,3	45,3
Angústia	20	30,8	19,5	42,0
Choro	20	30,8	19,5	42,0
Carência afetiva	19	29,2	18,2	40,3
Inconstância no equilíbrio de humor	17	26,2	15,5	36,8
Medo	11	16,9	7,8	26,0
Apatia	10	15,4	6,6	24,2
Desejo de isolar-se	10	15,4	6,6	24,2
Fobias	8	12,3	4,3	20,3
Agressividade	7	10,8	3,2	18,3
Desejo de morrer	7	10,8	3,2	18,3
Depressão	6	9,2	2,2	16,3
Sentimento de estigma e preconceito	1	1,5	0,0	4,5
Autoestima, autoconfiança e autorrespeito				
Percepção sobre o próprio seu corpo	35	53,8	41,7	66,0
Identifica atributos positivos em si mesmo	31	47,7	35,6	59,8
Valores que atribuem à autoimagem	29	44,6	32,5	56,7
Fontes de motivação	26	40,0	28,1	51,9
Atitudes relacionadas ao próprio corpo	6	9,2	2,2	16,3
Falta de autoconfiança	3	4,6	0,0	9,7
Educação para a saúde e aprendizagem				
Nível de escolaridade	57	87,7	79,7	95,7

continuação

Indicadores empíricos	n	%	Intervalo a 95% Inferior	Intervalo a 95% Superior
O que a família sabe sobre o problema de saúde	50	76,9	66,7	87,2
Conhecimento sobre seu problema de saúde (nível de compreensão)	42	64,6	53,0	76,2
Experiências anteriores (tratamentos)	25	38,5	26,6	50,3
Conhecimento sobre ações dos medicamentos	23	35,4	23,8	47,0
Experiências anteriores (doenças)	23	35,4	23,8	47,0
Necessidades psicoespirituais				
Religiosidade e espiritualidade				
Religião	45	69,2	58,0	80,5
Crenças (espirituais)	36	55,4	43,3	67,5
Necessidade da presença de um líder religioso	28	43,1	31,0	55,1
Crenças (culturais)	15	23,1	12,8	33,3
Crenças (religiosas)	5	7,7	1,2	14,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

De acordo com os dados apresentados, constatou-se que 27 indicadores empíricos não foram identificados. Na necessidade de oxigenação, destacaram-se: murmúrios vesiculares ausentes e uso de traqueostomia; hidratação: ascite e anasarca; nutrição: uso de sonda nasogástrica fechada; eliminação: anúria, oligúria, colúria, enterorragia, melena, piúria, retenção urinária e uso de sonda nasogástrica aberta; sono e repouso: apneia do sono; cuidado corporal: pediculose; integridade da pele: deiscência e evisceração; regulação vascular; cianose, hematomas e hemorragia; regulação neurológica: decorticção, inconsciente, opistótono, pupilas anisocóricas, riso sardônico e trismo; terapêutica e prevenção: efeitos adversos.

Infere-se que a não ocorrência desses indicadores empíricos deve-se ao fato de que algumas manifestações clínicas são específicas de doenças que não foram identificadas nos participantes do estudo, como, por exemplo, o tétano accidental e as hepatites virais. Os coeficientes decrescentes de hospitalização por tétano se devem ao aumento da cobertura vacinal contra a doença (TAPAJÓS, 2011). Seu diagnóstico é baseado em critérios clínicos de rigidez e espasmos musculares. Isso foi observado em estudo desenvolvido na Índia, em que foram identificadas como manifestações clínicas da doença: trismo - 65 (92,8%), disfagia - 55 (78,6%), postura em opistótono - 51 (72,8%), riso sardônico - 36 (51,4%), convulsões - 8 (11,4%), e inconsciência - 63 (90%) (NARANG et al., 2014).

As hepatites virais acarretam o comprometimento da função hepática e produzem quadros assintomáticos e sintomáticos. Esses são divididos em fases: fase prodrômica – anorexia, náusea, vômito, diarreia, febre baixa, mal-estar, fadiga, colúria, sensação de desconforto no hipocôndrio direito; e, fase icterica – icterícia, prurido cutâneo, hepatomegalia, esplenomegalia, colúria (urina impregnada de urobilinogênio), acolia fecal (falta de

estercobilinogênio) e sinais de hipertensão portal, como edema e ascite (VERONESI; FOCACCIA, 2010).

Estudo de caso clínico desenvolvido com um indivíduo diagnosticado com hepatite B, o exame físico constatou as seguintes manifestações clínicas: febre, dor abdominal, vômito, ascite e icterícia (ALAWIEH et al., 2015). Em outro relato de caso desenvolvido com uma pessoa diagnosticada com hepatite C, concluiu-se que não havia sinais e sintomas. No entanto, a mesma apresentava elevação de transaminases e o anti-HCV positivo. Tais exames foram realizados, devido à verbalização, durante a anamnese, do uso coletivo de lâmina para barbear por longa data, exodontia há dez anos e exérese de unha há três anos, o que levou à suspeita de infecção por transmissão parenteral (LAGES; LAGES, 2011).

O levantamento dos indicadores empíricos ausentes e presentes embasou ajustes na composição do histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas, conforme verifica-se nos tópicos seguintes. Quanto aos ausentes, constatou-se a necessidade de eliminar: anasarca, devido à presença do indicador edema e sua respectiva localização; deiscência e evisceração, por serem característicos de indivíduos que passaram por procedimentos cirúrgicos; hemorragia, por já existir o indicador perdas sanguíneas na necessidade de regulação vascular; apneia do sono e pediculose, por não serem relevantes durante a hospitalização em doenças infectocontagiosas. No tocante aos indicadores empíricos presentes, foram pontuadas observações e a necessidade de adicionar informações complementares ou eliminar indicadores.

Na necessidade de oxigenação, o estudo apontou que os murmúrios vesiculares e os ruídos adventícios estavam localizados dos ápices às bases pulmonares e que é preciso evidenciar sua localização anatômica no tórax e explicitar os tipos de creptos - se grossos ou finos.

Na necessidade de hidratação, constatou-se que o edema estava, principalmente, nos membros inferiores, nos membros superiores, na face e na região periorbital, com diferentes graus. Foi preciso inserir a localização e o grau do edema.

Na necessidade de nutrição, a maciez estava presente, sobretudo, no quadrante superior direito, e o timpanismo foi encontrado principalmente nos quadrantes superior esquerdo, inferiores direito e esquerdo do abdômen. No tocante à aceitação parcial da dieta, observaram-se as quantidades de 25%, 50% e 75%. Os indivíduos relataram intolerância a alimentos sólidos, ácidos, com milho e ovo. Assim, entendeu-se que é preciso evidenciar o quadrante abdominal em que há timpanismo ou maciez, a quantidade de dieta ingerida,

quando se trata de aceitação parcial, e o tipo de intolerância alimentar e eliminar o indicador ‘hábitos alimentares’, visto que ele não é relevante no contexto hospitalar, já que a quantidade de refeições e o tipo de alimentos ingeridos, dependem da oferta do serviço de nutrição, como também, eliminar o indicador lesão na cavidade oral, pois é contemplado na necessidade de integridade física por meio do indicador ‘lesões’ e sua localização.

Na necessidade de eliminação, a frequência de eliminação intestinal variou de uma a quatro vezes por dia. A maioria dos indivíduos apresentaram fezes com coloração marrom, odor característico e consistência que variava de macia a endurecida e líquida. Quanto à eliminação urinária, observou-se urina com coloração transparente, âmbar, laranja e odor característico, o vômito, com coloração amarelada ou esverdeada, que alguns indivíduos faziam uso de fraldas. Conclui-se que é preciso caracterizar a eliminação urinária e o evidenciar o uso de fraldas.

Em relação à necessidade de sono e repouso, observou-se que os principais motivos de o sono e o repouso serem prejudicados eram referentes à adaptação ao ambiente hospitalar, e os principais medicamentos utilizados como auxiliares do sono eram: clonazepam, alprazolam e calman. Por isso, concluiu-se que é preciso descrever qual o fármaco utilizado para induzir o sono.

Quanto à necessidade de atividade física, observou-se que os indivíduos deambulavam com o auxílio de acompanhantes ou de órteses não implantadas (muletas ou bengalas). A atrofia muscular foi verificada, principalmente, nos membros inferiores, e a força motora diminuída, nos membros superiores, nos inferiores e no hemicorpo direito, com grau que variou de um a quatro. O movimento corporal diminuído foi identificado nos membros superiores, inferiores, hemicorpo direito e esquerdo, a parestesia foi apontada nos membros superiores e nos inferiores; a paralisia na hemiface esquerda, nos membros inferiores, e no hemicorpo direito. Assim, constatou-se que é preciso acrescentar os segmentos corporais comprometidos quanto à atrofia muscular, à força motora, ao movimento corporal, à paralisia e à parestesia e o uso de dispositivos para auxiliar a deambulação e substituir os indicadores de força motora diminuída e de força motora normal pela apresentação de uma escala com graus para mensurar a força motora.

Na necessidade de sexualidade e reprodução, identificou-se como doenças transmissíveis: HIV/Aids, sífilis, herpes e o uso dos contraceptivos: camisinha e pílula anticoncepcional. Então, foi necessário descrever os métodos contraceptivos utilizados,

acrescentar o indicador ‘relacionamento bissexual’ e excluir ‘presença de doenças sexualmente transmissíveis’, porque essa informação será mencionada no diagnóstico médico.

No que diz respeito à necessidade de cuidado corporal, o estudo mostrou que a alopecia se dava, principalmente, no couro cabeludo e havia dependência parcial do autocuidado para se banhar, arrumar-se, ir ao banheiro e alimentar-se. Foi apresentada a descrição referente ao tipo de dependência para o autocuidado e a localização da alopecia.

Quanto à necessidade de integridade física, o estudo apontou que as áreas que sofriam pressão eram a trocantérica esquerda e a direita, a sacral e os calcâneos. As lesões estavam localizadas na região mandibular, nos membros superiores e nos inferiores, na região axilar, no abdômen, no tórax, na face, e na genital (grandes lábios). Quanto à avaliação das feridas, foram elencadas lesões com fibrina, granulação e necrose. O exsudato variou de seroso a purulento, com odor característico e em quantidade pouca e moderada. No tocante ao curativo, foi observada a utilização de soro fisiológico a 0,9% para a limpeza, e para a cobertura, o uso de colagenase e ácidos graxos essenciais. Quanto à cicatrização, apresentava as fases proliferativa e inflamatória.

Foram unificados os indicadores elasticidade e turgor da pele, como também, apresentada a sua avaliação em preservado e em diminuído. Os indicadores empíricos: mácula, pápula, vesícula e pústula foram considerados como subcategoria do indicador exantema, visto que o mesmo corresponde a erupção cutânea da pele e apresenta características variadas em diferentes doenças. Além disso, o indicador empírico petéquias foi considerado uma subcategoria de exantema e eliminado da necessidade de regulação vascular. Também, se verificou a necessidade de apresentar a descrição dos tecidos identificados, as características do exsudato, das margens e as fases da cicatrização, na avaliação das feridas. No tocante ao tratamento, decidiu-se deixar um espaço em aberto para acrescentar os produtos utilizados na limpeza e na cobertura das feridas.

Quanto às úlceras por pressão, constatou-se que a *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (2016) apresentou a modificação desse termo para ‘lesão por pressão’. Além disso, os graus de estadiamento foram modificados para: Estágio 1 - eritema não branqueável com pele íntegra; Estágio 2 - perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme; Estágio 3 - perda da pele em sua espessura total; Estágio 4 - perda da pele em sua espessura total e perda tissular; Lesão por pressão não classificável - perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível; e Lesão por pressão tissular profunda - descoloração vermelho-escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece. Também, se verificou a

necessidade de eliminar os indicadores: áreas que sofrem pressão, tendo em vista a existência do indicador localização das lesões; e alopecia nas lesões, já contemplada na necessidade de cuidado corporal.

Na necessidade de regulação vascular, as bulhas cardíacas foram avaliadas nos focos mitral, tricúspide, pulmonar e aórtico, e as perdas sanguíneas estavam localizadas em áreas que apresentavam lesões. Foram acrescentados os focos para respaldar a ausculta das bulhas cardíacas e a localização das perdas sanguíneas.

Na necessidade de regulação térmica, a sudorese ocorria principalmente à noite. Por isso, foi preciso evidenciar seu período de ocorrência, uma vez que esse sintoma é comum na tuberculose.

Quanto à necessidade de regulação neurológica, a maioria dos indivíduos estava consciente, com pontuação da escala de coma de *Glasgow* igual a 15. Em relação à alteração nos reflexos, houve variação no patelar e no braquiorradial. Os indicadores empíricos consciente e inconsciente foram substituídos por avaliação do nível de consciência, respaldada pela utilização da escala de coma de *Glasgow*, e os indicadores miose e midríase foram substituídos por pupilas fotorreagentes, uma vez que correspondem à variação do diâmetro da pupila em reação a um estímulo luminoso. Quanto aos reflexos, entendeu-se que era necessário acrescentar a avaliação dos tendinosos profundos com suas respectivas graduações.

No que diz respeito à necessidade de sensopercepção, os indivíduos apresentaram dor localizada na cabeça, nos músculos, nas articulações, no abdômen, nos membros superiores e nos inferiores, na região lombar, nas lesões, na garganta e no tórax. Como expressões corporais relacionadas à dor, observaram-se: sobrancelhas franzidas, choro, inquietação e proteção da área dolorida. Quanto à frequência, foi identificada entre uma e cinco vezes ao dia e durante o dia inteiro. No que concerne a intensidade, foi avaliada numa escala de zero a dez e em uma escala descritiva, por meio da qual se identificaram dor leve, dor moderada e dor intensa. Relacionado aos fatores que aliviavam a dor, verificou-se o uso de analgésicos e repouso, e aos fatores que aumentavam a dor, deambulação, movimentação, estresse, frio, manipulação das lesões ao fazer o curativo, deglutição e respiração. Concluiu-se que seria preciso acrescentar a localização da dor, descrever a sua frequência, a sua intensidade, as expressões corporais relacionadas a ela, os fatores que aumentam e os que aliviam a dor, incluindo medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Quanto à necessidade de segurança física e do meio ambiente, o estudo apontou que o uso de água tratada era proveniente da companhia de abastecimento de água ou do uso de cloro ou de filtro, alguns participantes citaram o uso de água mineral. As condições de higiene do lar foram mencionadas como condições de moradia, porquanto foram mencionadas residentes em casa de alvenaria, de taipa, ou em rua calçada e não calcada. Quanto ao destino do lixo, os participantes citaram o aterro sanitário, a queima e a coleta de lixo pela prefeitura ou despensa em céu aberto. Os principais animais que criavam eram: cabras, galinhas, cachorro, gato, porco e pássaros. Verificou-se a necessidade de descrever dados como: animais criados, tipo de dependência química, início do uso e frequência de consumo de álcool e de tabaco, uso de água tratada e ao destino do lixo. Com base nos dados coletados, considera-se a coleta de lixo como umas das possibilidades do destino do lixo fora de casa e substitui-se condições de higiene do lar por condições de moradia.

Na necessidade de terapêutica e prevenção, foram mencionados os seguintes efeitos colaterais: tontura, hipotensão, astenia, náusea, dor abdominal, petequias, prurido e edema. As principais doenças crônicas foram: hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, HIV/Aids, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca e gastrite, além de alergia a dipirona, benzacetil e amoxicilina. Como situações que interferem no tratamento, os entrevistados mencionaram gestação, medo de as pessoas descobrirem o diagnóstico de HIV/Aids, cuidado de filho com deficiência e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Foram apresentadas a descrição das reações alérgicas, efeitos colaterais, adversos, doenças crônicas e situações que interferem no tratamento. Além disso, foram eliminados os indicadores empíricos cartão de vacina atualizado e imunidade deficiente, porquanto sua comprovação deve constar no prontuário ou por meio de exames laboratoriais; e o indicador empírico faz uso de antibioticoterapia, visto que essa informação será encontrada na prescrição médica.

Na necessidade de comunicação, o estudo apontou que, quanto à interação com as pessoas, que os indivíduos apresentavam-se desde pouco comunicativos a interativos. Quanto ao uso da linguagem não verbal, observadas expressões faciais e corporais, como franzir a testa e a postura no leito. Então, foi necessário pontuar a descrição da interação com as pessoas.

Na necessidade de gregária, foi expresso como desejo de participar de atividades da rotina, voltar a trabalhar e desenvolver atividades domésticas. O número de pessoas que reside na casa, o qual variou de um a onze, inclui amigos e familiares, como esposa, marido, filhos,

irmãos, mãe, pai, netos, nora, cunhados. Assim, foram evidenciadas as descrições de quem reside na casa, seguida pela apresentação do número de pessoas e quem mais auxilia no tratamento.

Na necessidade de segurança emocional, foram mencionadas, principalmente, a ansiedade em receber alta hospitalar e a tristeza em decorrência da hospitalização, que priva a realização de atividades cotidianas. Foram citadas como situações que causavam medo ou fobia, a morte, a realização de procedimentos, ficar sozinho no ambiente hospitalar e a descoberta do diagnóstico por outras pessoas. Foram unificados os indicadores medo e fobia, por serem construtos relativamente semelhantes.

No que diz respeito à necessidade de autoestima, autoconfiança e autorrespeito, os sujeitos da pesquisa citaram como fonte de motivação a fé em Deus e a família, principalmente os filhos. Como atributos positivos, pontuaram bom desempenho no trabalho, paciência, batalha, pensamento positivo e coragem. Os valores atribuídos para a autoimagem foram: vergonha pela exposição de uma ferida, sentir-se feio e sentir-se gordo. Assim, sentiu-se que seria preciso unificar os indicadores percepção sobre o próprio corpo e valores que atribui para à autoimagem, uma vez que os mesmos dizem respeito a impressão que o indivíduo tem sobre si mesmo, e descrever os aspectos mencionados sobre a fonte de motivação, atributos positivos, atitudes e percepções relacionadas à autoimagem.

Em relação à necessidade de educação para a saúde e a aprendizagem, os participantes pontuaram como experiências anteriores (doenças e tratamentos): doenças cardiovasculares, pneumonia, meningite, varicela, cirurgias e internações devido a acidente automobilístico. O nível de escolaridade variou de não alfabetizado a pós-graduado. Quanto ao conhecimento sobre o problema de saúde, foram mencionados nenhum conhecimento, conhecimento de como foi contraída a doença, sinais e sintomas da doença, diagnóstico e a ação dos medicamentos utilizados no tratamento. Referente ao que a família sabe sobre o problema de saúde, alguns mencionaram o diagnóstico e a etiologia da doença, e a maioria dos indivíduos que viviam com HIV/Aids verbalizaram que os familiares não sabiam sobre o diagnóstico. Assim, foram descritos os níveis de escolaridade, o conhecimento sobre o problema de saúde, o que a família sabe sobre o tratamento e as experiências anteriores, e eliminado o indicador conhecimento sobre a ação dos medicamentos, porque será contemplado na descrição de conhecimento sobre o problema de saúde.

Na necessidade de religiosidade e espiritualidade, foram mencionadas a pertença a entidades religiosas, como o Evangelismo, o Catolicismo e o Candomblé. Por isso, foi preciso

apontar as entidades religiosas e unificar os indicadores crenças espirituais, religiosas e culturais, uma vez que os mesmos se referem a sistemas de acreditação.

A partir dos dados e das observações apresentadas, foi elaborada a versão final do histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas, como está demonstrado na Figura 3.

É válido salientar que o preenchimento desse histórico de enfermagem será norteado pelo glossário com as definições operacionais dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas (APÊNDICE G).

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PARA INDIVÍDUOS HOSPITALIZADOS COM DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS					
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO					
Data do atendimento: ____/____/____			Data de admissão: ____/____/____ Enfermaria: _____ Leito: _____		
Nome: _____					
Data de nascimento: ____/____/____		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Estado civil: _____	
Profissão: _____			Procedência: _____		
Motivo de internação: _____					
Diagnóstico médico: _____					
SINAIS VITAIS E DADOS ANTROPOMÉTRICOS					
Temperatura axilar: ____ °C		Frequência de pulso: ____ bpm		Frequência cardíaca: ____ bpm	
Pressão arterial: ____ mmHg		Frequência respiratória: ____ irpm		Saturação de oxigênio: ____ %	
Peso: ____ kg		Altura: ____ cm		Circunferência abdominal: ____ cm	
AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS					
Necessidades psicobiológicas					
Oxigenação					
Respiração: <input type="checkbox"/> superficial <input type="checkbox"/> profunda Tosse: <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> produtiva Expectoração: <input type="checkbox"/> espessa <input type="checkbox"/> hemóptica <input type="checkbox"/> purulenta					
Murmúrios vesiculares: <input type="checkbox"/> presentes <input type="checkbox"/> ausentes <input type="checkbox"/> diminuídos, localização: _____					
Ruídos adventícios: <input type="checkbox"/> roncos <input type="checkbox"/> sibilos <input type="checkbox"/> creptos finos <input type="checkbox"/> creptos grossos, localização: _____					
<input type="checkbox"/> Uso de traqueostomia		<input type="checkbox"/> Dispneia		<input type="checkbox"/> Retração intercostal	
Hidratação					
<input type="checkbox"/> Ascite <input type="checkbox"/> Edema: <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+ Localização: _____					
Nutrição					
<input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Refluxo gástrico <input type="checkbox"/> Erução <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Hepatomegalia					
Apetite: <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> diminuído <input type="checkbox"/> normal Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> total <input type="checkbox"/> parcial (<input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75%) <input type="checkbox"/> não aceita dieta oral Uso de sonda: <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE Abdômen: <input type="checkbox"/> distendido <input type="checkbox"/> flácido <input type="checkbox"/> globoso <input type="checkbox"/> volumoso <input type="checkbox"/> plano					
Maciez: <input type="checkbox"/> QSD <input type="checkbox"/> QSE <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> QIE Timpanismo: <input type="checkbox"/> QSD <input type="checkbox"/> QSE <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> QIE <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar, tipo: _____					
Eliminação					
<input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Piúria <input type="checkbox"/> Hematuria					
<input type="checkbox"/> Incontinência urinária <input type="checkbox"/> Retenção urinária <input type="checkbox"/> Incontinência fecal <input type="checkbox"/> Uso de fraldas					
Uso de sonda: <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> SNG aberta <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Flatulência <input type="checkbox"/> Tenesmo <input type="checkbox"/> Vômito					
Urina: coloração (<input type="checkbox"/> transparente <input type="checkbox"/> âmbar <input type="checkbox"/> laranja) odor: (<input type="checkbox"/> característico <input type="checkbox"/> fétido)					
Fezes: coloração (<input type="checkbox"/> marrom <input type="checkbox"/> amarela <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> cinza) <input type="checkbox"/> enterorrágia <input type="checkbox"/> melena, consistência: (<input type="checkbox"/> macia <input type="checkbox"/> líquida <input type="checkbox"/> endurecida), odor: (<input type="checkbox"/> característico <input type="checkbox"/> fétido), frequência de eliminação: _____ vezes ao dia					
Sono e repouso					
Sono e repouso: <input type="checkbox"/> satisfatório <input type="checkbox"/> prejudicado			<input type="checkbox"/> Insônia		<input type="checkbox"/> Sonolência
<input type="checkbox"/> Utilização medicamentos auxiliares do sono, quais: _____					
Atividade física					
Deambulação: <input type="checkbox"/> não deambula <input type="checkbox"/> deambula sozinho <input type="checkbox"/> com ajuda (<input type="checkbox"/> terceiros <input type="checkbox"/> muletas <input type="checkbox"/> bengalas)					
<input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Atrofia muscular <input type="checkbox"/> Paralisia <input type="checkbox"/> Parestesia Movimento corporal: <input type="checkbox"/> diminuído <input type="checkbox"/> aumentado					
Força motora: <input type="checkbox"/> Grau 0 <input type="checkbox"/> Grau 1 <input type="checkbox"/> Grau 2 <input type="checkbox"/> Grau 3 <input type="checkbox"/> Grau 4 <input type="checkbox"/> Grau 5					
Segmentos comprometidos: _____					
Sexualidade e reprodução					
<input type="checkbox"/> Vida sexual ativa Relacionamento: <input type="checkbox"/> homossexual <input type="checkbox"/> bissexual <input type="checkbox"/> heterossexual					
Utilização de métodos contraceptivos: <input type="checkbox"/> camisinha <input type="checkbox"/> pílula <input type="checkbox"/> outros, quais: _____					
Cuidado corporal					
Higiene corporal: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> prejudicada Higiene íntima: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> prejudicada					
Higiene oral: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> prejudicada <input type="checkbox"/> Cáries <input type="checkbox"/> Falhas dentárias <input type="checkbox"/> Uso de prótese dentária <input type="checkbox"/> Halitose					
Dependência do autocuidado: <input type="checkbox"/> total <input type="checkbox"/> parcial (<input type="checkbox"/> banhar-se <input type="checkbox"/> arrumar-se <input type="checkbox"/> vestir-se <input type="checkbox"/> alimentar-se)					
<input type="checkbox"/> Seborreia <input type="checkbox"/> Alopecia, localização: _____					
Integridade física					
Turgor da pele/elasticidade da pele: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> diminuída <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Fístula					
<input type="checkbox"/> Lesões, localização: _____					
Exantema: (<input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Macula <input type="checkbox"/> Pápula <input type="checkbox"/> Vesícula <input type="checkbox"/> Pústula) <input type="checkbox"/> Crosta					
Manchas: <input type="checkbox"/> hipercrômicas <input type="checkbox"/> hipocrômicas <input type="checkbox"/> hiperemiadas Sensibilidade das lesões: <input type="checkbox"/> dolorosa <input type="checkbox"/> tátil <input type="checkbox"/> térmica					
<input type="checkbox"/> Lesão por pressão: <input type="checkbox"/> estágio 1 <input type="checkbox"/> estágio 2 <input type="checkbox"/> estágio 3 <input type="checkbox"/> estágio 4 <input type="checkbox"/> não classificável <input type="checkbox"/> tissular profunda					
Avaliação das feridas: leito (<input type="checkbox"/> granulação <input type="checkbox"/> fibrina <input type="checkbox"/> necrose de coagulação <input type="checkbox"/> necrose de liquefação) bordas (<input type="checkbox"/> distintas <input type="checkbox"/> indistintas <input type="checkbox"/> maceradas) fase de cicatrização (<input type="checkbox"/> inflamatória <input type="checkbox"/> proliferativa <input type="checkbox"/> maturação) exsudato -					

continuação

coloração (seroso hemático serohemático purulento) **odor** (característico fétido pútrido) **quantidade** (pouco moderado abundante) **Tratamento:** limpeza: _____ e cobertura: _____

Regulação vascular

Pulso: cheio filiforme **Perfusão periférica:** preservada diminuída **Ritmo cardíaco:** regular irregular

Bulhas cardíacas: normofonéticas hipofonéticas hiperfonéticas (**focos auscultados:** pulmonar aórtico tricúspide mitral) Equimose Hematomas Cianose **Prova do laço:** positiva negativa Perdas sanguíneas, localização: _____

Regulação térmica

Pele fria Calafrios Sudorese (manhã tarde noite)

Regulação neurológica

Nível de consciência: *pontuação dos escores* (ocular[] verbal[] motora[]) Desorientação Agitação

Crise convulsiva Decorticação **Avaliação pupilar:** pupilas fotorreagentes isocóricas anisocóricas

Alteração nos reflexos: braquiorradial bicipital tricipital patelar **Graduações:** 0 1+ 2+ 3+ 4+

Fotofobia Rigidize de nuca Sinal de Brudzinski Sinal de Kerning Riso sardônico Trismo Opistotônico

Sensopercepção

Dor, localização: _____

Frequência: 1 a 5 vezes por dia mais de 5 vezes contínua **Intensidade:** leve moderada intensa

Expressões corporais relacionadas à dor: sobrancelhas franzidas proteção à área inquietação choro

Fatores que aliviam: medidas farmacológicas medidas não farmacológicas, quais: _____

Fatores que aumentam: movimentação deambulação frio manipulação durante a realização do curativo

Segurança física e do meio ambiente

Uso de água tratada: filtrada fervida clorada mineral proveniente da companhia de abastecimento

Condições de moradia: casa de alvenaria casa de taipa rua calçada rua sem calçamento

Destino do lixo: coleta pela prefeitura aterro sanitário queima a céu aberto

Hábito de higienizar as mãos Hábito de higienizar os alimentos Necessidade utilizar máscaras para transporte Criação de animais, quais: _____

Dependente químico, tipo de dependência: _____

Etilista, desde quando: _____ frequência de consumo ao dia: _____

Tabagista, desde quando: _____ frequência de consumo ao dia: _____

Terapêutica e prevenção

Reações alérgicas Efeitos colaterais Efeitos adversos, descrição: _____

Doenças crônicas, descrição: _____ Sinais flogísticos de inserção dos cateteres

Situações que interferem no tratamento, descrição: _____

Necessidades psicossociais

Comunicação

Afasia Disartria **Uso de linguagem:** verbal não verbal Respostas desconexas

Interação com as pessoas: pouco comunicativo comunicativo Habilidades para escrever

Gregária

Quem reside na casa/apto: mora sozinho familiares amigos Número de pessoas com quem reside: []

Desejo de participar de atividades cotidianas **Quem mais auxilia no tratamento:** familiares amigos

Segurança emocional

Agressividade Angústia Ansiedade Apatia Carência afetiva Choro Desejo de se isolar Depressão

Desejo de morrer Inconstância de humor Irritabilidade Sentimento de estigma e preconceito Tristeza

Medo/fobia, descrição: _____

Autoestima, autoconfiança e autorrespeito

Falta de autoconfiança Atitudes relacionadas à autoimagem: _____

Percepções sobre a autoimagem: _____ Fontes de motivação: _____

Atributos positivos em si mesmo:

Educação para a saúde e aprendizagem

Nível de escolaridade: não alfabetizado ensino fundamental ensino médio graduação pós-graduação

Experiências anteriores: doenças cirurgias tratamentos, descrição: _____

Conhecimento sobre problema de saúde: nenhum diagnóstico como adquiriu forma de transmissão

sinais e sintomas ação dos medicamentos **O que a família sabe sobre o problema de saúde:** nada

diagnóstico como adquiriu forma de transmissão sinais e sintomas ação dos medicamentos

Necessidades psicoespirituais

Religiosidade e espiritualidade

Crenças: espirituais religiosas culturais Necessidade da presença de um líder espiritual

Religião: católica evangélica adventista testemunha de jeová candomblé outras, _____

Figura 3 – Histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. João Pessoa – PB, 2016.

Conclusão

Nesse estudo, foram concretizados os seguintes aspectos: a análise de conteúdo e a validação clínica dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas apresentadas no histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas.

Em relação à análise de conteúdo com enfermeiros especialistas, constatou-se a pertinência do modelo de validação proposto por Lopes, Silva e Araújo, visto que ele respaldou as etapas metodológicas e a análise estatística dos dados. Entretanto, devido à inexistência de referenciais metodológicos para realizar a validação clínica do histórico de enfermagem, adotaram-se estratégias pertinentes para a seleção dos indivíduos hospitalizados para determinar a amostra e proceder ao tratamento estatístico dos dados. Ressalta-se que estudos dessa natureza devem ser encorajados, porque possibilitam novos métodos de validação para representar adequadamente o foco de interesse.

Considera-se significativa a contribuição dos especialistas, visto que, a partir de sua análise, foram eliminados quatorze indicadores empíricos, quanto ao critério de relevância, e 33 tiveram suas definições operacionais reformuladas, quanto aos critérios de clareza e precisão. Além disso, foi verificada consistência estrutural dos indicadores empíricos acima de 0,9 pelo coeficiente de fidedignidade *Alfa de Cronbach*. No entanto, as dificuldades encontradas nessa etapa foram o acesso aos especialistas nos âmbitos quantitativo e qualitativo, pois a literatura não apresenta uma definição clara sobre as estratégias de busca e os critérios de inclusão, no que se refere à formação acadêmica e à experiência em atividades assistenciais.

Na etapa de validação clínica, foi possível fazer uma associação entre as queixas manifestadas no momento da admissão e os sinais e sintomas dos diagnósticos médicos mais frequentes. Assim, verificou-se que não há diferença significativa entre eles, pois todos apresentaram valor *p* acima de 0,05. Também se verificou a associação entre as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais e delas com os diagnósticos médicos mais frequentes, demonstrando o nível de comprometimento das necessidades humanas básicas em indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. Por fim, foi realizado o levantamento dos indicadores empíricos ausentes e presentes, o que embasou ajustes para a composição do histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. Dos 244 indicadores avaliados na etapa de análise de conteúdo, foram encontrados 217 indicadores empíricos. Os 27 não identificados foram justificados devido à especificidade de algumas manifestações clínicas dos diagnósticos de tétano accidental e hepatites virais, não encontradas no período de coleta de dados nos indivíduos hospitalizados.

A dificuldade apontada nessa etapa foi o tempo utilizado em cada coleta de dados, com média de 56,43 minutos, devido à realização da anamnese e do exame físico.

Convém enfatizar que todos os aspectos levantados confirmaram a hipótese de que os indicadores empíricos das necessidades humanas básicas apresentados no histórico de enfermagem são acurados para a assistência de enfermagem em indivíduos com doenças infectocontagiosas.

Aponta-se como limitação do estudo a especificidade das manifestações clínicas dos indivíduos hospitalizados. Esse fato é atribuído ao recorte temporal estabelecido para a coleta dos dados, que compreendia meses chuvosos, visto que a sazonalidade exerce influência no perfil de internações das doenças infectocontagiosas. Assim, recomenda-se que sejam elaboradas outras validações clínicas utilizando-se recortes temporais entre os meses de setembro e dezembro, considerados meses de estiagem pluviométrica na Paraíba, e validação clínica em outros contextos e locais, devido à endemicidade das doenças infectocontagiosas.

Com base nos dados apresentados, convém destacar a relevância da validação de instrumentos que respaldem a documentação de Enfermagem, sobretudo, as ferramentas para a avaliação inicial, como o histórico de enfermagem, que embasa a implementação das outras etapas do processo de enfermagem. Ademais, a utilização de recursos validados confere a um conjunto de itens a representatividade do fenômeno de interesse. Dessa forma, os achados dessa pesquisa fortalecerão a prática clínica, o ensino e a comunidade científica da área de Enfermagem em doenças infectocontagiosas.

Por fim, espera-se que os achados deste estudo subsidiem a elaboração de diagnósticos e intervenções de enfermagem a partir do processo de raciocínio diagnóstico conferido por árvores de classificação e o desenvolvimento de um protótipo de *software* para subsidiar a aplicação do processo de enfermagem na área de doenças infectocontagiosas com o uso de tecnologias de informação.

Referências

ABBATE-DAGA, G. et al. Health-related Quality of Life in Adult Inpatients Affected by Anorexia Nervosa. **Eur. Eat. Disorders Ver.**, v. 22, n. 4, p. 285-291, 2014.

ABU-RAIYA, H.; PARGAMENT, K. I.; KRAUSE, N. Religion as problem, religion as solution: religious buffers of the links between religious/spiritual struggles and well-being/mental health. **Qual Life Res**, v. 25, p. 1265–1274, 2016.

AGAMPODI, S. B. Characteristics of Rural Leptospirosis Patients Admitted to Referral Hospitals during the 2008 Leptospirosis Outbreak in Sri Lanka: Implications for Developing Public Health Control Measures. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 92, n. 1, p. 139–144, 2015.

AGUIAR, Z. N.; RIBEIRO, M. C. S. **Vigilância e controle das doenças transmissíveis**. 3. ed. São Paulo: Martinari, 2009.

ALAWIEH, A. et al. Challenges in the treatment of acute fulminant hepatitis B: Case report and literature review. **J Med Liban**, v. 63, n. 2, p. 102-106, 2015.

ALBUQUERQUE, M. D. M. et al. Índice de massa corporal em pacientes co-infectados pela tuberculose-HIV em hospital de referência da cidade de Recife, Estado de Pernambuco, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 153-160, abr./jun. 2009.

ALMEIDA, E. L. et al. Adesão dos portadores do hiv/aids ao tratamento: fatores intervenientes. **Rev. Min. Enferm**, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 208-216, abr./jun. 2011.

ALMEIDA, M.A. et al. Validação de Indicadores da classificação resultados de enfermagem hospitalizados para adultos em Risco de Infecção. **Texto contexto – Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 309-317, 2014.

AMARAL, R. B. et al. Can leucine supplementation attenuate muscle atrophy? A literature review. **Rev. bras. cineantropom. desempenho hum**, v. 17, n. 4, p. 496-506, 2015. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-00372015000400496&lng=en>. Cited: 31 mar. 2016.

ANDRADE, L. L.; COSTA, M. M. L. **Coleta de dados para clientes hospitalizados em uma clínica de doenças infectocontagiosas**. In: 11º Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem, Curitiba- PR, 2013.

ANDRADE, L. L. **Construção de instrumentos para a documentação do processo de enfermagem em uma clínica de doenças infectocontagiosas**. 2012. Dissertação (Mestrado em enfermagem), Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

ANDRADE, L. L. et al. Diagnósticos de enfermagem para clientes hospitalizados em uma clínica de doenças infectocontagiosas. **Rev. esc. enferm. USP** [Internet]. 2013 Apr [cited 2016 Apr 04] ; 47(2): 448-55. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200025&lng=en.

ANDRADE, L. L. et al. Termos identificados em uma clínica médica e classificados como não constantes na CIPE®. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 14, n. 2, p. 330-6, abr./jun. 2012.

ANDRADE, L. L.; NOBREGA, M. M. L. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes da clínica de doenças infectocontagiosas. In: Nóbrega MML, organizadora. **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE**. João Pessoa: Ideia; 2011, p. 197-216.

ANDRADE, L. L.; OLIVEIRA, O.S.; COSTA, M.M. L. **Necessidades psicoespirituais em portadores de doenças infectocontagiosas**: intervenções de enfermagem. In: 17 Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, Natal –Rn, 2013.

ANDRIS, D. A. **Semiologia**: bases para a prática assistencial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 4, p. 533-538, dez. 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400002&lng=pt>. Acesso em: 16 maio 2016.

ARAUJO, L. C.; ROMERO, B. Dor: avaliação do 5º sinal vital. Uma reflexão teórica. **Rev. dor**, v. 16, n. 4, p. 291-296, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132015000400291&lng=en>. Acesso em: 31 mar. 2016.

ARAUJO, M. A. L. et al. Doenças sexualmente transmissíveis atendidas em unidade primária de saúde no Nordeste do Brasil. **Cad. saúde colet.**, v. 23, n. 4, p. 347-353, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000400347&lng=en>. Acesso em: 31 mar. 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS. Consenso Brasileiro de Náuseas e Vômitos em Cuidado Paliativo. **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**, v. 3, n. 3, 8 telas, 2011.

AVENA, M. J.; PEDREIRA, M.L.; GUTIÉRREZ, M. G. Validação conceitual das características definidoras de diagnósticos de enfermagem respiratórios em neonatos. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 76-85, 2014.

AZEVEDO, R. S. S.; OLIVEIRA, C. S.; VASCONCELOS, P. F. C. Risco do chikungunya para o Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 58, 6 telas, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910201500100509&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2016.

BAILEY, P. H. et al. Best practice in nursing care of dyspnea: The 6th vital sign in individuals with COPD. **Journal of Nursing Education and Practice**. v. 3, n. 1, 2013.

BARLEM, J. G. T. et al. Fragilidades, fortalezas e desafios na formação do enfermeiro. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 347-363, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200020&lng=en>. Acesso em 04 abr. 2016.

- BARRA, D. C. C.; DAL SASSO, G. T. M. Padrões de dados, terminologias e sistemas de classificação para o cuidado em saúde e enfermagem. **Rev. bras. Enferm.**, v. 64, n. 6, p. 1141-9, 2011.
- BARROS, A. L. B. L. (Org.). **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem do adulto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- BECKSTEAD, J. W. Content validity is naught. International journal of nursing studies. **Int J Nurs Stud.**, v. 46, n. 9, p. 1274-83, sept. 2009.
- BENEDET, A. S.; BUB, B. C. **Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação de diagnóstico da NANDA**. 2. ed. Florianópolis: Bernúcia, 2001.
- BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. **Elementos de Amostragem**. Editora Edgard Blücher: São Paulo, 2005.
- BOUSSO, R. S.; POLES, K. CRUZ, D. A. L. M. Conceitos e Teorias na Enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 141-145, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Casos novos de hanseníase**: número, coeficiente e percentual, faixa etária, classificação operacional, sexo, grau de incapacidade, contatos examinados, por estados e regiões. Brasília, 2014a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/27/Dados-2014---final.pdf>> Acesso em: 15 abr. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Impactos na saúde e no sistema único de saúde decorrentes de agravos relacionados a um saneamento ambiental inadequado**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase Brasil 2000-2014**. Brasília, 2015b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/29/S--rie-Hist--rica-Hansen--ase-2000---2014.pdf>> Acesso em: 22 dez. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Influenza: **Monitoramento até a Semana Epidemiológica 16 de 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/03/svs-informe-influenza-se16-2016.pdf>> Acesso em: 23 jun. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Atlas de leishmaniose tegumentar americana: diagnósticos clínico e diferencial**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de tratamento de Influenza**: 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 13**. Brasília: Ministério da Saúde; 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Série histórica da Taxa de Incidência de Tuberculose**. Brasil, Regiões e Unidades Federadas de residência por ano de diagnóstico (1990 a 2014). Brasília, 2015a Disponível em:
<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/24/taxa-incid--ncia-tuberculose-1999-2014-base-JUN-2015.pdf>> Acesso em: 13 jan. 2016.

BRITO, F. M. et al. Espiritualidade na iminência da morte: estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 483-9, out./dez. 2013.

BRITO, K. K. G. Análise epidemiológica da hanseníase em um estado endêmico do nordeste brasileiro. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. esp., p. 24-30, 2015.

BRODERICK, M.C.; COFFEY, A. Person-centred care in nursing documentation. **Int J Older People Nurs.**, v. 8. n. 4, p. 309-18, 2013.

CAPES. **Relatório de avaliação 2010-2012 Trienal 2013**. Brasília: CAPES; 2014.

CARDOSO, H. C. et al. Avaliação da qualidade do sono em estudantes de Medicina. **Revista Brasileira De Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 349-355, 2009.

CARPER, B. A. Fundamental patterns of Knowing in Nursing. In: REED, P. G.; SHEARER, N. C.; NICOLL, L. H. **Perspectives on Nursing Theory**. 4. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

CASTELO-BRANCO, M. Z.; BRITO, D.; FERNANDES-SOUZA, C. Necessidades espirituais da pessoa doente hospitalizada: revisão integrativa **Aquichan**, v. 14, n. 1, p. 100-108, mar. 2014.

- CASTILLO-CABRERA, S. Manifestaciones mucocutáneas de la fiebre chikunyunga. **Dermatol PERU**, v. 24, n. 3, p. 159-167, 2014.
- CASTRO, C. B. A. et al. Avaliação de um escore clínico para rastreamento de suspeitos de tuberculose pulmonar. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1110-6, 2011.
- CATERIANO, V. P. et al. Cerebral salt-wasting syndrome associated with bacterial meningitis. **Neurología**, v. 26, n. 7, p. 441-442, sept. 2011.
- CATRIB, P. R. V. M.; OLIVEIRA, I. C. S. As estratégias da equipe de enfermagem frente à criança com doenças infecciosas e parasitárias. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 103-111, mar. 2012.
- CAVALCANTE, T. F. et al. Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “risco de aspiração” em pacientes com acidente cerebrovascular. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. esp. 9 telas, jan./fev. 2013.
- CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; HASS, V. J. Validação do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual: análise por especialistas. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 264-70, 2010.
- CHRISTO, P. P. Alterações cognitivas na infecção pelo hiv e aids. **Rev Assoc Med Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 242-7, 2010.
- COELHO, G. E. Challenges in the control of Aedes aegypti. **Rev Inst Med Trop.**, São Paulo, v. 54, n. sup 18, p. S13–S14, 2012.
- COLOMBRINI, M. R. C.; MARCHIORI, A. G. M.; FIGUEIREDO, R. M. **Enfermagem em infectologia**: cuidados com o paciente internado. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 311**, 08 de fevereiro de 2007. Aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:<http://novo.portalcofen.gov.br/resolucao-cofen-3112007_4345.html> Acesso em: 30 mai. 2014.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 429**, de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Brasília, 2012. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resolucao-cofen-n-4292012_9263.html. Acesso em 14 de novembro de 2014.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 514**, de 05 de maio de 2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem. Brasília, 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html. Acesso em 29 de maio de 2016.
- COSTA, I. K. F. et al. Assistance protocol to people with venous ulcers: a methodological study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 14, n. 5, p. 5-15, 2015.

- COSTA-JUNIOR, F. M.; MAIA, A. C. B. Concepções de Homens Hospitalizados sobre a Relação entre Gênero e Saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 55-63, jan./mar. 2009.
- COSTA, R. K. S. et al. Validade de instrumentos sobre o cuidado de enfermagem à pessoa com lesão cutânea. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 447-457, 2014.
- CRAVEN, R. F.; HIRNLE, C. J. **Fundamentos de enfermagem**: Saúde e função humana. 4 ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2006.
- CUEVAS, C. et al. Exantemas virales: Sarampión **Rev. Ped. Elec.**, v. 12, n. 2, p. 14-23, 2015.
- DAHER, E. F.; ABREU, K. L. S.; SILVA JUNIOR, G. B. Insuficiência renal aguda associada à Leptospirose. **J Bras Nefrol** 2010;32(4):408-415.
- DAL-FARRA, R. A.; GEREMIA, C. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 587-597, dec. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000400015&lng=en&nrm=iso>. Access on: 27 june 2016.
- DALMIDA, S. G. et al. The Meaning and Use of Spirituality Among African American Women Living With HIV/AIDS. **Western Journal of Nursing Research**, v. 34, n. 6, p. 736-65, 2012.
- DAL SASSO, G. T. M. et al. Computerized nursing process: methodology to establish associations between clinical assessment, diagnosis, interventions, and outcomes. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 242-249, 2013.
- DIAS, L. B. A. et al. Dengue: transmissão, aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 43, n. 2, p. 143-52, 2010.
- DOKE, P.; DAKHURE, D.; PATIL, A. A clinico-epidemiological study of chikungunya outbreak in Maharashtra state, India. **Indian Journal of Public Health**, v. 55, n. 4, p. 313-316, 2011.
- DONALISIO, M. R.; FREITAS, A. R. R. Chikungunya no Brasil: um desafio emergente. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 283-5, jan./mar. 2015.
- DONCLIFF, B. Improving the quality of nursing notes. **Kai Tiaki Nursing**, New Zealand, v. 21, n. 6, p. 27-29, 2015.
- DUARTE, M. T. C.; AYRES, G. A. SIMONETTI, J. P. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do processo de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. esp. p. 767-73, 2008.
- DUARTE, M. T. C.; AYRES, G. A. SIMONETTI, J. P. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 100-7, 2009.

- EGRY, E. Y.; HINO, P. **Las necesidades en la salud en la perspectiva de la atención básica**: guía para investigadores. São Paulo: Dedona Editorial, 2009.
- ESPÍRITO SANTO, C. C.; GOMES, A. M. T; OLIVEIRA, D. C. A espiritualidade de pessoas com HIV/aids: um estudo de representações sociais. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, n. 10, p. 15-24, 2013.
- FAHY, J. V.; DICKEY, B. F. Airway Mucus Function and Dysfunction. **N Engl J Med.**, v. 363, n. 23, p. 2233–2247, dec. 2010.
- FAWCETT, J. **Analysis and evaluation of conceptual models of nursing**. 4. ed. Fa Davis: Philadelphia, 2008.
- FEHRING R. Methods to validate nursing diagnosis. **Heart Lung**, v. 16, n. 6, p. 625-9, 1987.
- FELICE, C. D. et al. Choque: diagnóstico e tratamento na emergência. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 55, n. 2, p. 179-196, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.amrigs.org.br/revista/55-02/021-PG_179-196_559_choque%20diagnostico....pdf>. Acesso em: 14 abril. 2016.
- FELIX, G.; CEOLIM, M. F. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 884-891, ago. 2012.
- FERREIRA, B. E.; OLIVEIRA, I. M.; PANIAGO, A. M. M. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. **Rev Bras Epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 75-84, 2012.
- FERREIRA, L. T. K.; CEOLIM, M. F. Qualidade do sono em portadores do vírus da imunodeficiência humana. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 892-899, ago. 2012.
- FULY, P. S. C.; MARINS, D. S. Validação de um formulário para enfermagem pediátrica: estudo descritivo. **Online Brazilian Jurnal of Nursing**, Niteroi, v. 11, n. 2, p. 432-9, 2012. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3800/html_2>. Acesso em: 15 de setembro de 2015.
- GARCIA, T. R.; CABRAL, I. E. **Notas de enfermagem**: um guia para cuidadores da atualidade. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- GARCIA, T. R.; CUBAS, M. C. **Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem**: subsídios para a sistematização da prática profissional. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. **Integralidade da atenção no Sus e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- GARCIA, T. R. (Org.). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**: aplicação a realidade brasileira. Porto Alegre: Artmed, 2015.

- GEOVANINI, T. **Tratamento de feridas e curativos: enfoque multiprofissional**. São Paulo: Rideel, 2014.
- GONÇALVES, R. P. et al. Contribuições recentes sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira acerca da dengue. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n. 2, p. 578-593, 2015
- GOOSSEN, W. T. F. et al. A comparison of nursing minimal data sets. **Journal of the American Medical Informatics Association**, v. 5, n. 2, p. 152-63, 1998.
- GUIMARÃES, D. T. **Dicionários de termos médicos e de enfermagem**. São Paulo: Rideel, 2008.
- GUIMARÃES, M. C. **Feridas e curativos: uma forma simples e prática de tratar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011.
- GUIMARÃES, P. V.; HADDAD, M. C. L.; MARTINS, E. A. P. Validação de instrumento para avaliação de pacientes graves em ventilação mecânica, segundo o ABCDE. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 17, n. 1, p. 43-50, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i1.23178>>. Acesso em: 14 abr. 2016.
- HAIR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.
- HEALE, R.; TWYCROSS, A. Validity and reliability in quantitative studies. **Evid Based Nurs**, v. 18, n. 3, p. 66-68, july 2015.
- HEALY, K. et al. Integrating the Public in Mosquito Management: Active Education by Community Peers Can Lead to Significant Reduction in Peridomestic Container Mosquito Habitats. **PLoS ONE**, v. 9, n. 9, june 2014.
- HELLER, A. **Teoría de las necesidades em Marx**. Barcelona: Península, 1986.
- HOENIGL, M. et al. Signs or symptoms of acute HIV infection in a cohort undergoing community-based screening. **Emerg Infect Dis.**, v. 22, n. 3, p. 532–534, mar. 2016.
- HOLZEMER, W. L. et al. Validation of the Sign and Symptom Check-List for Persons with HIV Disease (SSC-HIV). **Journal of Advanced Nursing**, v. 30, n. 5, p. 1041-1049, 1999.
- HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- HOSKINS, L. M. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. **International Journal of Older People Nursing**, v. 8, p. 309-18, 1989.
- IRION, G. L. **Feridas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- KAWAMOTO, E. E.; FORTES, J. I. **Fundamentos de enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

- KIM, H. S.; KOLLAK, I. **Nursing Theories**: conceptual e philosophical foundations. 42. ed. Ney York: Springer Publishing Company, 2006.
- LAGES, M. I. B.; LAGES, R. B. Tratamento de Hepatite C em portador assintomático. **GED gastroenterol. endosc.dig.**, v. 30, n. 3, p. 116-118, 2011.
- LANCKER, A. V. et al. An instrument to collect data on frequency and intensity of symptoms in older palliative cancer patients: A development and validation Study. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 21, p. 38-47, 2016.
- LANDI, F. et al. Prevalence and Potentially Reversible Factors Associated With Anorexia Among Older Nursing Home Residents: Results from the ULISSÉ Project. **JAMDA**, v. 14, p. 119-124, 2013.
- LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Ed. Soldasoft, 2006.
- LIMA, E. P. GOULART, M. O. F; ROLIM NETO, M. L. Meta-analysis of studies on chemical, physical and biological agents in the control of Aedes aegypti. **BMC Public Health**, v. 15, n. 858, p. 1-14, 2015.
- LIMA, H. M. N. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. **Rev Bras Clin Med.**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 323-7, 2010.
- LIMA, M. D. C.; SILVA, V. M.; BELTRÃO, B. A. Construção e validação de conteúdo de instrumento de coleta de dados em unidade neonatal. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 97-106, 2009.
- LOHR, S. L. **Sampling: design and analysis**. 2. ed. Brooks/Cole: United States, 2010.
- LOPES, F. L.; SANTOS, S. S. C. Construindo um histórico enfermagem para ser utilizado com o idoso internado em um Hospital Universitário. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, p. 22-29, 2009.
- LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Métodos de pesquisa para validação clínica de conceitos diagnósticos. In: Herdman TH, Carvalho EC (Org.). **PRONANDA - Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem**: Conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed Panamericana Editora Ltda, 2013, p. 85-130.
- LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. **International Journal of Nursing Knowledge**. v. 23, n. 3, p. 134-139, 2012.
- LORENTZ, M. N.; VIANNA, B. S. B. Disritmias Cardíacas e Anestesia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 61, n. 6, nov./dez. 2011. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n6/v61n6a13.pdf>>. Acesso em: 14 abril. 2016.

- LUN, V. M.C.; BOND, M. H. Examining the Relation of Religion and Spirituality to Subjective Well-Being Across National Cultures. **Psychology of Religion and Spirituality**, Washington, v. 5, n. 4, p. 304–315, 2013.
- MAIA LEITE, L. H.; MATTOS, A. B. M. S. Progression to overweight, obesity and associated factors after antiretroviral therapy initiation among Brazilian persons with HIV/AIDS. **Nutr. Hosp.**, Madrid, v. 25, n. 4, p. 635-640, aug. 2010 . Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-1611201000400016&lng=es&nrm=iso>. accedido en: 15 jun. 2016.
- MANGUEIRA, S. O. **Revisão do diagnóstico de Enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool**. 2014. Tese (Doutorado em enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.
- MARCHIORI, R. et al. Influenza pandêmica A/H1N1: análise comparativa de alterações histopatológicas pulmonares. **Einsteini**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 306-311, set. 2012. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082012000300009&lng=en> Access on: 16 mayo 2016.
- MARIN, H. F.; BARBIERI, M.; BARROS, S. M. O. International essential data set for nursing: a comparison with data in the area of women's health. **Acta paul enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 251-6, 2010.
- MARINHO, L. S. et al. Avaliação da ventilação pulmonar regional por tomografia de impedância elétrica em paciente com estenose brônquica unilateral pós tuberculose. **J Bras Pneumol.**, Brasília, v. 39, n. 6, p. 742-746, 2013.
- MARQUES, D. K. A. et al. International Nursing Minimum Data Set: a comparative study with tools of a pediatric clinic. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 67, n. 4, p. 588-93, 2014.
- MARQUES, D. K. A.; NOBREGA, M. M. L. Instrumento de sistematização da assistência de enfermagem para adolescentes hospitalizados. **Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v. 13, n. 3, p. 372-380, 2009.
- MATA, L. R. F.; CARVALHO, E. C.; NAPOLEAO, A. A. Validação por peritos de intervenções de enfermagem para à alta de pacientes submetidos à prostatectomía. **Texto contexto – Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. esp., p. 33-44, 2011.
- MATSUNO, A. K. Insuficiência respiratória aguda na criança. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 45, n. 2, p. 168-84, 2012.
- MAZIERO, V. G. et al. Qualidade dos registros dos controles de enfermagem em um hospital universitário. **Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 165-70, 2013.
- MAZZO, A. et al. Validação de escala de autoconfiança para assistência de enfermagem na retenção urinária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 814-820, out. 2015.

- McEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- McINTYRE, M.; McDONALD, C. Contemplating the Fit and Utility of Nursing Theory and Nursing Scholarship Informed by the Social Sciences and Humanities. **Advances in Nursing Science**, v. 36, n. 1, p. 10-17, jan./mar. 2013.
- MEDEIROS, L. B. et al. Integração entre serviços de saúde no cuidado às pessoas vivendo com aids: uma abordagem utilizando árvore de decisão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 543-552, fev. 2016.
- MELEIS, A. I. **Theoretical nursing**: development and progress. 5. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012.
- MELO, R. C. C. P. et al. Helping Relationship Skills in nurses: the validation of a measurement instrument. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1387-1395, dec. 2011.
- MENEGHELLI, U. G.; MARTINELLI, A. L. C. Princípios de semiotécnica e de interpretação do exame clínico do abdômen. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 37, p. 267-285, 2004.
- MOHANA, J. **O mundo e eu**. Rio de Janeiro: Agir Editora, 1963.
- MONTEIRO, E. L. et al. Cirurgias seguras: elaboração de um instrumento de enfermagem perioperatória. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 99-109, 2014.
- MOREIRA, R. P. et al. Diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário: validação por especialistas. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 547-54, 2014.
- MOURA, G. A.; SOUZA, L. K. Autoimagem, socialização, tempo livre e lazer: quatro desafios à velhice. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 172 - 183, jan./jul. 2012.
- MURBACK, N. D. N. et al. Leishmaniose tegumentar americana: estudo clínico, epidemiológico e laboratorial realizado no Hospital Universitário de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. **An Bras Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 1, p. 55-63, 2011.
- MUSHTAQ, M.; ZAHIR, M. Depression, anxiety, stress and their effect upon the self-efficacy in dengue patients. **J Postgrad Med Inst.**, Peshawar, v. 30, n. 1, p. 62-5, 2016.
- NAMANI, S.; MILENKOVIĆ, Z.; KOĆI, B. Estudo prospectivo dos fatores de risco para complicações neurológicas na meningite bacteriana infantil. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 3, p. 256-262, jun. 2013. Disponível em: <from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000300007&lng=en>. Acesso em: 13 abr. 2016.
- NARANG, M. et al. Epidemiological trends of tetanus from East Delhi, India: A hospital-based study. **Journal of Infection and Public Health**, Saudi Arabian, v. 7, n. 2, p. 12- 124, 2014.

- NASCIMENTO, L. B. et al. Caracterização dos casos suspeitos de dengue internados na capital do estado de Goiás em 2013: período de grande epidemia. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.24, n. 3, p. 475-484, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300475&lng=en> Acesso em 31 mar. 2016.
- NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **Diretrizes Internacionais sobre Úlcera por Pressão**. Cambridge Media: Osborne Park, Austrália, 2016. Disponível em: <<http://woundcareworcester.com/urgent-care/>>. Acesso em: 25 jun. 2016.
- NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- NICHIATA, L. Y. I. et al. Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC®: instrumento pedagógico de investigação epidemiológica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 766-771, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300032&lng=en>. Acesso em: 13 jun. 2016.
- NICOLLE, L. E. Catheter associated urinary tract infections e Antimicrobial Resistance and Infection Control. **BioMed Central**, v. 3, n 23, p. 8 telas, 2014.
- OLIPHANT, C. M. Tuberculosis. **The Journal for Nurse Practitioners**, v. 11, n. 1, p. 87-94, jan. 2015.
- OLIVEIRA, A. R. S. et al. Construção e validação dos indicadores e suas definições para o resultado de enfermagem Estado da deglutição. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 450-7, 2015.
- OLIVEIRA, A. R. S. et al. Validação clínica dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem: revisão narrativa da literatura. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2013 jan/mar; 21(1):113-20.
- OLIVEIRA, C. J. et al. Validação clínica do diagnóstico "falta de adesão" em pessoas com hipertensão arterial. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 611-619, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400611&lng=en> Acesso em: 04 abr. 2016.
- OLIVEIRA, D. C. Prioridades de pesquisa em enfermagem e as linhas de pesquisa: dando continuidade ao debate. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 712-6, 2014.
- OLIVEIRA, E. et al. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 6, p. 688-690, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000600019&lng=en> Acesso em: 30 mar. 2016.
- OLIVEIRA, N. M. et al. Drogas antirretrovirais e pancreatite aguda em pacientes com HIV/AIDS: existe alguma associação? Revisão da literatura. **Einstein**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 112-9, 2014.

- ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Preparedness and response for Chikungunya virus in the Americas**, 2011. Available from: <http://carpha.org/DesktopModules/Bring2mind/DMX/Download.aspx?Command=Core_Download&EntryId=1131&language=en-US&PortalId=0&TabId=109>. Access on: 15 jan. 2016.
- PAGLIARONE, A. C.; SFORCIN, J. M. Estresse: revisão sobre seus efeitos no sistema imunológico. **Biosaúde**, Londrina, v. 11, n. 1, p. 57-90, jan./jun. 2009
- PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. Gerencia executiva de vigilância em saúde. **Dengue, Chikungunya e Zika até a Semana Epidemiológica 42**. João Pessoa, PB, 2015.
- PARAIBA. Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. Gerencia executiva de vigilância em saúde. **Dengue, Chikungunya e Zika até a Semana Epidemiológica 16**. João Pessoa, PB, 2016.
- PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica**: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- PASQUALI, L. Psicometria. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. esp. p. 992-9, 2009.
- PASQUALI, L. Validade dos Testes Psicológicos: Será Possível Reencontrar o Caminho? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 23, n. esp. p. 99-107, 2007.
- PAUL, B. J. et al. Clinical profile and long-term sequelae of Chikungunya fever. **Indian Journal of Rheumatology**, v. 6, n. 1, p. 12-19, 2011.
- PEDROSA, K. K. A.; SOUZA, M. F. G.; MONTEIRO, A. I. O Enfermeiro e o Registro de Enfermagem em um Hospital Público de Ensino. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 568-73, 2011.
- PELISSARI, D. M. Et al. Revisão sistemática dos fatores associados à leptospirose no Brasil, 2000-2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 565-574, 2011.
- PERES, H. H. C. et al. Avaliação de sistema eletrônico para documentação clínica de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 543-548, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400010&lng=en>. Acesso em: 04 abr. 2016.
- PERSEGONA, K. R. et al. O Conhecimento Político na atuação do enfermeiro. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 645-650, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000300027&lng=en>. Acesso em: 01 jun. 2016.
- PINHEIRO, R. S. et al. Intermediate endemicity of hepatitis a virus infection in rural settlement projects of southwest goiás, brazil. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 52, n. 3, p. 200-203, set. 2015. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032015000300200&lng=en>. Acesso em: 31 mar. 2016.

- PIRES, M. P. O.; PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINI, M. A. S. Cirurgia segura em pediatra: elaboração e validação de checklist de intervenções pré-operatórias. **Rev Latino Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, p. 1080-7, 2013.
- POLACHINI, C.O.; FUJIMORI, K. Leptospirose canina e humana, uma possível transmissão conjuntival no Município de São Paulo, Estado de São Paulo, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude, Ananindeua**, v. 6, n. 1, p. 59-65, 2015.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; PAIVA, L. Validação de Conteúdo do Diagnóstico de enfermagem náusea. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 49-57, 2014.
- PORTELLA, A. V. T. et al. Neuralgia pós-herpética em área anatômica pouco usual: relato de caso. **Rev. dor**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 187-190, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132012000200017&lng=en>. Acesso em: 31 mar. 2016.
- PORTELLA, A. V. T.; SOUZA, L. C. B.; GOMES, J. M. A. Herpes-zóster e neuralgia pós-herpética. **Rev. dor**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 210-215, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000300012&lng=en>. Acesso em: 31 mar. 2016.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- PORTO, C. C. **Exame clínico**: Porto & Porto. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- POWELL, J. R.; TABACHNICK, W. J. History of domestication and spread of Aedes aegypti - A Review. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 108, n. supl. 1, p. 11-17, 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02762013000900011&lng=en&nrm=iso>. Access on: 19 june 2016.
- POWELL, L. H.; SHAHABI, L.; THORESEN, C. E. Religion and Spirituality: Linkages to Physical Health. **Psychology of Religion and Spirituality**, Washington, v. 58, n. 1, p. 36-52, 2003.
- QUEIRÓS, P. J. P. Reflexões parágrafo Uma epistemologia da enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 776-781, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300776&lng=en>. Acesso em: 01 jun. 2016.
- QUEIROZ, T. A. et al. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes em reação hansônica. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. esp. p. 185-91, 2015.
- RAFFERTY, K. A.; BILLIG A. K.; MOSACK, K. E. Spirituality, Religion, and Health: The Role of Communication, Appraisals, and Coping for Individuals Living with Chronic Illness. **J Relig Health**, v. 54, p. 1870–1885, 2015.

- RAMALHO NETO, J. M.; FONTES, W. D.; NÓBREGA, M. M. L. Instrumento de coleta de dados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 535-542, ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400011&lng=en> Acesso em: 28 abr. 2016.
- RANEGGER R, HACKL WO, AMMENWERTH E. A proposal for an austrian nursing minimum data set (NMDS): A Delphi study. **Appl Clin Inf.**, v. 5, p. 538-47, 2014.
- RIBEIRO, F. M. T. et al. O uso do preservativo entre os participantes do Carnaval - perspectiva de gênero. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 106-113, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100106&lng=en>. Acesso em: 31 mar. 2016.
- RIBEIRO, R. C.; MARIN, H. F. Proposta de um instrumento de avaliação da saúde do idoso institucionalizado baseado no conceito do Conjunto de Dados Essenciais em Enfermagem. **Rev bras enferm.**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 204-12, 2009.
- RIBEIRO, S. A. et al. Síndrome respiratória aguda grave causada por influenza A (subtipo H1N1). **J Bras Pneumol.**, Brasília, v. 36, n. 3, p. 386-389, 2010.
- RODRIGUES, L. C.; LOCKWOOD, D. N. Leprosy now: epidemiology, progress, challenges, and research gaps. **Lancet Infect Dis.**, v. 11, n. 6, p. 464-70, 2011.
- SANTOS, M. A. M. **Terminologia em enfermagem**. 3. ed. São Paulo: Martinari, 2009.
- SANTOS, Q. G. et al. A crise de paradigmas na ciência e as novas perspectivas para a enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 833-837, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400024&lng=en>. Acesso em: 11 mar. 2016.
- SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M. G. O. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 182-188, 2010.
- SCHNEIDER, M. C. et al. Leptospirosis in Rio Grande do Sul, Brazil: An Ecosystem Approach in the Animal-Human Interface. **PLoS Negl Trop Dis.**, Califórnia, v. 9, n. 11, 2015.
- SCHNEIDER, M. C. et al. Leptospirosis Outbreaks in Nicaragua: Identifying Critical Areas and Exploring Drivers for Evidence-Based Planning. **Res. Public Health**, Brasileia, v. 9, p. 3883-3910, 2012.
- SEGANFREDO, D. H.; ALMEIDA, M. A. Validação de conteúdo de resultados de enfermagem, segundo a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) para pacientes clínicos, cirúrgicos e críticos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 8 telas, 2011.
- SEGATTO, A. F. M. et al. Lipodystrophy in HIV/AIDS patients with different levels of physical activity while on antiretroviral therapy. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 44,

- n. 4, p. 420-424, ago. 2011. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822011000400004&lng=en&nrm=iso>. Access on: 03 abr 2016.
- SEHNEM, G. D. et al. Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no cuidado de enfermagem a indivíduos portadores de feridas. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 839-846, 2015.
- SILVA, A. F. et al. Nursing minimum data in maternal health forms: a comparative study. **Online Braz J Nurs.**, Niterói, v. 12, n. 2, p. 283-94, 2013. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3936>>. Acesso em: 20 mai. 2015.
- SILVA, A. F. et al. The Influence of Religiosity/ Spirituality on Mental Health. **International Archives of Medicine**, v. 8, n. 116, p. 8 telas, 2015.
- SILVA, A. F.; NÓBREGA, M. M. L.; SOUTO, C. M. R. M. Instrumento para documentação de processo de enfermagem no período pós-parto. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 1385-1393, jul./set. 2015.
- SILVA, C. R. L.; SILVA, R. C. L.; VIANA, D. L. **Compacto dicionário ilustrado de saúde**. 4. ed. São Caetano do Sul: Yendis editora, 2009.
- SILVA, D. M. Tétano como doença de base para disfagia. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 499-504, mai./jun. 2010.
- SILVA JUNIOR, G. B; DAHER, E. F. Lesão renal associada a doenças tropicais. **Rev Bras Clin Med.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 155-64, 2013.
- SILVA, S. K.; PASSOS, S. M. K.; SOUZA, L. D. M. Associação entre religiosidade e saúde mental em pacientes com HIV. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 36-51, 2015.
- SILVA, R. S. et al. Elaboração de um instrumento para coleta de dados de paciente crítico: Histórico de enfermagem. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 267-73, 2012.
- SILVA, V. C. G. et al. Mensuração do tempo dos registros manual e eletrônico da Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **J Health Inform.**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 37-42, 2012.
- SILVA, V. S.; MORI, R. M.; GUIMARÃES, S. M. Alterações Nutricionais em Pacientes com Lipodistrofia Associada ao HIV/Aids de uma Unidade de Referência do Município de Belém – Pará. **DST - J bras Doenças Sex Transm.**, Niterói, v. 24, n. 4, p. 233-238, 2012.
- SILVEIRA, D. T.; MARIN, H. F. Conjunto de dados mínimos de enfermagem: construindo um modelo em saúde ocupacional. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 218-27, 2006a.
- SILVEIRA, D. T.; MARIN, H. F. Conjunto de dados mínimos em enfermagem: identificação de categorias e itens para a prática de enfermagem em saúde ocupacional ambulatorial. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 2, p. 142-7, 2006b.

- SIQUEIRA, H. R. Enfoque Clínico da Tuberculose Pulmonar. *Rev. Pulmão RJ*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-18, 2012.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de hipertensão. *Arq Bras Cardiol.*, Rio de Janeiro, v. 95, n. suppl, p. 1-51, 2010.
- SOUZA, A. A.; SOUZA, G. M. C.; SCHÜTZ, T. Aceitação de dietas em ambiente hospitalar. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 24, n. 2, p. 287-294, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732011000200009&lng=en>. Acesso em: 29 mar. 2016.
- SOUZA NETO, V. L. et al. Perfil diagnóstico de enfermagem de pacientes hospitalizados em unidade de infectologia. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 79-85, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000300079&lng=en>. Acesso em: 28 mar. 2016.
- SOUZA, S. S.; SILVA, I. G.; SILVA, H. H. G. Associação entre incidência de dengue, pluviosidade e densidade larvária de Aedes aegypti, no Estado de Goiás. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 43, n. 2, p. 152-155, mar./abr. 2010.
- SPIGOLON, D. N.; MORO, C. M. C. Arquétipos do conjunto de dados essenciais de enfermagem para atendimento de portadoras de endometriose. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 22-32, 2012.
- SPILLER, R. C.; THOMPSON, W. G. Transtornos intestinais. *Arq Gastroenterol.* São Paulo, v. 49, 2012.
- SZERWIESKI, L. L. D.; CORTEZ, L. E. R.; MARCON, S. S. O acompanhante do adulto hospitalizado na ótica da equipe de enfermagem. *Rev enferm UFPE*, Recife, v. 10, n. 1, p. 48-56, jan. 2016.
- TAPAJÓS, R. Trismo, opistótono e riso sardônico: quem se lembra dessa doença? *Rev Bras Ter Intensiva*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 383-387, 2011.
- TAUIL, P. L. Condições para a transmissão da febre do vírus chikungunya. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 23, n. 4, p. 773-774, dez. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000400773&lng=en&nrm=iso>. Access on: 19 june 2016.
- TAVARES, R. E.; TOCANTINS, F. R. Nursing actions in primary care and the control of diseases preventable through vaccines. *Rev Bras Enferm.*, Brasília, v. 68, n. 5, p. 521-7, 2015.
- TEIXEIRA, A. M. S.; DOMINGUES, C. M. A. S. Monitoramento rápido de coberturas vacinais pós-campanhas de vacinação no Brasil: 2008, 2011 e 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 22, n. 4, p. 565-578, dez. 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000400003&lng=pt>. Acesso em: 28 dez. 2015.

- TEIXEIRA, C. C. et al. Aferição de sinais vitais: um indicador do cuidado seguro em idosos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1071-8, out./dez. 2015.
- TEIXEIRA, L. A. S. et al. Persistência dos sintomas de dengue em uma população de Uberaba, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 624-630, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000300019&lng=en>. Acesso em: 10 jun. 2015.
- TESTON, E. F.; SILVA, R. L. D. T.; MARCON, S. S. Convivendo com hepatite: repercussões no cotidiano do indivíduo infectado. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 860-8, 2013.
- TRIGUEIRO, D. R. S. G. et al. A influência dos determinantes individuais no retardo do diagnóstico da tuberculose. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2014 Out-Dez; 23(4): 1022-31.
- TSUDA, L. C. et al. Alterações corporais: terapia antirretroviral e síndrome da lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n., 5, p. 7 telas, 2012.
- TUFANO, C. S. et al. The influence of depressive symptoms and substance use on adherence to antiretroviral therapy. A cross-sectional prevalence study. **São Paulo Med J.**, São Paulo, v. 133, n. 3, p. 179-86, 2015.
- VANCE, D. E. et al. Religion, spirituality, and older adults with HIV: critical personal and social resources for an aging epidemic. **Clinical Interventions in Aging**, v. 6, p. 101-109, 2011.
- VAUGHANS, B. W. **Fundamentos de enfermagem desmistificados**: um guia de aprendizado. Porto Alegre: AMGH, 2012.
- VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.
- VIÇOSO, H. **Dicionário enciclopédico da psicologia**. Edições Texto & Grafia, Lda: Lisboa, 2008.
- VIVEROS, P. V.; MONROY, R. H.; ALVA, J. A. V. Esplenomegalia. **Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM**, México, v. 56, n. 2, p. 37-45, mar./abr. 2013.
- WHITE, J. Patterns of Knowing: review, critique and update. In: REED, P. G.; SHEARER, N. B. C.; NICOLL, L. H. (Orgs.). **Perpectives on Nursing Theory**. 4. ed. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, 2004.
- WILKINS, T.; ZIMMERMAN, D. SCHADE, R. R. Hepatitis B: Diagnosis and Treatment. **American Family Physician**, v. 81, n. 8, p. 965-972, 2010.
- WOODS, S. B.; PRIEST, J. B.; ROUSH, T. The Biobehavioral Family Model: Testing Social Support as an Additional Exogenous Variable. **Family Process**, v. 53, n. 4, p. 672-685, dec. 2014.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Influenza**. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/>. Acesso em: 02 mai. 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization, 2000. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/>. Acesso em: 02 jan. 2016
- YAMAMURA, M. et al. Produção nacional e acesso sobre enfermagem e doenças transmissíveis. **UNOPAR Cient, Ciênc Biol Saúde**, Londrina, v. 13, n. esp, p. 299-306, 2011.
- ZHANG, L. et al. Side effects, adherence self-efficacy, and adherence to antiretroviral treatment: a mediation analysis in a Chinese sample. **AIDS Care**, v. 24, p. 1-8, 2016.

Apêndices

APÊNDICE A

CARTA-CONVITE AOS ESPECIALISTAS

Prezado enfermeiro (a),

Meu nome é Lidiane Lima de Andrade, sou doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Estou desenvolvendo uma tese intitulada “Validação de um histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas”, sob a orientação da Profa. Dra. Marta Miriam Lopes Costa.

Solicitamos, por meio desta, a sua colaboração como especialista na área de doenças infectocontagiosas, que envolverá a apreciação e o julgamento dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas para a avaliação de pacientes hospitalizados com doenças infectocontagiosas.

Caso deseje participar, pedimos que responda o mais rápido possível, expressando o veículo de comunicação de sua preferência (e-mail ou correspondência convencional). Caso manifeste concordância, enviaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as instruções para o preenchimento do instrumento e o instrumento propriamente dito. Se optar pela correspondência convencional, solicitamos, ainda, que nos remeta seu endereço postal completo e atualizado para envio do material acima descrito. Enviaremos um envelope previamente selado e endereçado para resposta.

Gostaríamos, se possível, que você indicasse mais especialistas nesta área que possam colaborar com nosso trabalho.

Aguardamos sua resposta e, desde já, agradecemos o seu valioso apoio, oportunidade em que me coloco à sua disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Lidiane Lima de Andrade⁴

⁴ E-mail: lidiane.lima@ufcg.edu.br. Endereço: Rua Bancário Antônio Severino da Silva, 46, apto. 302, Bancários. CEP: 58.051-460, João Pessoa – PB, Brasil.

APÊNDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ESPECIALISTAS**

Convido o (a) Sr. (a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa “Validação de um histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas”, que está sob a responsabilidade de Lidiane Lima de Andrade. Endereço: Sítio Olho D’água da Bica, SN, Cuité – PB, CEP: 58135-000. Tel.: (83) 3372-1900. E-mail: lidiane.lima@ufcg.edu.br. A pesquisa está sendo realizada sob a orientação da Profa. Dra. Marta Miriam Lopes Costa. Endereço: Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde/UFPB – CEP 58059-900. João Pessoa - PB. Tel: (83) 3216- 7109. E-mail: marthamiryam@hotmail.com.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua, e a outra, do pesquisador responsável.

Em caso de recusa, o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- ♦ O objetivo geral da pesquisa é verificar a validade dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas apresentadas em um histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. Sua participação consistirá no julgamento da relevância, clareza e precisão dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas apresentadas no histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. O material respondido poderá ser devolvido via correio, por meio eletrônico (e-mail) ou pessoalmente.
- ♦ A pesquisa não oferece risco à sua integridade física. Entretanto, devido ao instrumento ser extenso e o seu preenchimento exigir de você um raciocínio complexo, a pesquisa lhe oferece risco de cansaço mental. Com vistas a minimizar este risco, será dado o prazo de trinta dias para que você possa responder o instrumento.
- ♦ A pesquisa oferece benefícios por realizar a validação de um histórico de enfermagem direcionado a indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas, favorecendo a documentação do processo de enfermagem, contribuindo para sua utilização na prática clínica, de ensino e de pesquisa.

- ♦ Sua participação na pesquisa termina depois que devolver o material preenchido. Seu nome não será divulgado, sua participação é voluntária, e você tem a liberdade de desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou penalização.
- ♦ O material oriundo da coleta dos dados será armazenado em computadores e arquivos, durante um período de cinco anos depois da divulgação dos resultados, no Centro de Educação e Saúde/ UFCG, pela pesquisadora responsável.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa que Envolve Seres Humanos do HULW/UFPB no endereço: Cidade Universitária - João Pessoa-PB CEP: 58050-000 - Tel: (83) 3216-7042 E-mail: hulw@hulw.ufpb.br.

Sidiane Lima de Andrade

(Pesquisadora responsável)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/CPF/_____,
abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Validação de um histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas” como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso traga qualquer penalidade a mim.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

APÊNDICE C

APRESENTAÇÃO E INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Prezado especialista,

Esse trabalho, intitulado “Validação de um histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas”, é uma tese de Doutorado, conforme se detalha no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Nessa etapa do estudo, será feita a análise de conteúdo dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas. Para tanto, contamos com sua colaboração. O instrumento é dividido em duas partes:

Parte I - Caracterização do especialista

Parte II - Análise de conteúdo dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas apresentadas no histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas.

Na segunda parte, solicitamos que você analise as definições operacionais de cada indicador empírico.

Definição operacional: propõe-se a definir como o indicador empírico da necessidade humana básica é mensurado e reflete a identificação do fenômeno na realidade em que ocorre.

Indicador empírico: corresponde à manifestação da necessidade humana básica.

Depois de ler criteriosamente cada indicador e sua definição correspondente, solicitamos que você avalie com base nos seguintes critérios: relevância, clareza e precisão.

Relevância: refere-se à pertinência, à capacidade de o indicador e a definição serem importantes.

Clareza: refere-se à capacidade de o indicador e a definição serem inteligíveis, com frases curtas, expressões simples (expressam uma única ideia) e inequívocas.

Precisão: refere-se à capacidade de o indicador ter uma posição definida e ser distinto dos demais indicadores no que se refere às definições. Indica que a definição proposta representa apenas aquele indicador.

Para cada critério, você deverá assinalar uma das opções:

0- Inadequado: inapropriado quanto ao critério em análise;

1- Parcialmente adequado: incompleto e insuficiente quanto ao critério em análise;

2- Adequado: apropriado, conveniente e correspondente quanto ao critério em análise.

Caso considere algum indicador como 0 - Inadequado ou 1- Parcialmente adequado, utilize o espaço indicado para justificativa, sugestões de modificação ou de exclusão, bem como outras considerações que julgar pertinentes.

Essa etapa é essencial para o desenvolvimento de nosso estudo, que fica inviável sem a sua contribuição. Assim, solicitamos que nos entregue o instrumento preenchido em um **prazo de 30 dias**, para que seja possível executar a próxima fase da pesquisa. A devolução do instrumento e do TCLE preenchidos pode ser realizada via correio (enviaremos um envelope previamente selado e endereçado para resposta), por meio eletrônico (e-mail) ou pessoalmente. Caso escolha o meio eletrônico, o TCLE deverá ser assinado e digitalizado.

Desde já, agradecemos a sua valiosa colaboração e nos dispomos para quaisquer esclarecimentos e/ ou dúvidas.

Doutoranda: Lidiane Lima de Andrade (lidiane.lima@ufcg.edu.br)

Orientadora: Marta Miriam Lopes Costa (marthamiryam@hotmail.com)

APÊNDICE D
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
PARTE I – CARACTERIZAÇÃO DO ESPECIALISTA

1. Sexo: () Feminino () Masculino

2. Idade (anos completos): _____

3. Titulação: () Mestre () Doutor

Área do Mestrado: _____

Área do Doutorado: _____

4. Ocupação atual: () Assistência () Ensino () Pesquisa

Instituição: _____

Quantos anos de experiência: _____

5. Experiência na área de doenças infectocontagiosas: () Ensino () Assistência

Instituição: _____

Quantos anos de experiência: _____

6. Desenvolveu algum estudo/pesquisa sobre o cuidado de enfermagem a indivíduos com doenças infectocontagiosas? () Sim () Não

Natureza do estudo? () Monografia de Graduação () Monografia de Especialização

() Dissertação () Tese () Artigo científico () Outros: _____

Título do estudo: _____

7. Orientou algum estudo/pesquisa sobre o cuidado de enfermagem a indivíduos com doenças infectocontagiosas? () Sim () Não

Natureza do estudo? () Monografia de Graduação () Monografia de Especialização

() Dissertação () Tese () Artigo científico () Outros: _____

Título do estudo: _____

PARTE II – ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS INDICADORES EMPÍRICOS APRESENTADOS NO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PARA INDIVÍDUOS HOSPITALIZADOS COM DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS			
Oxigenação: necessidade de obter o oxigênio por meio da ventilação; da difusão do oxigênio e dióxido de carbono entre os alvéolos e o sangue; e do transporte de oxigênio para os tecidos periféricos com a remoção de dióxido de carbono.			
INDICADORES EMPÍRICOS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	CRITÉRIOS		SUGESTÕES
1. Batimento das aletas nasais Definição operacional: identificado pela inspeção do alargamento e abertura da narina durante a respiração.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2
2. Dispneia Definição operacional: identificada pelo relato verbal de dificuldade respiratória.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2
3. Expectoração espessa Definição operacional: identificada pela inspeção do muco com consistência pegajosa que flui das vias aéreas para o meio exterior	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2
4. Expectoração fluida Definição operacional: identificada pela inspeção do muco de consistência gelatinosa que flui das vias aéreas para o meio exterior	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2
5. Expectoração hemóptica Definição operacional: identificada pela inspeção de muco com a presença de sangue que flui das vias aéreas para o meio exterior.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2
6. Expectoração purulenta Definição operacional: identificada pela inspeção muco com a presença de pus que flui das vias aéreas para o meio exterior	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2
7. Gemência Definição operacional: identificado pela inspeção de gemido devido a problemas respiratórios.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2

	Relevância	Clareza	Precisão	
8. Murmúrios vesiculares ausentes Definição operacional: identificados pela auscultação de sons suaves e graves ausentes do ápice a base dos pulmões.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
9. Murmúrios vesiculares diminuídos Definição operacional: identificados pela auscultação de sons suaves e graves diminuídos do ápice a base dos pulmões.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
10. Murmúrios vesiculares presentes Definição operacional: identificados pela auscultação de sons suaves e graves do ápice a base dos pulmões.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
11. Respiração profunda Definição operacional: identificada pela inspeção do aumento na amplitude torácica no movimento de inspiração e expiração.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
12. Respiração superficial Definição operacional: identificada pela inspeção da diminuição na amplitude do tórax no movimento de inspiração e expiração.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
13. Retração intercostal Definição operacional: identificada pela inspeção de depressão da musculatura do tórax entre as costelas.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
14. Ruídos adventícios (creptos) Definição operacional: identificados pela auscultação pulmonar de sons agudos estalantes e descontínuos, audíveis quando ocorre uma abertura súbita de pequenas vias aéreas contendo líquido.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
15. Ruídos adventícios (roncos) Definição operacional: identificados pela auscultação pulmonar de sons graves que ocorrem devido à passagem de ar por canais repletos de secreções.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
16. Ruídos adventícios (sibilos) Definição operacional: identificados pela auscultação pulmonar de sons agudos e rangentes que ocorrem devido ao ar comprimido	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	

nas vias aéreas estreitadas.				
17. Tosse (produtiva) Definição operacional: identificada pela inspeção ou relato verbal de resposta reflexa visando eliminar secreções acumuladas na laringe, na traqueia ou nos brônquios.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
18. Tosse (seca) Definição operacional: identificada pela inspeção ou relato verbal de resposta reflexa a estímulos irritantes na laringe, na traqueia ou nos brônquios.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
19. Uso de traqueostomia Definição operacional: identificada pela inspeção da inserção de uma cânula na traqueia para a passagem de ar.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
Hidratação: necessidade de que os líquidos corporais, compostos principalmente pela água, sejam mantidos normais, favorecendo o metabolismo corporal.				
20. Anasarca Definição operacional: identificada pela inspeção de inchaço generalizado em todo o corpo.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
21. Ascite Definição operacional: acúmulo de líquido na cavidade peritoneal identificado por meio da técnica de piparote, em que o paciente ou uma terceira pessoa coloca a borda lateral externa da mão sobre a linha média do abdômen, e o profissional aplica golpes rápidos com a ponta dos dedos de uma mão sobre os flancos, enquanto a outra mão espalmada fica sobre o flanco oposto, palpando o impulso da onda líquida transmitida.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
22. Edema Definição operacional: acúmulo de líquido no espaço intersticial identificado por meio do sinal de Godet (depressão a partir da aplicação de pressão na pele). O mesmo deve ser avaliado por uma escala de cruzes, dessa forma 1+ corresponde a depressão leve (2mm) com ligeira indentação; 2+ depressão moderada (4mm) com indentação que desaparece rapidamente; 3+ depressão profunda (6mm) com indentação que permanece por	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	

um curto período; 4+ depressão muito profunda (8mm) com indentação permanecendo por um longo período.				
Nutrição: necessidade obter os elementos necessários para o consumo e utilização de energia e nutrientes em nível celular, com o objetivo de manter a saúde e a vida. A nutrição envolve os processos de ingestão, digestão, absorção e captação dos mesmos para a utilização no metabolismo corporal.				
23. Abdômen distendido Definição operacional: inchaço local ou generalizado do abdômen identificado por meio da inspeção tangencial desde a margem da costela até o osso púbico.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
24. Abdômen flácido Definição operacional: protrusão na parede inferior do abdômen, identificado pela inspeção da parede abdominal quando o paciente está em pé.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
25. Abdômen globoso Definição operacional: abdômen aumentado no diâmetro anteroposterior, identificado pela inspeção tangencial desde a margem da costela até o osso púbico.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
26. Abdômen maciço Definição operacional: identificado por meio da percussão do abdômen com som breve e de timbre alto.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
27. Abdômen plano Definição operacional: contorno regular do abdômen, identificado pela inspeção tangencial desde a margem da costela até o osso púbico.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
28. Abdômen timpânico Definição operacional: identificado pela percussão do abdômen com som claro e de timbre baixo, semelhante a uma batida de tambor.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
29. Abdômen volumoso Definição operacional: diâmetro transversal do abdômen aumentado, identificado pela inspeção tangencial desde a margem da costela até o osso púbico.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	

	Relevância	Clareza	Precisão	
30. Aceitação da dieta parcial Definição operacional: identificada por relato verbal de ingestão parcial da dieta oferecida.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
31. Aceitação da dieta total Definição operacional: identificada pelo relato verbal de ingestão total da dieta oferecida.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
32. Anorexia Definição operacional: identificada por relato verbal de apetite diminuído ocasionando perda de peso acima do considerado saudável para o indivíduo.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
33. Apetite aumentado Definição operacional: identificado pelo relato verbal do desejo de comer a mais do que as refeições oferecidas.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
34. Apetite diminuído Definição operacional: identificado pelo relato verbal do desejo de comer a menos do que as refeições oferecidas.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
35. Apetite normal Definição operacional: identificada pelo relato verbal do desejo de comer todas as refeições oferecidas.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
36. Disfagia Definição operacional: identificada pelo relato verbal de dificuldade de deglutição.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
37. Eructação Definição operacional: identificada pelo relato verbal ou inspeção regurgitação de ar.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
38. Esplenomegalia Definição operacional: identificada pela palpação em garra no quadrante superior esquerdo, na altura do rebordo costal, de maneira que quando o paciente inspira o examinador aprofunda	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	

sua mão e sente a extremidade inferior do baço.				
39. Hábitos alimentares Definição operacional: identificados por relato verbal do número de refeições diárias e tipos de alimentos ingeridos.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
40. Hepatomegalia Definição operacional: identificada pela palpação em garra no quadrante superior direito, na altura do rebordo costal, caso a borda do fígado ultrapasse o rebordo costal em mais de 3 cm, na altura da linha hemiclavicular, tem-se hepatomegalia.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
41. Intolerância alimentar Definição operacional: identificada pelo relato verbal reações adversas que ocorrem devido ao contato com algum tipo de alimento.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
42. Lesão na cavidade oral Definição operacional: identificada pela inspeção do rompimento na integridade da pele na cavidade oral.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
43. Não aceita dieta oral Definição operacional: identificada pelo relato verbal da não aceitação da ingestão por via oral do regime alimentar.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
44. Náusea Definição operacional: identificada por relato verbal de desconforto gástrico com tendência a vômito.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
45. Pirose Definição operacional: identificada pelo relato verbal de queimação retroesternal podendo prolongar-se para a região epigástrica.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
46. Preferências alimentares Definição operacional: identificadas por relato verbal de alimentos considerados prediletos.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	

47. Refluxo gástrico Definição operacional: identificado pelo relato verbal da sensação de conteúdo gástrico retornando involuntariamente para o esôfago e/ou cavidade oral.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
48. Singulto Definição operacional: identificado pelo relato verbal de contração involuntária do diafragma, determinando um abalo do tórax e abdômen, acompanhado de ruído devido a constrição da glote com vibração das cordas vocais.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
49. Uso de sonda nasoentérica Definição operacional: identificado pela inspeção de um tubo flexível de poliuretano introduzido da narina até o jejuno para a realização de nutrição enteral e administração de medicamentos.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
50. Uso de sonda nasogástrica fechada Definição operacional: identificada pela inspeção de um tubo de silicone translúcido introduzido da narina até o estômago, cujo objetivo é a gavagem por meio da nutrição enteral e a administração de medicamentos.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
Eliminação: necessidade de eliminar substâncias indesejáveis ou presentes em quantidades excessivas, com o objetivo de manter a homeostase corporal.				
51. Anúria Definição operacional: identificada pelo relato verbal ou inspeção da eliminação de diurese menor que 100ml nas 24 horas, quando comparada a ingestão.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
52. Aspecto das fezes (coloração) Definição operacional: identificado por relato verbal ou inspeção das diferentes colorações dos materiais residuais não digeridos, como: marrom (adulto normal), branca ou pálida (ausência de bile), preta (ingestão de ferro), amarela pálida ou cinza (má absorção de gordura) e vermelha ou preta (presença de sangue).	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
53. Aspecto das fezes (consistência) Definição operacional: identificado por relato verbal ou inspeção de materiais residuais não digeridos, normalmente macios e	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	

formados, no entanto, podem modificar com o aumento (líquida) ou a diminuição (endurecida) do teor de líquido.				
54. Aspecto das fezes (odor) Definição operacional: identificado pelo relato verbal de cheiro característico das fezes que depende do tipo de alimento ingerido.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	
55. Colúria Definição operacional: identificada pelo relato verbal ou inspeção de urina com coloração enegrecida devido à presença de bile.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	
56. Constipação Definição operacional: identificada pelo relato verbal de fezes retidas por mais de 48 horas.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	
57. Diarreia Definição operacional: identificada pelo relato verbal do aumento no teor de líquido nas fezes acompanhada da necessidade de evacuar mais de três vezes ao dia.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	
58. Disúria Definição operacional: identificada pelo relato verbal de sensação dolorosa associada à micção.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	
59. Enterorragia Definição operacional: identificada pelo relato verbal ou inspeção da eliminação de sangue vermelho vivo pelo ânus junto com as fezes.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	
60. Flatulência Definição operacional: identificada pelo relato verbal de gases do aparelho digestivo devido à presença de ar no estômago e no intestino.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	
61. Frequência de eliminação intestinal Definição operacional: identificada pelo relato verbal do número de vezes que o indivíduo evaca ao dia.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	

62. Hematúria Definição operacional: identificada pelo relato verbal ou inspeção macroscópica de sangue na urina.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	
63. Incontinência fecal Definição operacional: identificada pelo relato verbal da incapacidade de controlar o trânsito das fezes no ânus.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	
64. Incontinência urinária Definição operacional: identificada pelo relato verbal de eliminação contínua de urina sem a percepção.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	
65. Melena Definição operacional: identificada pelo relato verbal ou inspeção fezes com coloração vermelho escura devido à hemorragia digestiva alta.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	
66. Micção espontânea Definição operacional: identificada pelo relato verbal ou inspeção da eliminação espontânea de urina da bexiga para o exterior.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	
67. Oligúria Definição operacional: identificada pelo relato verbal ou inspeção de diurese menor que 400ml nas 24 horas, quando comparada com a ingestão.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	
68. Piúria Definição operacional: identificada pelo relato verbal ou inspeção de urina turva devido à presença de pus e por meio do resultado do sumário de urina.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	
69. Poliúria Definição operacional: identificada pelo relato verbal ou inspeção de diurese maior do que 2000 a 2.500ml nas 24 horas, quando comparada com a ingestão.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	
70. Retenção urinária Definição operacional: identificada pelo relato verbal ou inspeção	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	

de massa globosa na região suprapúbica, sendo essa área maciça a percussão.				
71. Tenesmo Definição operacional: identificado pelo relato verbal da sensação dolorosa na região anal devido ao desejo de evacuar.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	
72. Uso de sonda nasogástrica aberta Definição operacional: identificado pela inspeção de um tubo de silicone translúcido introduzido da narina até o estômago, cujo objetivo é a lavagem gástrica ou a realização de coleta de amostra para exames.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	
73. Uso de sonda vesical de alívio Definição operacional: identificado pela inspeção de um tubo de silicone translúcido inserido da uretra a bexiga para a eliminação intermitente de urina.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	
74. Uso de sonda vesical de demora Definição operacional: identificado pela inspeção de um tubo em látex ou silicone inserido da uretra a bexiga para a eliminação contínua de urina, administração de medicamento, irrigação vesical, dilatação uretral ou drenagem de conteúdo.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	
75. Vômito Definição operacional: identificado pelo relato verbal ou inspeção da eliminação de conteúdo gástrico por meio da boca, geralmente precedido por náusea e com esforço. Com características de conteúdo alimentar, mucoso, aquoso, hemorrágico, purulento ou proceder da bile.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	
Sono e repouso: necessidade do indivíduo manter por um período diário, a suspensão natural e periódica da consciência, o corpo e a mente em estado de imobilidade parcial ou completa e as funções corporais parcialmente diminuídas, com o objetivo de restaurar o vigor para as atividades cotidianas.				
76. Apneia do sono Definição operacional: identificada pela inspeção de imobilidade torácica, sono agitado ou engasgos noturnos devido à ausência de fluxo de ar pelo nariz e pela boca em períodos de 10 segundos ou mais durante o sono, geralmente acompanhada por episódio de	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	

ronco.				
77. Insônia Definição operacional: identificada por relato verbal da dificuldade crônica em adormecer.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
78. Sono e repouso prejudicado Definição operacional: identificados pelo relato verbal ou pela inspeção do desejo de dormir e relaxar comprometidos.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
79. Sono satisfatório Definição operacional: identificado pelo relato verbal de contentamento na restauração das atividades físicas e mentais.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
80. Sonolência Definição operacional: identificado pelo relato verbal do estado de adormecimento pouco profundo quando necessita estar acordado.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
81. Utilização de medicamentos auxiliares do sono Definição operacional: identificada pelo relato verbal do uso de terapêuticas farmacológicas para indução do sono.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
Atividade física: necessidade de se mover intencionalmente, usando a capacidade de controle e relaxamento dos grupos musculares, com o objetivo de evitar lesões tissulares e exercitar-se.				
82. Atrofia muscular Definição operacional: identificada pela inspeção ou palpação da diminuição no tamanho de um músculo que já havia atingido seu tamanho padrão.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
83. Deambula Definição operacional: identificado pela inspeção do ato fisiológico resultante de movimentos com os quais o corpo caminha.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
84. Deambula com ajuda Definição operacional: identificado pela inspeção do auxílio de terceiros para a realização do ato fisiológico resultante de movimentos com os quais o corpo caminha.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	

	Relevância	Clareza	Precisão	
85. Fadiga Definição operacional: identificada pelo relato verbal do estado de cansaço resultante de esforço.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
86. Força motora diminuída Definição operacional: capacidade reduzida de reagir a uma resistência por meio da contração muscular, identificada pela utilização da escala de avaliação da força muscular, adotando-se Grau 0- não há evidência de contração muscular; Grau 1, há evidência de pequenas contrações, sem produção de movimento, Grau 2- o movimento é completo, mas só existe com a eliminação da gravidade, considerando uma escala com variação de 0 a 5.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
87. Força motora normal Definição operacional: identificada pela inspeção e palpação da contração muscular devido a capacidade de reação, sendo graduada em Grau 3- movimento ativo contra a gravidade, Grau 4- movimento ativo contra a gravidade e resistência e Grau 5- movimento ativo contra a gravidade e uma grande resistência aplicada, considerando uma escala com variação de 0 a 5.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
88. Movimento corporal diminuído Definição operacional: identificado pela inspeção da limitação da mobilidade física do corpo.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
89. Movimento corporal normal Definição operacional: identificado pela inspeção da mobilidade física do corpo, seguindo os parâmetros de amplitude normal.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
90. Não deambula Definição operacional: identificado pela inspeção da ausência do ato de caminhar.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
91. Paralisia Definição operacional: identificada pela inspeção ou relato verbal da perda da função motora de um ou de vários segmentos musculares devido à lesão nervosa.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	

	Relevância	Clareza	Precisão	
92. Parestesia Definição operacional: identificada pelo relato verbal da sensação de dormência ou formigamento de um ou de vários segmentos corporais.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
Sexualidade e reprodução: necessidade de integrar aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais, com o objetivo afetivo-sexual com um parceiro, obter prazer e procriar.				
93. Presença de doenças sexualmente transmissíveis Definição operacional: identificada pelo relato verbal da presença de doenças transmitidas por via sexual ou pelo contato com utensílios contaminados.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
94. Relacionamento heterossexual Definição operacional: identificado pelo relato verbal de atração afetiva e sexual por pessoa do sexo oposto.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
95. Relacionamento homossexual Definição operacional: identificado pelo relato verbal de atração afetiva e sexual por pessoa do mesmo sexo.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
96. Utilização de métodos contraceptivos Definição operacional: identificada pelo relato verbal da utilização de métodos que evitem a gestação.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
97. Vida sexual ativa Definição operacional: identificada pelo relato verbal de atividade sexual presente.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
Segurança física e do meio ambiente: necessidade do indivíduo, da família e da coletividade de proteger-se e de manter um meio ambiente livre de agentes agressores, com o objetivo de preservar a segurança física e socioambiental.				
98. Água tratada Definição operacional: identificada pelo relato verbal de consumo de água sem substâncias tóxicas ou impurezas.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
99. Coleta de lixo Definição operacional: identificada pelo relato verbal de presença de serviço público responsável pela coleta de resíduos.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	

	Relevância	Clareza	Precisão	
100. Condições de higiene do lar Definição operacional: identificada pelo relato verbal das condições de limpeza do ambiente.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
101. Criação de animais Definição operacional: identificada pelo relato verbal da presença de animais domésticos no domicílio.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
102. Dependente químico Definição operacional: identificado pelo relato verbal da dependência fisiológica de substâncias ingeridas com fins de alteração de humor ou comportamento.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
103. Destino do lixo Definição operacional: identificado pelo relato verbal do local de depósito dos resíduos produzidos domesticamente.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
104. Etilista (desde quando consome) Definição operacional: identificado pelo relato verbal de quando iniciou o consumo de álcool.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
105. Etilista (frequência de consumo) Definição operacional: identificado pelo relato verbal da quantidade de vezes ao dia ou por semana que há consumo de álcool.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
106. Hábito de higienizar as mãos Definição operacional: identificado pelo relato verbal da utilização de medidas para prevenir a propagação das infecções relacionadas a presença de micro-organismos nas mãos.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
107. Hábito de higienizar os alimentos Definição operacional: identificado pelo relato verbal da utilização de medidas para prevenir a propagação das infecções relacionadas a presença de micro-organismos nos alimentos.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
108. Necessidade de utilizar máscaras cirúrgicas para o	Relevância	Clareza	Precisão	

transporte Definição operacional: identificada pelo relato verbal ou no prontuário a necessidade do uso de máscara destinado à contenção das partículas no momento em que são geradas, sendo assim indicadas para pacientes com doenças transmitidas por vias aéreas em fase infectante, ou os casos suspeitos, fora dos locais de isolamento.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
109. Tabagista (desde quando fuma) Definição operacional: identificado pelo relato verbal de quando iniciou a utilização de cigarro ou de produtos contendo tabaco.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
110. Tabagista (quantos cigarros ao dia) Definição operacional: identificado pelo relato verbal da quantidade diária de utilização de cigarro ou de produtos contendo tabaco.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
Cuidado corporal: necessidade de realizar as atividades com o objetivo de preservar o asseio corporal e a apresentação pessoal.				
111. Alopecia Definição operacional: identificada a partir da inspeção da queda de cabelos.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
112. Cáries Definição operacional: identificadas pela inspeção de uma cavidade no dente devido à deterioração ou necrose.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
113. Caspas Definição operacional: identificadas pela inspeção da descamação do couro cabeludo.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
114. Dependência parcial do autocuidado Definição operacional: identificada pelo relato verbal da dependência parcial de terceiros para cuidar de si mesmo.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
115. Dependência total do autocuidado Definição operacional: identificada pelo relato verbal da dependência total de terceiros para cuidar de si mesmo.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	

	Relevância	Clareza	Precisão	
116. Falhas dentárias Definição operacional: identificadas pela inspeção da ausência de dentes.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
117. Halitose Definição operacional: identificada pela olfação de mau hálito.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
118. Higiene corporal prejudicada Definição operacional: identificada pela inspeção da presença de sujidades no corpo.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
119. Higiene corporal preservada Definição operacional: identificada pela inspeção da ausência de sujidades no corpo.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
120. Higiene íntima prejudicada Definição operacional: identificada pela inspeção da presença de sujidades nas partes íntimas.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
121. Higiene íntima preservada Definição operacional: identificada pela inspeção da ausência de sujidades nas partes íntimas.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
122. Higiene oral prejudicada Definição operacional: identificada pela inspeção da presença de sujidades na cavidade oral.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
123. Higiene oral preservada Definição operacional: identificada pela inspeção da ausência de sujidades na cavidade oral.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
124. Pediculose Definição operacional: identificada pela inspeção de piolhos presos aos filamentos dos cabelos.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
125. Seborreia Definição operacional: identificada pela inspeção de oleosidade e placas no couro cabeludo devido à hipersecreção das glândulas	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	

sebáceas.				
126. Uso de aparelho ortodôntico Definição operacional: identificado pela inspeção de aparelho dentário fixo para o alinhamento dos dentes.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
127. Uso de prótese dentária Definição operacional: identificado pela inspeção ou relato verbal do uso de uma peça dentária artificial.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
Integridade física: necessidade de manter as características orgânicas de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso, com o objetivo de proteger o corpo.				
128. Alopecia nas lesões Definição operacional: identificada a partir da inspeção da queda de pêlos nas lesões.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
129. Áreas que sofrem pressão Definição operacional: identificadas pela inspeção de proeminências ósseas (calcâneo, maléolo, trocanter, sacro, olecrano, escápula) que sofrem força, atrito e cisalhamento devido à imobilidade.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
130. Fase da cicatrização das feridas Definição operacional: identificada pela inspeção de uma cascata que culmina com a reconstituição tecidual, podendo ser representada por três fases: inflamatória – iniciada após a lesão com a liberação de mediadores inflamatórios e substâncias vasoconstritoras; proliferativa – ocorrendo a epitelização, angiogênese e a formação de tecido de granulação; e a maturação – deposição de colágeno.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
131. Coloração do exsudato Definição operacional: identificada pela inspeção da cor da secreção produzida pela ferida, podendo ser: serosa – amarelo claro; hemático – vermelho vivo; serohematico – rosa ou vermelho claro; purulento – amarelo, verde ou castanho.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
132. Crosta	Relevância	Clareza	Precisão	

Definição operacional: identificada pela inspeção de um ressecamento de diferentes tipos de secreção em uma área com perda de tecido.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
133. Curativo Definição operacional: identificado pela necessidade de terapia de limpeza e aplicação de uma cobertura estéril em uma ferida, tendo como camada externa a aplicação de gazes com esparadrapo, ataduras ou filmes transparentes.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
134. Deiscênci Definição operacional: identificada pela inspeção da separação parcial ou total das camadas da ferida.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
135. Elasticidade da pele Definição operacional: identificada por meio da palpação em pinça de uma prega da pele avaliando sua capacidade de mobilização.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
136. Evisceração Definição operacional: identificada pela inspeção da protrusão de órgãos e vísceras através da abertura das feridas.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
137. Exantema Definição operacional: identificada pela inspeção de erupção cutânea associada a vermelhidão.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
138. Fístula Definição operacional: identificada pela inspeção de uma passagem anormal entre dois órgãos ou entre um órgão e o exterior do corpo.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
139. Icterícia Definição operacional: identificada pela inspeção da pele, mucosas e escleróticas amareladas.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
140. Mácula Definição operacional: identificada pela inspeção de uma lesão	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	

plana com até 1 cm.				
141. Manchas hipercrônicas Definição operacional: identificadas pela inspeção de lesões planas com mais de 1cm que apresentam coloração mais escura que a pele.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
142. Manchas hiperemiadas Definição operacional: identificadas pela inspeção de lesões planas com mais de 1cm que apresentam coloração rosa e ficam esbranquiçadas com a dígitos pressão.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
143. Manchas hipocrônicas Definição operacional: identificadas pela inspeção de lesões planas com mais de 1cm que apresentam coloração mais clara que a pele.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
144. Odor do exsudato Definição operacional: identificado pela olfação da secreção da ferida, podendo apresentar-se: característico, fétido (provoca afastamento) e pútrido (podre).	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
145. Pápula Definição operacional: identificada pela inspeção de lesão apresentando elevação sólida na pele, menor que 1cm.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
146. Localização das lesões Definição operacional: identificada pela inspeção do segmento anatômico que apresenta rompimento na integridade da pele.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
147. Prurido Definição operacional: identificado pela inspeção ou relato verbal de coceira cutânea.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
148. Pústula Definição operacional: identificada pela inspeção de elevação circunscrita da pele, com conteúdo purulento, podendo variar de tamanho.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	

	Relevância	Clareza	Precisão	
149. Quantidade de exsudato Definição operacional: identificada pela inspeção da quantidade de secreção que a ferida produz, podendo ser classificado em nenhum, pouco (só umedece a cobertura primária), moderado (umedece todas as gazes) e abundante (exterioriza-se as coberturas).	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
150. Sensibilidade nas lesões (dolorosa) Definição operacional: identificada pelo relato verbal de lesão apresentando sensação dolorosa ao estímulo com extremidades afiladas e rombudas.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
151. Sensibilidade nas lesões (tátil) Definição operacional: identificada pelo relato verbal de lesão apresentando sensação de toque ao estímulo com uma mecha de algodão.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
152. Sensibilidade nas lesões (térmica) Definição operacional: identificada pelo relato verbal de lesão apresentando sensação térmica a estímulos com diferentes tubos de ensaio, um contendo água morna e outro com água a temperatura ambiente.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
153. Turgor da pele Definição operacional: hidratação da pele identificada por meio do pinçamento com os dedos a pele do antebraço ou a área do esterno, a mesma deve retornar a forma original em menos de 3 segundos.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
154. Úlcera por pressão Definição operacional: identificada pela inspeção do rompimento da integridade da pele devido a compressão, atrito e cisalhamento, podendo ser classificada em Estágio I - pele intacta com rubor não branqueável; Estágio II - perda parcial da derme, apresenta úlcera superficial com o leito de coloração vermelho pálida; Estágio III - perda total da espessura da pele, o tecido adiposo pode ser visível; Estágio IV - perda total da espessura dos tecidos com exposição	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	

de ossos, tendões ou músculos.; Não graduáveis - perda total da espessura dos tecidos, no entanto, o leito da ferida está coberto por tecido desvitalizado.				
155. Vesícula Definição operacional: identificada pela inspeção da elevação circunscrita da pele com conteúdo seroso, menor que 1cm.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
Regulação vascular: necessidade de que sejam transportados e distribuídos, por meio do sangue, nutrientes vitais para os tecidos e removidas as substâncias desnecessárias, com o objetivo de manter a homeostase dos líquidos corporais e a sobrevivência do organismo.				
156. Bulhas cardíacas hiperfonéticas Definição operacional: sons cardíacos altos e fortes identificados na auscultação dos focos mitral, tricúspide, pulmonar e aórtico.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
157. Bulhas cardíacas hipofonéticas Definição operacional: sons cardíacos baixos e abafados, identificados na auscultação dos focos mitral, tricúspide, pulmonar e aórtico.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
158. Bulhas cardíacas normofonéticas Definição operacional: sons cardíacos normais identificados na auscultação dos focos mitral, tricúspide, pulmonar e aórtico.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
159. Cianose Definição operacional: identificada pela inspeção da coloração da pele e mucosas azuladas ou violáceas.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
160. Equimoses Definição operacional: identificadas pela inspeção de manchas hemorrágicas medindo 1 cm de diâmetro que não desaparecem pela compressão.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
161. Hematomas Definição operacional: identificados pela inspeção de uma coleção de sangue na pele ou tecido subcutâneo, podendo assumir tamanhos variados e ser elevada, iniciando-se com a coloração vermelha, tornando-se arroxeadas e verde amarelada.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	

162. Hemorragia Definição operacional: identificada pela inspeção de perda de sangue dos vasos sanguíneos para os tecidos ou dos vasos sanguíneos para a superfície do corpo.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
163. Localização das perdas sanguíneas Definição operacional: identificada pela inspeção do segmento anatômico onde há perda de sangue dos vasos sanguíneos para os tecidos ou dos vasos sanguíneos para a superfície do corpo.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
164. Perfusão periférica diminuída Definição operacional: identificada pela da palpação por meio do teste de enchimento capilar, aplicando uma pressão na extremidade dos dedos, a circulação retorna com mais de 3 segundos.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
165. Perfusão periférica normal Definição operacional: identificada pela palpação por meio do teste de enchimento capilar, aplicando uma pressão na extremidade dos dedos, a circulação retorna em torno de 3 segundos.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
166. Petéquias Definição operacional: identificadas pela inspeção de manchas hemorrágicas medindo até 1 cm de diâmetro, que não desaparecem pela compressão.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
167. Prova do laço negativa Definição operacional: identificada pelo desenho de um quadrado de 2,5 cm ² no antebraço do indivíduo, verificando posteriormente sua pressão arterial, após isto calcular o valor médio (PAS+PAD)/2 e insuflar novamente o manguito até o valor médio, mantendo-o por cinco minutos, depois disto, conta-se o número de petéquias no quadrado, será negativa com menos de 20 petéquias no quadrado.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
168. Prova do laço positiva Definição operacional: identificada pelo desenho de um quadrado	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	

de 2,5 cm ² no antebraço do indivíduo, verificando posteriormente sua pressão arterial, após isto calcular o valor médio (PAS+PAD)/2 e insuflar novamente o manguito até o valor médio, mantendo-o por cinco minutos, depois disto, conta-se o número de petéquias no quadrado, será considerada positiva com mais de 20 petéquias no quadrado.				
169. Pulso cheio Definição operacional: ou intensidade do pulso forte, identificado pela palpação das artérias dando impressão de artéria cheia.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
170. Pulso filiforme Definição operacional: ou intensidade do pulso fraco, identificado pela palpação das artérias, dando a impressão de artéria com pouco enchimento.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
171. Ritmo cardíaco irregular Definição operacional: identificado pela auscultação cardíaca da sequência de pulsações com intervalos ora mais longos ora mais curtos.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
172. Ritmo cardíaco regular Definição operacional: identificado pela auscultação cardíaca da sequência de pulsações com intervalos iguais.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
Regulação térmica: necessidade de obter equilíbrio entre a produção e a perda de energia térmica, com o objetivo de manter a temperatura corporal.				
173. Calafrios Definição operacional: identificado pelo relato verbal ou inspeção de tremor e palidez da pele, devido à sensação de frio, gerado pela contração involuntária de vários grupos musculares.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
174. Pele fria Definição operacional: identificada pela palpação de um segmento corporal composto por epiderme e derme apresentando diminuição na temperatura.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
175. Piloereção Definição operacional: identificada pela inspeção da ereção dos	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	

pêlos e arrepiamento da pele.				
176. Sudorese Definição operacional: identificada pela inspeção de eliminação abundante de suor, podendo ser generalizada ou predominantemente nas mãos e pés.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
Regulação neurológica: necessidade de preservar ou restabelecer o funcionamento do sistema nervoso, com o objetivo de controlar e coordenar as funções e atividades do corpo e alguns aspectos do comportamento.				
177. Agitação Definição operacional: identificada pela inspeção de atividade motora desordenada devido à excitação mental.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
178. Alteração nos reflexos Definição operacional: identificada pela inspeção de mudança na resposta motora do organismo a um estímulo sensitivo.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
179. Consciente Definição operacional: identificado pelo relato verbal de conhecimento da sua própria existência e da inspeção do estado de alerta do indivíduo.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
180. Crise convulsiva Definição operacional: identificada pela inspeção de movimentos involuntários súbitos, incoordenados e paroxísticos, podendo ser tônica: convulsões permanentes que imobilizam as articulações; clônicas: convulsões rítmicas, alternando-se com contrações e relaxamentos musculares e tônico-clônicas: convulsões com as características descritas somadas.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
181. Decorticação Definição operacional: identificada pela inspeção de uma postura rígida com os braços dobrados em direção ao corpo, os punhos cerrados e as pernas esticadas.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
182. Desorientação Definição operacional: confusão mental identificada pelo relato verbal de confusão temporal (não lembra dia, mês, ano), confusão	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	

local (onde mora, onde está) ou confusão pessoal (nome, idade, ocupação).				
183. Fotofobia Definição operacional: identificada pelo relato verbal de intolerância à luz ou a lugares iluminados.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
184. Inconsciente Definição operacional: identificado pela ausência de respostas a estímulos dolorosos e de atividade motora.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
185. Midríase Definição operacional: identificada pela inspeção da dilatação da pupila.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
186. Miose Definição operacional: identificada pela inspeção da constrição da pupila.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
187. Opistótono Definição operacional: identificado pela inspeção do corpo que passa a se apoiar na cabeça e nos calcanhares, assumindo o posicionamento de um arco devido à contratura muscular lombar.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
188. Pupilas anisocôricas Definição operacional: identificadas pela inspeção das pupilas com diâmetros diferentes.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
189. Pupilas isocôricas Definição operacional: identificadas pela inspeção das pupilas com o mesmo diâmetro, podendo variar de 2 a 6mm.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
190. Rigidez de nuca Definição operacional: identificada pelo relato verbal de dor ou inspeção de resistência quando o examinador coloca uma das mãos na região occipital do indivíduo em decúbito dorsal, tentando flexionar a cabeça dele contra o tórax.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	

191. Riso sardônico Definição operacional: identificado pela inspeção de contração dos músculos da face, produzida por espasmos musculares.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
192. Sinal de Brudzinski Definição operacional: identificado pela inspeção de resistência e dor no pescoço com flexão do quadril, quando o examinador coloca a mão sobre a região occipital e a outra mão no tórax do indivíduo, flexionando o queixo sobre o tórax.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
193. Sinal de Kerning Definição operacional: identificado pela inspeção de resistência a extensão e dor na parte posterior da coxa, quando em posição dorsal é levantada a perna do indivíduo reta ou flexionada a coxa sobre o abdômen e estendido o joelho.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
194. Trismo Definição operacional: identificado pela inspeção da contração intensa das maxilas devido à hipertonia dos músculos masseteres.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
Sensopercepção: necessidade de perceber e interpretar os estímulos sensoriais, com o objetivo de interagir com os outros e com o ambiente.				
195. Apresenta expressões corporais relacionadas à dor Definição operacional: identificada pela inspeção facial e movimentos corporais.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
196. Dor (frequência) Definição operacional: identificada pelo relato verbal do número de vezes ao dia que o indivíduo sente dor.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
197. Dor (intensidade) Definição operacional: identificada pelo relato verbal de severidade da dor, utilizando-se as seguintes escalas numéricas: de 0 a 3, que indica dor leve; de 4 a 6, dor moderada, e de 7 a 10, dor intensa.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
198. Dor (localização) Definição operacional: identificada pelo relato verbal de segmento anatômico acometido por dor.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	

	Relevância	Clareza	Precisão	
199. Fatores que aliviam a dor Definição operacional: identificados pelo relato verbal de fatores farmacológicos e não farmacológicos que aliviam a dor.	() 0 () 1 () 2	() 0 () 1 () 2	() 0 () 1 () 2	
200. Fatores que aumentam a dor Definição operacional: identificado pelo relato verbal de influências fisiológicas, sociais, espirituais, psicológicas e espirituais.	() 0 () 1 () 2	() 0 () 1 () 2	() 0 () 1 () 2	
Terapêutica e prevenção: necessidade de lidar com eventos do ciclo vital e situações do processo saúde e doenças, o que inclui buscar atenção profissional com o objetivo de promover, manter e recuperar a saúde, prevenir doenças e agravos à saúde e readaptar ou habilitar funções.				
201. Apresenta doenças crônicas Definição operacional: identificadas por relato verbal ou no prontuário a presença de alguma doença de longa duração, nunca curada totalmente.	() 0 () 1 () 2	() 0 () 1 () 2	() 0 () 1 () 2	
202. Cartão de vacina atualizado Definição operacional: identificados pelo relato verbal ou no prontuário o documento de comprovação da imunidade.	() 0 () 1 () 2	() 0 () 1 () 2	() 0 () 1 () 2	
203. Efeitos adversos Definição operacional: identificados por relato verbal de aparecimento indesejado de efeitos diferentes dos considerados como principal ação do fármaco utilizado.	() 0 () 1 () 2	() 0 () 1 () 2	() 0 () 1 () 2	
204. Efeitos colaterais Definição operacional: identificados por relato verbal de aparecimento de efeitos diferentes dos considerados como principal ação do fármaco utilizado.	() 0 () 1 () 2	() 0 () 1 () 2	() 0 () 1 () 2	
205. Uso de antibioticoterapia Definição operacional: identificado pelo relato verbal ou na prescrição médica a utilização de substâncias capazes de impedir a multiplicação de bactérias e/ou de destruí-las.	() 0 () 1 () 2	() 0 () 1 () 2	() 0 () 1 () 2	
206. Imunidade deficiente Definição operacional: identificada pelo relato verbal ou consulta	() 0 () 1 () 2	() 0 () 1 () 2	() 0 () 1 () 2	

ao prontuário de estado de resistência do organismo comprometido em relação a um fator patogênico.				
207. Reações alérgicas Definição operacional: identificadas pelo relato verbal de reação de hipersensibilidade adquirida do organismo a determinado alérgeno.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	
208. Sinais flogísticos na inserção dos cateteres Definição operacional: identificados pela inspeção de sinais de inflamação na porção do cateter na pele ou nas mucosas.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	
209. Situações que interferem no tratamento Definição operacional: identificadas pelo relato verbal de fatores que interferem na adesão terapêutica.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS				
Comunicação: necessidade de enviar e receber mensagens utilizando a linguagem verbal e a não verbal, com o objetivo de interagir com os outros.				
210. Afasia Definição operacional: identificada pela inspeção da dificuldade de produzir e compreender a linguagem.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	
211. Disartria Definição operacional: distúrbio na articulação da fala identificado pela escuta da fala distorcida.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	
212. Gagueira Definição operacional: identificada pela escuta de defeito de elocução, acompanhado da dificuldade de pronunciar ou encadear algumas sílabas.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	
213. Habilidade para escrever Definição operacional: identificada pelo relato verbal de capacidade de desenvolver sinais gráficos.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	
214. Interação com as pessoas Definição operacional: identificada pelo relato verbal ou inspeção de relacionamento mútuo com as pessoas.	Relevância () 0 () 1 () 2	Clareza () 0 () 1 () 2	Precisão () 0 () 1 () 2	

215. Respostas desconexas Definição operacional: identificadas pelo relato verbal de respostas que não apresentam coerência.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
216. Uso da linguagem não verbal Definição operacional: identificado pela inspeção de gestos para se expressar, utilizando-se de expressão corporal e facial.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
217. Uso da linguagem verbal Definição operacional: identificado pela utilização de vocábulos para se expressar.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
Gregária: necessidade de viver em grupo, com o objetivo de interagir com os outros e realizar trocas sociais.				
218. Desejo de participar de atividades Definição operacional: identificado pelo relato verbal da vontade de realizar tarefas diárias.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
219. Quantas pessoas residem na casa Definição operacional: identificado pelo relato verbal do número de pessoas que vivem no ambiente de moradia.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
220. Quem mais auxilia no tratamento Definição operacional: identificado pelo relato verbal de pessoa que mais ajuda no cuidado.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
221. Quem reside na casa? Definição operacional: identificado pelo relato verbal ou no prontuário se o indivíduo mora com amigos, familiares ou sozinho.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
Recreação e lazer: necessidade de dispor de tempo livre, recursos materiais e ambientais e de acesso ao entretenimento, distração e diversão.				
222. Ocupação do tempo livre Definição operacional: identificada pelo relato verbal de atividades desenvolvidas nos momentos de ócio.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
Segurança emocional: necessidade de ter consciência e saber lidar com os próprios sentimentos e emoções.				
223. Agressividade	Relevância	Clareza	Precisão	

Definição operacional: identificada pela inspeção de tendência a atacar ou provocar outra pessoa.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
224. Angústia Definição operacional: identificada pelo relato verbal de mal-estar físico e psíquico, podendo acontecer sem causa aparente.	Relevância	Clareza	Precisão	
227. Ansiedade Definição operacional: identificada pela inspeção ou relato verbal de estado de ânimo desagradável, de tensão e apreensão.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
226. Apatia Definição operacional: identificada pela inspeção de indiferença.	Relevância	Clareza	Precisão	
227. Carência afetiva Definição operacional: identificada pelo relato verbal de necessidade de afeição de alguém.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
228. Choro Definição operacional: identificado pela inspeção de derramamento de lágrimas.	Relevância	Clareza	Precisão	
229. Desejo de se isolar Definição operacional: identificado pelo relato verbal ou inspeção da vontade de estar longe de outras pessoas.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
230. Depressão Definição operacional: identificado pela inspeção de prostração emocional, com diminuição de atividade e da habilidade de decidir.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
231. Desejo de morrer Definição operacional: identificado pelo relato verbal sobre a vontade de morrer.	Relevância	Clareza	Precisão	
232. Fobias Definição operacional: identificadas pelo relato verbal de temor persistente a uma situação, evitando o estímulo temido.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	

	Relevância	Clareza	Precisão	
233. Frustração Definição operacional: identificada pelo relato verbal de desapontamento por não conseguir um objetivo desejado.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
234. Inconstância no equilíbrio do humor Definição operacional: identificada pela inspeção na mudança no estado de espírito.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
235. Irritabilidade Definição operacional: identificada pela inspeção de tendência a fúria.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
236. Medo Definição operacional: identificado pelo relato verbal de uma sensação que proporciona o estado de alerta evidenciado pelo receio de fazer algo.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
237. Sentimento de estigma e preconceito Definição operacional: identificado pelo relato verbal sobre a sensação de atitude discriminatória de outras pessoas.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
238. Tristeza Definição operacional: identificada pela inspeção de abatimento ou falta de alegria.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
Autoestima, autoconfiança e autorrespeito: necessidade sentir-se preparado para enfrentar os desafios da vida, de ter confiança nas suas próprias ideias, de ter respeito por si próprio, de se valorizar, de se reconhecer merecedor de amor e felicidade, de não ter medo de expor suas ideias, desejos e necessidades, com o objetivo de obter o controle da própria vida, de sentir bem-estar psicológico e perceber-se como centro vital da própria existência.				
239. Atitudes relacionadas ao próprio corpo Definição operacional: identificadas pelo relato verbal de ações relacionadas à imagem física.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
240. Desejo de conquista e vitória Definição operacional: identificado pelo relato verbal sobre a vontade de obter sucesso em algo almejado.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
241. Falta de autoconfiança	Relevância	Clareza	Precisão	

Definição operacional: identificada pelo relato verbal sobre a falta de confiança em si mesmo.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
242. Fontes de motivação Definição operacional: identificadas pelo relato verbal sobre os meios que impulsionam a seguir em frente.	Relevância	Clareza	Precisão	
243. Identifica atributos positivos em si mesmo Definição operacional: identificado pelo relato verbal sobre características próprias positivas em si mesmo.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
244. Percepção sobre seu próprio corpo Definição operacional: identificado pelo relato verbal sobre a impressão mental sobre a própria imagem física.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
245. Reconhece que é merecedor de amor e felicidade Definição operacional: identificado pelo relato verbal do entendimento que tem direito ao amor e a felicidade.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
246. Tem medo de expor suas ideias Definição operacional: identificado pelo relato verbal do recuo em deixar claro sua opinião.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
247. Valores que atribuem para a autoimagem Definição operacional: identificado pelo relato verbal da importância que o indivíduo atribui para si mesmo.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	
Educação para a saúde e aprendizagem: necessidade de adquirir conhecimento e desenvolver habilidades cognitivas e psicomotoras com o objetivo de expressar comportamentos saudáveis e responder a situações do processo saúde e doença.				
248. Conhecimento sobre ações dos medicamentos Definição operacional: identificado pelo relato verbal do saber sobre a finalidade do fármaco em utilização.	Relevância	Clareza	Precisão	
249. Conhecimento sobre seu problema de saúde (nível de compreensão) Definição operacional: identificado pelo relato verbal da compreensão sobre sua doença e seu estado clínico.	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	()0 ()1 ()2	

250. Experiências anteriores (doenças) Definição operacional: identificado pelo relato verbal de vivências prévias relacionadas a problemas de saúde.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
251. Experiências anteriores (tratamentos) Definição operacional: identificadas pelo relato verbal de vivências prévias relacionadas a terapêutica de cuidado.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
252. Nível de escolaridade Definição operacional: identificado pelo relato verbal do grau de escolaridade.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
253. O que a família sabe sobre o problema de saúde Definição operacional: identificado pelo relato verbal sobre o conhecimento dos familiares sobre a doença do indivíduo.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS				
Religiosidade e espiritualidade: necessidade de estabelecer relacionamento dinâmico com um ser ou entidade superior, com o objetivo de sentir-se bem-estar espiritual e de ter crenças relativas a um sentimento à importância da vida.				
254. Crenças (espirituais) Definição operacional: identificadas pelo relato verbal de acreditação de um eu interno e uma ligação dele com um ser superior.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
255. Crenças (religiosas) Definição operacional: identificadas pelo relato verbal de acreditação em sistemas de cultos que uma pessoa pratica para expressar sua espiritualidade.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 () 2	Precisão ()0 ()1 ()2	
256. Crenças (culturais) Definição operacional: identificadas pelo relato verbal de acreditação em um conjunto de comportamentos inerentes a uma civilização.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	
257. Necessidade da presença de um líder espiritual Definição operacional: identificada pelo relato verbal da busca por um representante espiritual.	Relevância ()0 ()1 ()2	Clareza ()0 ()1 ()2	Precisão ()0 ()1 ()2	

258. Religião	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição operacional reformulada: identificada pelo relato verbal de pertença a uma entidade religiosa.	() 0 () 1 () 2	() 0 () 1 () 2	() 0 () 1 () 2	

APÊNDICE E
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – INDIVÍDUOS
HOSPITALIZADOS

Convido o (a) Sr.(a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa “Validação de um histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas”, que está sob a responsabilidade de Lidiane Lima de Andrade. Endereço: Sítio Olho D’água da Bica, SN, Cuité – PB, CEP: 58135-000. Tel.: (83) 3372-1900. E-mail: lidiane.lima@ufcg.edu.br. A pesquisa está sendo realizada sob a orientação da Profa. Dra. Marta Miriam Lopes Costa. Endereço: Programa de pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde/UFPB – CEP 58059-900. João Pessoa - PB. Tel: (83) 3216- 7109. E-mail: marthamiryam@hotmail.com.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento ou apresente impressão dactiloscópica, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, o (a) Sr.(a) não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- ♦ O objetivo geral da pesquisa é verificar a validade dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas apresentadas em um histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas. Sua participação consistirá em responder perguntas relacionadas à entrevista e participar junto ao colaborador na realização do exame físico.
- ♦ A pesquisa não oferece risco à sua integridade física. Entretanto, pode haver o risco mínimo e constrangimento ao responder os questionamentos. Para minimizar esse risco, será garantido o sigilo de todas as suas informações, bem como a sua privacidade na realização do exame físico.
- ♦ A pesquisa oferece benefícios, pois se espera com seus resultados que a equipe de enfermagem documente o cuidado prestado a todos os pacientes hospitalizados, gerando dados passíveis a análise e consequentemente melhorem o cuidado prestado.
- ♦ Sua participação na pesquisa encerra após a entrevista e o exame físico. Seu nome não será divulgado. Sua participação é voluntária e você tem a liberdade de desistir de participar da

pesquisa e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou penalização, inclusive nesta instituição de assistência.

♦ O material oriundo da coleta de dados será armazenado em computadores e arquivos, por um período de cinco anos após a divulgação dos resultados, no Centro de Educação e Saúde/UFCG, pela pesquisadora responsável.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do HULW/UFPB no endereço: Cidade Universitária - João Pessoa-PB CEP: 58050-000 - Tel: (83) 3216-7042 E-mail: hulw@hulw.ufpb.br.

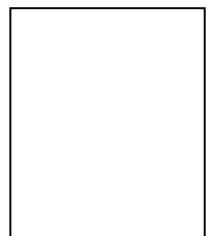
Aidianne Lima de Andrade

(Pesquisadora responsável)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/ CPF/_____,
abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Validação de um histórico de enfermagem para indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto traga qualquer penalidade a mim.

Local e data _____



Nome e Assinatura do participante ou responsável:

APÊNDICE F

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – INDIVÍDUOS HOSPITALIZADOS

DADOS DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO

Data da aplicação: ____/____/____ Horário do início: _____ Horário do final: _____

Parte 1- Caracterização dos indivíduos hospitalizados

Data da admissão: ____/____/____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: F M Estado civil: _____
 Profissão: _____ Procedência: _____
 Motivo da internação: _____
 Diagnóstico médico: _____

Parte 2 – Sinais vitais e dados antropométricos

Temperatura axilar: _____ °C Frequência de pulso: _____ bpm Frequência cardíaca: _____ bpm
 Pressão arterial: _____ mmHg Frequência respiratória: _____ irpm Saturação de oxigênio: _____ %
 Peso: _____ kg Altura: _____ cm Circunferência abdominal: _____ cm

Parte 3- Indique a presença ou ausência dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas em indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas, a partir da realização da anamnese e do exame físico.

INDICADORES EMPÍRICOS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	PRESENTE	AUSENTE
Necessidades psicobiológicas		
Oxigenação		
1. Dispneia		
2. Expectoração espessa		
3. Expectoração hemóptica		
4. Expectoração purulenta		
5. Murmúrios vesiculares ausentes		
6. Murmúrios vesiculares diminuídos		
7. Murmúrios vesiculares presentes		
8. Respiração profunda		
9. Respiração superficial		
10. Retração intercostal		
11. Ruídos adventícios (creptos)		
12. Ruídos adventícios (roncos)		
13. Ruídos adventícios (sibilos)		
14. Tosse (produtiva)		
15. Tosse (seca)		
16. Uso de traqueostomia		
Hidratação		
17. Anasarca		
18. Ascite		
19. Edema		
Nutrição		

INDICADORES EMPÍRICOS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	PRESENTE	AUSENTE
20. Abdômen distendido		
21. Abdômen flácido		
22. Abdômen globoso		
23. Abdômen maciço		
24. Abdômen plano		
25. Abdômen timpânico		
26. Abdômen volumoso		
27. Aceitação parcial da dieta		
28. Aceitação total da dieta		
29. Anorexia		
30. Apetite aumentado		
31. Apetite diminuído		
32. Apetite normal		
33. Disfagia		
34. Erução		
35. Esplenomegalia		
36. Hábitos alimentares		
37. Hepatomegalia		
38. Intolerância alimentar		
39. Lesão na cavidade oral		
40. Não aceita dieta oral		
41. Náusea		
42. Pirose		
43. Refluxo gástrico		
44. Uso de sonda nasoenteral		
45. Uso de sonda nasogástrica fechada		
Eliminação		
46. Anúria		
47. Aspectos das fezes (coloração)		
48. Aspectos das fezes (consistência)		
49. Aspectos das fezes (odor)		
50. Colúria		
51. Constipação		
52. Diarreia		
53. Disúria		
54. Enterorragia		
55. Flatulência		
56. Frequência da eliminação intestinal		
57. Hematúria		
58. Incontinência fecal		
59. Incontinência urinária		
60. Melena		
61. Micção espontânea		
62. Oligúria		
63. Piúria		
64. Poliúria		
65. Retenção urinária		
66. Tenesmo		
67. Uso de sonda nasogástrica aberta		
68. Uso de sonda vesical de alívio		
69. Uso de sonda vesical de demora		
70. Vômito		
Sono e repouso		
71. Apneia do sono		
72. Insônia		
73. Sono e repouso prejudicado		

INDICADORES EMPÍRICOS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	PRESENTE	AUSENTE
74. Sono satisfatório		
75. Sonolência		
76. Utilização de medicamentos auxiliares do sono		
Atividade física		
77. Atrofia muscular		
78. Deambula		
79. Deambula com ajuda		
80. Fadiga		
81. Força motora diminuída		
82. Força motora normal		
83. Movimento corporal diminuído		
84. Movimento corporal normal		
85. Não deambula		
86. Paralisia		
87. Parestesia		
Sexualidade e reprodução		
88. Presença de doenças sexualmente transmissíveis		
89. Relacionamento heterossexual		
90. Relacionamento homossexual		
91. Utilização de métodos contraceptivos		
92. Vida sexual ativa		
Segurança física e do meio ambiente		
93. Água tratada		
94. Coleta de lixo		
95. Condições de higiene do lar		
96. Criação de animais		
97. Dependente químico		
98. Destino do lixo		
99. Etilista (desde quando consome)		
100. Etilista (frequência de consumo)		
101. Hábito de higienizar as mãos		
102. Hábito de higienizar os alimentos		
103. Necessidade de utilizar máscaras cirúrgicas para transporte		
104. Tabagista (desde quando fuma)		
105. Tabagista (quantos cigarros ao dia)		
Cuidado corporal		
106. Alopecia		
107. Cáries		
108. Dependência parcial do autocuidado		
109. Dependência total do autocuidado		
110. Falhas dentárias		
111. Halitose		
112. Higiene corporal prejudicada		
113. Higiene corporal preservada		
114. Higiene íntima prejudicada		
115. Higiene íntima preservada		
116. Higiene oral prejudicada		
117. Higiene oral preservada		
118. Pediculose		
119. Seborreia		
120. Uso de prótese dentária		
Integridade física		
121. Alopecia nas lesões		
122. Áreas que sofrem pressão		
123. Fase da cicatrização das feridas		
124. Coloração do exsudato		

INDICADORES EMPÍRICOS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	PRESENTE	AUSENTE
125. Crosta		
126. Curativo		
127. Deiscênciâ		
128. Elasticidade da pele		
129. Evisceração		
130. Exantema		
131. Fístula		
132. Icterícia		
133. Mácula		
134. Manchas hipercrônicas		
135. Manchas hiperemias		
136. Manchas hipocrônicas		
137. Odor do exsudato		
138. Pápula		
139. Localização das lesões		
140. Prurido		
141. Pústula		
142. Quantidade de exsudato		
143. Sensibilidade das lesões (dolorosa)		
144. Sensibilidade das lesões (tátil)		
145. Sensibilidade das lesões (térmica)		
146. Turgor da pele		
147. Úlcera por pressão		
148. Vesícula		
Regulação vascular		
149. Bulhas cardíacas hiperfonéticas		
150. Bulhas cardíacas hipofonéticas		
151. Bulhas cardíacas normofonéticas		
152. Cianose		
153. Equimose		
154. Hematomas		
155. Hemorragia		
156. Localização das perdas sanguíneas		
157. Perfusion periférica diminuída		
158. Perfusion periférica normal		
159. Petéquias		
160. Prova do laço negativa		
161. Prova do laço positiva		
162. Pulso cheio		
163. Pulso filiforme		
164. Ritmo cardíaco irregular		
165. Ritmo cardíaco regular		
Regulação térmica		
166. Calafrios		
167. Pele fria		
168. Sudorese		
Regulação neurológica		
169. Agitação		
170. Alteração nos reflexos		
171. Consciente		
172. Crise convulsiva		
173. Decorticção		
174. Desorientação		
175. Fotofobia		
176. Inconsciente		
177. Midriase		

INDICADORES EMPÍRICOS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	PRESENTE	AUSENTE
178. Miose		
179. Opistótono		
180. Pupilas anisocóricas		
181. Pupilas isocóricas		
182. Rigidez de nuca		
183. Riso sardônico		
184. Sinal de Brudzinski		
185. Sinal de Kerning		
186. Trismo		
Sensopercepção		
187. Apresenta expressões corporais relacionadas à dor		
188. Dor (frequência)		
189. Dor (intensidade)		
190. Dor (localização)		
191. Fatores que aliviam a dor		
192. Fatores que aumentam a dor		
Terapêutica e prevenção		
193. Apresenta doenças crônicas		
194. Cartão de vacina atualizado		
195. Efeitos adversos		
196. Efeitos colaterais		
197. Faz uso de antibioticoterapia		
198. Imunidade deficiente		
199. Reações alérgicas		
200. Sinais flogísticos de inserção dos cateteres		
201. Situações que interferem no tratamento		
Necessidades Psicossociais		
Comunicação		
202. Afasia		
203. Disartria		
204. Habilidade para escrever		
205. Interação com as pessoas		
206. Respostas desconexas		
207. Uso da linguagem não verbal		
208. Uso da linguagem verbal		
Gregária		
209. Desejo de participar de atividades		
210. Quantas pessoas residem na casa		
211. Quem mais auxilia no tratamento		
212. Quem reside na casa		
Segurança emocional		
213. Agressividade		
214. Angústia		
215. Ansiedade		
216. Apatia		
217. Carência afetiva		
218. Choro		
219. Desejo de isolar-se		
220. Depressão		
221. Desejo de morrer		
222. Fobias		
223. Inconstância no equilíbrio de humor		
224. Irritabilidade		
225. Medo		
226. Sentimento de estigma e preconceito		
227. Tristeza		

INDICADORES EMPÍRICOS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	PRESENTE	AUSENTE
Autoestima, autoconfiança e autorrespeito		
228. Atitudes relacionadas ao próprio corpo		
229. Falta de autoconfiança		
230. Fontes de motivação		
231. Identifica atributos positivos em si mesmo		
232. Percepção sobre o próprio seu corpo		
233. Valores que atribuem à autoimagem		
Educação para a saúde e aprendizagem		
234. Conhecimento sobre ações dos medicamentos		
235. Conhecimento sobre seu problema de saúde (nível de compreensão)		
236. Experiências anteriores (doenças)		
237. Experiências anteriores (tratamentos)		
238. Nível de escolaridade		
239. O que a família sabe sobre o problema de saúde		
Necessidades psicoespirituais		
Religiosidade e espiritualidade		
240. Crenças (espirituais)		
241. Crenças (religiosas)		
242. Crenças (culturais)		
243. Necessidade da presença de um líder religioso		
244. Religião		

Parte 4- Definições operacionais dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas apresentadas em indivíduos hospitalizados com doenças infectocontagiosas.

INDICADORES EMPÍRICOS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS
Necessidades psicobiológicas
Oxigenação: necessidade de obter o oxigênio por meio da ventilação; da difusão do oxigênio e dióxido de carbono entre os alvéolos e o sangue; e do transporte de oxigênio para os tecidos periféricos com a remoção de dióxido de carbono.
1. Dispneia: identificada pela inspeção de dificuldade da expansão torácica e/ou uso da musculatura acessória ou relato verbal de dificuldade respiratória.
2. Expectoração espessa: identificada pela inspeção ou relato verbal da expulsão de muco com consistência viscosa das vias aéreas para o meio exterior.
3. Expectoração hemóptica: identificada pela inspeção de muco com a presença de sangue que flui das vias aéreas para o meio exterior.
4. Expectoração purulenta: identificada pela inspeção muco com a presença de pus, que flui das vias aéreas para o meio exterior.
5. Murmúrios vesiculares ausentes: identificados pela ausculta de sons inaudíveis do ápice à base dos pulmões, durante a passagem de ar na via aérea, nos movimentos de inspiração e expiração.
6. Murmúrios vesiculares diminuídos: identificados pela ausculta de sons suaves e graves diminuídos do ápice à base dos pulmões.
7. Murmúrios vesiculares presentes: identificados pela ausculta de sons suaves e graves do ápice à base dos pulmões.
8. Respiração profunda: identificada pela inspeção do aumento na amplitude do tórax no movimento de inspiração e expiração.
9. Respiração superficial: identificada pela inspeção da diminuição na amplitude do tórax no movimento de inspiração e expiração.
10. Retração intercostal: identificada pela inspeção de depressão da musculatura do tórax entre as costelas.
11. Ruídos adventícios (creptos): identificados pela ausculta pulmonar de sons agudos estalantes e descontínuos, audíveis quando ocorre uma abertura súbita de pequenas vias aéreas contendo líquido.
12. Ruídos adventícios (roncos): identificados pela ausculta pulmonar de sons graves que ocorrem devido à passagem de ar por canais repletos de secreções.
13. Ruídos adventícios (sibilos): identificados pela ausculta pulmonar de sons agudos e rangentes que ocorrem devido ao ar comprimido nas vias aéreas estreitadas.
14. Tosse (produtiva): identificada pela inspeção ou relato verbal de resposta reflexa visando eliminar secreções

INDICADORES EMPÍRICOS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
acumuladas na laringe, na traqueia ou nos brônquios.	
15. Tosse (seca): identificada pela inspeção ou relato verbal de resposta reflexa a estímulos irritantes na laringe, na traqueia ou nos brônquios.	
16. Uso de traqueostomia: identificada pela inspeção da inserção de uma cânula na traqueia para a passagem de ar.	
Hidratação: necessidade de que os líquidos corporais, compostos principalmente pela água, sejam mantidos normais, para favorecer o metabolismo corporal.	
17. Anasarca: identificada pela inspeção de inchaço generalizado em todo o corpo.	
18. Ascite: acúmulo de líquido na cavidade peritoneal identificado por meio da técnica de piparote, em que o paciente ou uma terceira pessoa coloca a borda lateral externa da mão sobre a linha média do abdômen, e o profissional aplica golpes rápidos com a ponta dos dedos de uma mão sobre os flancos, enquanto a outra mão, espalmada, fica sobre o flanco oposto, palpando o impulso da onda líquida transmitida.	
19. Edema: acúmulo de líquido no espaço intersticial identificado por meio do sinal de Godet (depressão causada pela aplicação de pressão na pele). Deve ser avaliado com uma escala de cruzes, dessa forma 1+ corresponde a depressão leve (2mm) com ligeira indentação; 2+ depressão moderada (4mm) com indentação que desaparece rapidamente; 3+ depressão profunda (6mm) com indentação que permanece por um curto período; 4+ depressão muito profunda (8mm) com indentação permanecendo por um longo período.	
Nutrição: necessidade de obter os elementos necessários para o consumo e a utilização de energia e nutrientes em nível celular, com o objetivo de manter a saúde e a vida. A nutrição envolve os processos de ingestão, digestão, absorção e captação para a utilização no metabolismo corporal.	
20. Abdômen distendido: identificado pela inspeção da distensão da musculatura abdominal e pela palpação de áreas apresentando submaciez, devido ao acúmulo de gases, líquidos ou sólidos.	
21. Abdômen flácido: identificado pela inspeção da diminuição da firmeza e elasticidade devido ao afrouxamento muscular.	
22. Abdômen globoso: identificado pela inspeção do diâmetro anteroposterior do abdômen aumentado.	
23. Abdômen maciço: som abdominal identificado pela percussão de áreas maciças com som breve e timbre alto.	
24. Abdômen plano: contorno regular do abdômen, identificado pela inspeção tangencial, desde a margem da costela até o osso púbico.	
25. Abdômen timpânico: identificado pela percussão do abdômen com som claro e de timbre baixo, semelhante a uma batida de tambor.	
26. Abdômen volumoso: identificado pela inspeção do aumento do diâmetro transversal do abdômen devido à dilatação dos flancos ou regiões laterais.	
27. Aceitação parcial da dieta: identificada pelo relato verbal ou pela inspeção da redução de ingestão do alimento fornecido.	
28. Aceitação total da dieta: identificado pelo relato verbal ou pela inspeção ingestão total do alimento fornecido.	
29. Anorexia: identificado pela inspeção da perda de massa corporal devido à restrição alimentar severa e voluntária.	
30. Apetite aumentado: identificado pelo relato verbal do desejo de comer a mais do que as refeições oferecidas.	
31. Apetite diminuído: identificado pelo relato verbal ou observação da ausência do desejo de comer.	
32. Apetite normal: identificado pelo relato verbal do desejo de comer todas as refeições oferecidas.	
33. Disfagia: identificada pelo relato verbal de dificuldade de deglutição.	
34. Eructação: identificada pelo relato verbal ou inspeção de regurgitação de ar.	
35. Esplenomegalia: aumento do volume do baço, identificado pela palpação em garra no quadrante superior esquerdo do abdômen, na altura do rebordo costal.	
36. Hábitos alimentares: identificado por relato verbal do número de refeições diárias e tipos de alimentos ingeridos.	
37. Hepatomegalia: identificado pela palpação em garra no quadrante superior direito, na altura do rebordo costal, caso a borda do fígado ultrapasse o rebordo costal em mais de 3 cm, na altura da linha hemiclavicular, tem-se hepatomegalia.	
38. Intolerância alimentar: identificada pelo relato verbal das reações adversas que ocorrem devido ao contato com algum tipo de alimento.	
39. Lesão na cavidade oral: identificada pela inspeção do rompimento na integridade da pele na cavidade oral.	
40. Não aceita dieta oral: identificado pelo relato verbal ou pela inspeção da não ingestão do alimento fornecido.	
41. Náusea: identificada por relato verbal de desconforto gástrico com tendência a vômito.	
42. Pirose: identificada pelo relato verbal de queimação retroesternal podendo prolongar-se para a região	

INDICADORES EMPÍRICOS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
epigástrica.	
43. Refluxo gástrico: identificado pelo relato verbal da sensação de conteúdo gástrico retornando involuntariamente para o esôfago e/ou cavidade oral.	
44. Uso de sonda nasoentérica: identificado pela inspeção de um tubo flexível de poliuretano introduzido da narina até o jejuno para a realização de nutrição enteral e administração de medicamentos.	
45. Uso de sonda nasogástrica fechada: identificada pela inspeção de um tubo de silicone translúcido introduzido da narina até o estômago, cujo objetivo é a gavagem por meio da nutrição enteral e a administração de medicamentos.	
Eliminação: necessidade de eliminar substâncias indesejáveis ou presentes em quantidades excessivas, com o objetivo de manter a homeostase corporal.	
46. Anúria: identificada pelo relato verbal ou inspeção da eliminação de diurese menor que 100ml nas 24 horas, quando comparada a ingestão.	
47. Aspectos das fezes (coloração): identificado por relato verbal ou inspeção das diferentes colorações dos materiais residuais não digeridos, como: marrom (adulto normal), branca ou pálida (ausência de bile), preta (ingestão de ferro), amarela pálida ou cinza (má absorção de gordura) e vermelha ou preta (presença de sangue).	
48. Aspectos das fezes (consistência): identificado por relato verbal ou inspeção de materiais residuais não digeridos, normalmente macios e formados, no entanto, podem modificar com o aumento (líquida) ou a diminuição (endurecida) do teor de líquido	
49. Aspectos das fezes (odor): identificado pelo relato verbal de odor característico das fezes que depende da presença de um processo infeccioso, alimento ou medicamento digerido.	
50. Colúria: identificada pelo relato verbal ou inspeção de urina com coloração enegrecida devido à presença de bile.	
51. Constipação: identificada pelo relato verbal de fezes retidas por mais de 48 horas.	
52. Diarreia: identificada pelo relato verbal do aumento no teor de líquidos nas fezes acompanhada da necessidade de evacuar mais de três vezes ao dia.	
53. Disúria: identificada pelo relato verbal de sensação dolorosa associada à micção.	
54. Enterorragia: identificada pelo relato verbal ou inspeção da eliminação de sangue vermelho vivo pelo ânus junto com as fezes.	
55. Flatulência: identificada pelo relato verbal da eliminação de gases do aparelho digestivo para o meio exterior, através do ânus, ou pela ausculta e/ou palpação de ar no aparelho digestivo.	
56. Frequência da eliminação intestinal: identificada pelo relato verbal do número de vezes que o indivíduo evaca ao dia.	
57. Hematúria: identificada pelo relato verbal ou inspeção macroscópica de sangue na urina.	
58. Incontinência fecal: identificada pelo relato verbal da incapacidade de controlar o trânsito das fezes no ânus.	
59. Incontinência urinária: identificada pelo relato verbal ou inspeção da eliminação involuntária de urina devido à incapacidade de controlar o esfíncter urinário.	
60. Melena: identificado pelo relato verbal ou inspeção fezes com coloração vermelho-escura devido à hemorragia digestiva alta.	
61. Micção espontânea: identificada pelo relato verbal ou inspeção da eliminação espontânea de urina da bexiga para o exterior.	
62. Oligúria: identificada pelo relato verbal ou inspeção de diurese menor do que 400ml nas 24 horas, quando comparada a ingestão.	
63. Piuria: identificada pelo relato verbal ou inspeção de urina turva devido à presença de pus e por meio do resultado do sumário de urina.	
64. Poliúria: identificada pelo relato verbal ou inspeção de diurese maior que 2000 a 2.500ml nas 24 horas, quando comparada a ingestão.	
65. Retenção urinária: identificada pelo relato verbal da incapacidade parcial ou total da bexiga de eliminar a urina ou inspeção de área globosa na região suprapúbica devido ao acúmulo de urina (bexigoma).	
66. Tenesmo: identificado pelo relato verbal da sensação dolorosa na região anal devido ao desejo de evacuar.	
67. Uso de sonda nasogástrica aberta: identificado pela inspeção de um tubo silicone translúcido da narina até o estômago, confirmado por meio de testes. Cujo objetivo é a lavagem gástrica, drenagem gástrica ou coleta de material para exames.	
68. Uso de sonda vesical de alívio: identificada pela inspeção de um tubo de silicone translúcido inserido na uretra a bexiga para a eliminação intermitente de urina.	
69. Uso de sonda vesical de demora: identificada pela inspeção de um tubo em látex ou silicone inserido da uretra a bexiga para a eliminação contínua de urina, administração de medicamento, irrigação vesical, dilatação uretral ou drenagem de conteúdo.	
70. Vômito: identificado pelo relato verbal ou inspeção da eliminação de conteúdo gástrico por meio da boca,	

INDICADORES EMPÍRICOS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
geralmente precedido por náusea e com esforço. Com características de conteúdo alimentar, mucoso, aquoso, hemorrágico, purulento ou proceder da bile.	
Sono e repouso: necessidade de manter por um período diário, a suspensão natural e periódica da consciência, o corpo e a mente em estado de imobilidade parcial ou completa e as funções corporais parcialmente diminuídas, com o objetivo de restaurar o vigor para as atividades cotidianas.	
71. Apneia do sono: identificado pela inspeção de imobilidade torácica, sono agitado ou engasgos noturnos devido à ausência de fluxo de ar pelo nariz e pela boca em períodos de 10 segundos ou mais durante o sono, geralmente acompanhada por episódio de ronco.	
72. Insônia: identificada por relato verbal da dificuldade crônica em adormecer.	
73. Sono e repouso prejudicado: identificados pelo relato verbal ou pela inspeção do desejo de dormir e relaxar comprometidos.	
74. Sono satisfatório: identificado pelo relato verbal de contentamento quanto a qualidade e a quantidade do sono.	
75. Sonolência: identificado pelo relato verbal do estado de adormecimento pouco profundo quando necessita estar acordado.	
76. Utilização de medicamentos auxiliares do sono: identificado pelo relato verbal do uso de terapêuticas farmacológicas para indução do sono.	
Atividade física: necessidade de se mover intencionalmente, usando a capacidade de controle e relaxamento dos grupos musculares, com o objetivo de evitar lesões tissulares e exercitar-se.	
77. Atrofia muscular: identificada pela inspeção ou palpação da diminuição do tamanho de um músculo em comparação ao tamanho padrão, com limitação funcional.	
78. Deambula: identificado pela inspeção do ato fisiológico resultante de movimentos com os quais o corpo caminha.	
79. Deambula com ajuda: identificado pela inspeção do auxílio de terceiros para a realização do ato fisiológico resultante de movimentos com os quais o corpo caminha.	
80. Fadiga: identificado pelo relato verbal do estado de cansaço resultante de esforço.	
81. Força motora diminuída: capacidade reduzida de reagir a uma resistência por meio da contração muscular, identificada pela utilização da escala de avaliação da força muscular, adotando-se Grau 0- não há evidência de contração muscular; Grau 1, há evidência de pequenas contrações, sem produção de movimento, Grau 2- o movimento é completo, mas só existe com a eliminação da gravidade, considerando uma escala com variação de 0 a 5.	
82. Força motora normal: identificada pela inspeção e palpação da contração muscular devido a capacidade de reação, sendo graduada em Grau 3- movimento ativo contra a gravidade, Grau 4- movimento ativo contra a gravidade e resistência e Grau 5- movimento ativo contra a gravidade e uma grande resistência aplicada, considerando uma escala com variação de 0 a 5.	
83. Movimento corporal diminuído: identificado pela inspeção da limitação da mobilidade física do corpo.	
84. Movimento corporal normal: identificado pela inspeção da mobilidade física do corpo, seguindo os parâmetros de amplitude normal.	
85. Não deambula: identificado pela inspeção da ausência do ato de caminhar.	
86. Paralisia: identificada pela inspeção ou relato verbal da perda da função motora de um ou de vários segmentos musculares devido à lesão nervosa.	
87. Parestesia: identificado pelo relato verbal da sensação de dormência ou formigamento de um ou de vários segmentos corporais.	
Sexualidade e reprodução: necessidade de integrar aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais, com o objetivo afetivo-sexual com um parceiro, obter prazer e procriar.	
88. Presença de doenças sexualmente transmissíveis: identificada pela inspeção de lesões características ou pela análise de resultados de exames.	
89. Relacionamento heterossexual: identificado pelo relato verbal de atração afetiva e sexual por pessoa do sexo oposto.	
90. Relacionamento homossexual: identificado pelo relato verbal de atração afetiva e sexual por pessoa do mesmo sexo.	
91. Utilização de métodos contraceptivos: identificado pelo relato verbal da utilização de métodos que evitem a gestação.	
92. Vida sexual ativa: identificada pelo relato verbal de atividade sexual presente.	
Segurança física e do meio ambiente: necessidade do indivíduo, da família e da coletividade de proteger-se e de manter um meio ambiente livre de agentes agressores, com o objetivo de preservar a segurança física e socioambiental.	

INDICADORES EMPÍRICOS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
93. Água tratada: identificada pelo relato verbal do consumo de água filtrada, fervida ou clorada.	
94. Coleta de lixo: identificada pelo relato verbal de presença de serviço público responsável pela coleta de resíduos.	
95. Condições de higiene do lar: identificadas pelo relato verbal das condições de limpeza do ambiente.	
96. Criação de animais: identificada pelo relato verbal da presença de animais domésticos no domicílio.	
97. Dependente químico: identificado pelo relato verbal da dependência fisiológica de substâncias ingeridas com fins de alteração de humor ou comportamento.	
98. Destino do lixo: identificado pelo relato verbal do destino do lixo fora de casa, podendo ser queimado, transportado para aterro sanitário, dentre outros.	
99. Etilista (desde quando consome): identificado pelo relato verbal de quando iniciou o consumo de álcool.	
100. Etilista (frequência de consumo): identificado pelo relato verbal da quantidade de vezes ao dia ou por semana que há consumo de álcool.	
101. Hábito de higienizar as mãos: identificado pelo relato verbal da utilização de medidas para prevenir a propagação das infecções relacionadas a presença de micro-organismos nas mãos.	
102. Hábito de higienizar os alimentos: identificado pelo relato verbal da utilização de medidas adequadas de lavagem para prevenir a contaminação dos alimentos.	
103. Necessidade de utilizar máscaras cirúrgicas para transporte: identificada pelo relato verbal ou no prontuário a necessidade do uso de máscara destinado à contenção das partículas no momento em que são geradas, sendo assim indicadas para pacientes com doenças transmitidas por vias aéreas em fase infectante, ou os casos suspeitos, fora dos locais de isolamento.	
104. Tabagista (desde quando fuma): identificado pelo relato verbal de quando iniciou a utilização de cigarro ou de produtos contendo tabaco.	
105. Tabagista (quants cigarros ao dia): identificado pelo relato verbal da quantidade diária de utilização de cigarro ou de produtos contendo tabaco.	
Cuidado corporal: necessidade de fazer as atividades com o objetivo de preservar o asseio corporal e a apresentação pessoal.	
106. Alopecia: identificada a partir da inspeção da queda de cabelos.	
107. Cáries: identificadas pela inspeção de uma cavidade no dente devido à deterioração ou necrose.	
108. Dependência parcial do autocuidado: identificada pelo relato verbal da dependência parcial de terceiros para cuidar de si mesmo.	
109. Dependência total do autocuidado: identificada pelo relato verbal da dependência total de terceiros para cuidar de si mesmo.	
110. Falhas dentárias: identificadas pela inspeção da ausência de dentes.	
111. Halitose: identificada pela olfação de mau hálito.	
112. Higiene corporal prejudicada: identificada pela inspeção da presença de sujidades no corpo.	
113. Higiene corporal preservada: identificada pela inspeção da ausência de sujidades no corpo.	
114. Higiene íntima prejudicada: identificada pela inspeção da presença de sujidades nas partes íntimas.	
115. Higiene íntima preservada: identificada pela inspeção da ausência de sujidades nas partes íntimas.	
116. Higiene oral prejudicada: identificada pela inspeção da presença de sujidades na cavidade oral.	
117. Higiene oral preservada: identificada pela inspeção da ausência de sujidades na cavidade oral.	
118. Pediculose: identificada pela inspeção de piolhos presos aos filamentos dos cabelos.	
119. Seborreia: identificada pela inspeção de oleosidade e placas no couro cabeludo devido a hipersecreção das glândulas sebáceas.	
120. Uso de prótese dentária: identificada pela inspeção ou relato verbal do uso de uma peça dentária artificial.	
Integridade física: necessidade de manter as características orgânicas de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso, com o objetivo de proteger o corpo.	
121. Alopecia nas lesões: identificada a partir da inspeção da queda de pêlos nas lesões.	
122. Áreas que sofrem pressão: identificadas pela inspeção de proeminências ósseas (calcâneo, maléolo, trocanter, sacro, olecrano, escápula) que sofrem força, atrito e cisalhamento devido à imobilidade.	
123. Fase da cicatrização das feridas: identificada pela inspeção de uma cascata que culmina com a reconstituição tecidual, podendo ser representada por três fases: inflamatória – iniciada após a lesão com a liberação de mediadores inflamatórios e substâncias vasoconstritoras; proliferativa – ocorrendo a epitelização, angiogênese e a formação de tecido de granulação; e a maturação – deposição de colágeno.	
124. Coloração do exsudato: identificada pela inspeção da cor da secreção produzida pela ferida, podendo ser: serosa – amarelo claro; hemático – vermelho vivo; serohematico – rosa ou vermelho claro; purulento – amarelo,	

INDICADORES EMPÍRICOS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
verde ou castanho.	
125. Crosta: identificada pela inspeção de um ressecamento de diferentes tipos de secreção em uma área com perda de tecido.	
126. Curativo: identificado pela necessidade de terapia de limpeza e aplicação de uma cobertura estéril em uma ferida, tendo como camada externa a aplicação de gazes com esparadrapo, ataduras ou filmes transparentes.	
127. Deiscência: identificada pela inspeção da separação parcial ou total das camadas da ferida.	
128. Elasticidade da pele: identificada por meio da palpação em pinça de uma prega da pele avaliando sua capacidade de mobilização.	
129. Evisceração: identificada pela inspeção da protrusão de órgãos e vísceras através da abertura das feridas.	
130. Exantema: identificada pela inspeção de erupção cutânea de coloração avermelhada.	
131. Fístula: identificada pela inspeção de uma passagem anormal entre dois órgãos ou entre um órgão e o exterior do corpo.	
132. Icterícia: identificada pela inspeção da pele, mucosas e escleróticas amareladas.	
133. Mácula: identificada pela inspeção de uma lesão plana com até 1 cm.	
134. Manchas hipercrônicas: identificadas pela inspeção de lesões planas com mais de 1cm que apresentam coloração mais escura que a pele.	
135. Manchas hiperemias: identificadas pela inspeção de lesões planas com mais de 1cm que apresentam coloração rosa e ficam esbranquiçadas com a dígitos pressão.	
136. Manchas hipocrônicas: identificadas pela inspeção de lesões planas com mais de 1cm que apresentam coloração mais clara que a pele.	
137. Odor do exsudato: identificado pela olfação da secreção da ferida, podendo apresentar-se: característico, fétido (provoca afastamento) e pútrido (podre).	
138. Pápula: identificada pela inspeção de lesão apresentando elevação sólida na pele, menor que 1cm.	
139. Localização das lesões: identificada pela inspeção do segmento anatômico que apresenta rompimento na integridade da pele.	
140. Prurido: identificado pela inspeção ou relato verbal de coceira cutânea.	
141. Pústula: identificada pela inspeção de elevação circunscrita da pele, com conteúdo purulento, podendo variar de tamanho.	
142. Quantidade de exsudato: identificado pela inspeção da quantidade de secreção que a ferida produz, podendo ser classificado em nenhum, pouco (só umedece a cobertura primária), moderado (umedece todas as gazes) e abundante (exterioriza-se as coberturas).	
143. Sensibilidade das lesões (dolorosa): identificado pelo relato verbal de lesão apresentando sensação dolorosa ao estímulo com extremidades afiladas e rombudas.	
144. Sensibilidade das lesões (tátil): identificado pelo relato verbal de lesão apresentando sensação de toque ao estímulo com uma mecha de algodão.	
145. Sensibilidade das lesões (térmica): identificado pelo relato verbal de lesão apresentando sensação térmica a estímulos com diferentes tubos de ensaio, um contendo água morna e outro com água a temperatura ambiente.	
146. Turgor da pele: hidratação da pele identificada por meio do pinçamento com os dedos a pele do antebraço ou a área do esterno, a mesma deve retornar a forma original em menos de 3 segundos.	
147. Úlcera por pressão: identificada pela inspeção do rompimento da integridade da pele devido à compressão, ao atrito e ao cisalhamento. Pode ser classificada em Estágio I - pele intacta com rubor não branqueável; Estágio II - perda parcial da derme, apresenta úlcera superficial com o leito de coloração vermelho pálida; Estágio III - perda total da espessura da pele, e o tecido adiposo pode ser visível; Estágio IV - perda total da espessura dos tecidos com exposição de ossos, tendões ou músculos; não graduáveis - perda total da espessura dos tecidos, no entanto, o leito da ferida fica coberto por tecido desvitalizado.	
148. Vesícula: identificada pela inspeção da elevação circunscrita da pele com conteúdo seroso, menor que 1cm.	
Regulação vascular: necessidade de que sejam transportados e distribuídos, por meio do sangue, nutrientes vitais para os tecidos e removidas as substâncias desnecessárias, com o objetivo de manter a homeostase dos líquidos corporais e a sobrevivência do organismo.	
149. Bulhas cardíacas hiperfonéticas: sons cardíacos altos e fortes, identificados na ausculta dos focos mitral, tricúspide, pulmonar e aórtico.	
150. Bulhas cardíacas hipofonéticas: sons cardíacos baixos e abafados, identificados na ausculta dos focos mitral, tricúspide, pulmonar e aórtico.	
151. Bulhas cardíacas normofonéticas: sons cardíacos normais identificados na ausculta dos focos mitral, tricúspide, pulmonar e aórtico.	
152. Cianose: identificada pela inspeção da coloração da pele e mucosas azuladas ou violáceas.	

INDICADORES EMPÍRICOS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
153. Equimose: identificadas pela inspeção de manchas hemorrágicas que medem 1 cm de diâmetro e que não desaparecem com a compressão.	
154. Hematomas: identificados pela inspeção de uma coleção de sangue na pele ou tecido subcutâneo; podem assumir tamanhos variados e ser elevados; iniciam-se com a coloração vermelha e ficam arroxeados e verde-amarelados.	
155. Hemorragia: identificada pela inspeção de perda de sangue dos vasos sanguíneos para os tecidos ou dos vasos sanguíneos para a superfície do corpo.	
156. Localização das perdas sanguíneas: identificada pela inspeção do segmento anatômico, onde há perda de sangue dos vasos sanguíneos para os tecidos ou dos vasos sanguíneos para a superfície do corpo.	
157. Perfusão periférica diminuída: identificada pela da palpação por meio do teste de enchimento capilar. Quando se aplica uma pressão na extremidade dos dedos, a circulação retorna em mais de três segundos.	
158. Perfusão periférica normal: identificada pela palpação por meio do teste de enchimento capilar; aplicando-se uma pressão na extremidade dos dedos, a circulação retorna em torno de três segundos.	
159. Petéquias: identificadas pela inspeção de manchas hemorrágicas que medem até 1 cm de diâmetro e não desaparecem com a compressão.	
160. Prova do laço negativa: é feita por meio das seguintes etapas: 1- verificar a pressão arterial; 2- calcular o valor médio pela fórmula $(PAS + PAD)/2$, 3- insuflar novamente o manguito até o valor médio e manter durante cinco minutos nos adultos; 4- desinsuflar o ar do manguito e desenhar um quadrado com 2,5 cm no local de mais concentração de petéquias; 5- contar o número de petéquias no quadrado. A prova do laço será considerada negativa se surgirem menos de 20 petéquias no quadrado.	
161. Prova do laço positiva: desenha-se um quadrado de 2,5 cm ² no antebraço do indivíduo; depois, verifica-se sua pressão arterial, calcula-se o valor médio $(PAS+PAD)/2$ e insufla-se novamente o manguito até o valor médio, mantendo-o por cinco minutos; em seguida, conta-se o número de petéquias no quadrado. A prova será considerada positiva com mais de 20 petéquias no quadrado.	
162. Pulso cheio: ou intensidade do pulso forte, identificado pela palpação das artérias dando a impressão de artéria cheia.	
163. Pulso filiforme: ou intensidade do pulso fraco - identificado pela palpação das artérias, o que dá a impressão de artéria com pouco enchimento.	
164. Ritmo cardíaco irregular: identificado pela ausculta cardíaca da sequência de pulsações com intervalos ora mais longos ora mais curtos.	
165. Ritmo cardíaco regular: identificado pela ausculta cardíaca da sequência de pulsações com intervalos iguais.	
Regulação térmica: necessidade do indivíduo de manter o equilíbrio entre a produção e a perda de energia térmica, com o objetivo de manter a temperatura corporal.	
166. Calafrios: identificados pelo relato verbal ou inspeção de tremor e palidez da pele, devido à sensação de frio, gerado pela contração involuntária de vários grupos musculares.	
167. Pele fria: identificada por meio da palpação de um segmento corporal composto por epiderme e derme, apresentando diminuição na temperatura.	
168. Sudorese: identificada pela inspeção de eliminação abundante de suor, que pode ser generalizada ou predominantemente nas mãos e nos pés.	
Regulação neurológica: necessidade preservar ou restabelecer o funcionamento do sistema nervoso, com o objetivo de controlar e coordenar as funções e as atividades do corpo e alguns aspectos do comportamento.	
169. Agitação: identificada pela inspeção de atividade motora desordenada devido à excitação mental.	
170. Alteração nos reflexos: identificada pela inspeção de mudança na resposta motora do organismo a um estímulo sensitivo.	
171. Consciente: identificado pelo relato verbal de conhecimento da própria existência e da inspeção do estado de alerta do indivíduo.	
172. Crise convulsiva: identificada pela inspeção de movimentos involuntários súbitos, incoordenados e paroxísticos. Pode ser tônica: convulsões permanentes que imobilizam as articulações; clônicas: convulsões rítmicas, que se alternam com contrações e relaxamentos musculares, e tônico-clônicas: convulsões com as características descritas somadas.	
173. Decorticação: identificada pela inspeção de uma postura rígida com os braços dobrados em direção ao corpo, os punhos cerrados e as pernas esticadas.	
174. Desorientação: confusão mental identificada pelo relato verbal de confusão temporal (não lembra dia, mês, ano), confusão local (onde mora, onde está) ou confusão pessoal (nome, idade, ocupação).	
175. Fotofobia: identificada pelo relato verbal de intolerância à luz ou a lugares iluminados.	
176. Inconsciente: identificado pela ausência de respostas a estímulos dolorosos e de atividade motora.	
177. Midríase: identificada pela inspeção da dilatação da pupila.	

INDICADORES EMPÍRICOS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
178. Miose: identificada pela inspeção da constrição da pupila.	
179. Opistótomos: identificado pela inspeção do corpo que passa a se apoiar na cabeça e nos calcanhares, assumindo o posicionamento de um arco devido à contratura muscular lombar.	
180. Pupilas anisocôricas: identificadas pela inspeção das pupilas com diâmetros diferentes.	
181. Pupilas isocôricas: identificadas pela inspeção das pupilas com o mesmo diâmetro, podendo variar de 2 a 6mm.	
182. Rigidez da nuca: identificada pelo relato verbal de dor ou inspeção de resistência quando o examinador coloca uma das mãos na região occipital do indivíduo em decúbito dorsal, tentando flexionar a cabeça dele contra o tórax.	
183. Riso sardônico: identificado pela inspeção de contração dos músculos da face, produzida por espasmos musculares.	
184. Sinal de Brudzinski: identificado pela inspeção de resistência e dor no pescoço com flexão do quadril, quando o examinador coloca a mão sobre a região occipital e a outra mão no tórax do indivíduo, flexionando o queixo sobre o tórax.	
185. Sinal de Kerning: identificado pela inspeção de resistência a extensão e dor na parte posterior da coxa, quando em posição dorsal é levantada a perna do indivíduo reta ou flexionada a coxa sobre o abdômen e estendido o joelho.	
186. Trismo: identificado pela inspeção da contração intensa das maxilas devido à hipertonia dos músculos masseteres.	
Sensopercepção: necessidade do indivíduo perceber e interpretar os estímulos sensoriais, com o objetivo de interagir com os outros e com o ambiente.	
187. Expressões corporais relacionadas à dor: identificada pela inspeção da expressão facial (sobrancelhas franzidas, expressão de choro) e movimentos corporais de defesa (proteção da área dolorida).	
188. Dor (frequência): identificada pelo relato verbal do número de vezes ao dia que o indivíduo sente dor.	
189. Dor (intensidade): identificada pelo relato verbal de severidade da dor, utilizando-se essas escalas: escala numérica de 0 a 3, que indica dor leve; de 4 a 6, dor moderada; e de 7 a 10, dor intensa; e escala descriptiva: nenhuma dor, dor leve, dor moderada, dor intensa e dor insuportável.	
190. Dor (localização): identificada pelo relato verbal de segmento anatômico acometido por dor.	
191. Fatores que aliviam a dor: identificado pelo relato verbal de fatores farmacológicos e não farmacológicos que aliviam a dor.	
192. Fatores que aumentam a dor: identificado pelo relato verbal de influências fisiológicas, sociais, espirituais, psicológicas e espirituais que aumentam o nível da dor.	
Terapêutica e prevenção: necessidade de lidar com eventos do ciclo vital e situações do processo saúde e doença, o que inclui buscar atenção profissional, com o objetivo de promover, manter e recuperar a saúde, prevenir doenças e agravos à saúde, readaptar ou habilitar funções.	
193. Doenças crônicas: identificada por relato verbal ou no prontuário a presença de alguma doença de longa duração, nunca curada totalmente.	
194. Cartão de vacina atualizado: identificado pela inspeção do documento de comprovação da imunização.	
195. Efeitos adversos: identificado por relato verbal de aparecimento indesejado de efeitos diferentes dos que são considerados como principal ação do fármaco utilizado.	
196. Efeitos colaterais: identificado pelo relato verbal ou inspeção do aparecimento de efeitos previsíveis, porém, diferentes daqueles considerados como principal mecanismo de ação do fármaco utilizado.	
197. Uso de antibioticoterapia: identificado pelo relato verbal ou na prescrição médica a utilização de substâncias capazes de impedir a multiplicação de bactérias e ou de destruí-las.	
198. Imunidade deficiente: identificada pelo relato verbal ou consulta ao prontuário de estado de resistência do organismo comprometido em relação a um fator patogênico.	
199. Reações alérgicas: identificadas pelo relato verbal de reação de hipersensibilidade adquirida do organismo a determinado alérgeno.	
200. Sinais flogísticos de inserção dos cateteres: identificados pela inspeção de sinais de inflamação na porção do cateter na pele ou nas mucosas.	
201. Situações que interferem no tratamento: identificadas pelo relato verbal de fatores que interferem na adesão terapêutica.	
Necessidades psicossociais	
Comunicação: o indivíduo tem necessidade de enviar e receber mensagens utilizando a linguagem verbal e a não verbal, com o objetivo de interagir com os outros.	
202. Afasia: identificada pela inspeção da dificuldade de produzir e de compreender a linguagem.	
203. Disartria: distúrbio na articulação da fala, identificado por meio de escuta da fala distorcida.	
204. Habilidade para escrever: identificado pelo relato verbal de capacidade de desenvolver sinais gráficos.	

INDICADORES EMPÍRICOS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
205. Interação com as pessoas: identificado pelo relato verbal ou inspeção de relacionamento mútuo com as pessoas.	
206. Respostas desconexas: identificadas pelo relato verbal de respostas que não apresentam coerência.	
207. Uso da linguagem não verbal: identificado pela inspeção de gestos para se expressar, utilizando expressão corporal e facial.	
208. Uso da linguagem verbal: identificada pela utilização de vocábulos para se expressar.	
Gregária: necessidade de viver em grupo, com o objetivo de interagir com os outros e realizar trocas sociais.	
209. Desejo de participar de atividades: identificado pelo relato verbal da vontade de realizar tarefas diárias.	
210. Quantas pessoas residem na casa: identificado pelo relato verbal do número de pessoas que vivem no ambiente de moradia.	
211. Quem mais auxilia no tratamento: identificado pelo relato verbal de pessoa que mais ajuda no cuidado.	
212. Quem reside na casa? Identificado pelo relato verbal ou no prontuário se o indivíduo mora com amigos, familiares ou sozinho.	
Segurança emocional: necessidade de ter consciência e saber lidar com os próprios sentimentos e emoções.	
213. Agressividade: identificada pela inspeção de tendência a atacar ou provocar outra pessoa.	
214. Angústia: identificada pelo relato verbal de mal-estar físico e psíquico, que pode acontecer sem causa aparente.	
215. Ansiedade: identificada pela inspeção ou relato verbal de estado de ânimo desagradável, de tensão e apreensão.	
216. Apatia: identificada pela inspeção de indiferença.	
217. Carência afetiva: identificada pelo relato verbal de necessidade da afeição de alguém.	
218. Choro: identificado pela inspeção de derramamento de lágrimas.	
219. Desejo de isolar-se: identificado pelo relato verbal ou inspeção da vontade de estar longe de outras pessoas.	
220. Depressão: identificada pela inspeção de prostração emocional, com diminuição de atividade e na habilidade de decisão.	
221. Desejo de morte: identificado pelo relato verbal a vontade de morrer.	
222. Fobias: identificadas pelo relato verbal de temor persistente a uma situação, evitando o estímulo temido.	
223. Inconstância no equilíbrio de humor: identificada pela inspeção na mudança no estado de espírito.	
224. Irritabilidade: identificada pela inspeção de tendência a fúria.	
225. Medo: identificado pelo relato verbal de uma sensação que proporciona o estado de alerta evidenciado pelo receio de fazer algo.	
226. Sentimento de estigma e preconceito: identificado pelo relato verbal da sensação de atitude discriminatória de outras pessoas.	
227. Tristeza: identificada pela inspeção de abatimento ou falta de alegria.	
Autoestima, autoconfiança e autorrespeito: o indivíduo precisa sentir-se adequado para enfrentar os desafios da vida, confiar nas próprias ideias, respeitar a si próprio, valorizar-se, reconhecer-se merecedor de amor e de felicidade, não ter medo de expor suas ideias, desejos e necessidades, com o objetivo de controlar a própria vida, de sentir bem-estar psicológico e perceber-se como centro vital da própria existência.	
228. Atitudes relacionadas ao próprio corpo: identificadas pelo relato verbal ou inspeção de ações relacionadas à própria imagem física.	
229. Falta de autoconfiança: identificada por meio do relato verbal de falta de confiança em si mesmo.	
230. Fontes de motivação: identificadas através do relato verbal de meios que impulsionam a seguir em frente.	
231. Identifica atributos positivos em si mesmo: identificado pelo relato verbal de características próprias positivas em si mesmo.	
232. Percepção sobre o próprio corpo: identificado pelo relato verbal de impressão mental sobre sua imagem física.	
233. Valores atribuídos à autoimagem: identificados pelo relato verbal da importância que o indivíduo atribui para si mesmo.	
Educação para a saúde e aprendizagem	
234. Conhecimento sobre ações dos medicamentos: identificado pelo relato verbal do saber sobre a finalidade do fármaco em utilização.	
235. Conhecimento sobre seu problema de saúde (nível de compreensão): identificado pelo relato verbal da compreensão sobre sua doença e seu estado clínico.	
236. Experiências anteriores (doenças): identificadas pelo relato verbal de vivências prévias relacionadas a problemas de saúde.	
237. Experiências anteriores (tratamentos): identificadas pelo relato verbal de vivências prévias relacionadas	

INDICADORES EMPÍRICOS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
à terapêutica de cuidado.	
238. Nível de escolaridade: identificado pelo relato verbal do grau de escolaridade.	
239. O que a família sabe sobre o problema de saúde: identificado pelo relato verbal sobre o conhecimento dos familiares sobre a doença do indivíduo.	
Necessidades psicoespirituais	
Religiosidade e espiritualidade: os seres humanos têm necessidade de estabelecer relacionamento dinâmico com um ser ou entidade superior, com o objetivo de sentir bem-estar espiritual e de ter crenças relativas a um sentimento à importância da vida.	
240. Crenças (espirituais): identificadas pelo relato verbal de acreditação de um eu interno e uma ligação desse com um ser superior.	
241. Crenças (religiosas): identificadas pelo relato verbal de acreditação em sistemas de cultos que uma pessoa pratica para expressar sua espiritualidade.	
242. Crenças (culturais): identificadas pelo relato verbal de acreditação em um conjunto de comportamentos inerentes a uma civilização.	
243. Necessidade da presença de um líder religioso: identificada pelo relato verbal da busca por um representante espiritual.	
244. Religião: identificada pelo relato verbal de pertença a uma entidade religiosa.	

APÊNDICE G

GLOSSÁRIO PARA O PREENCHIMENTO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PARA INDIVÍDUOS HOSPITALIZADOS COM DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS DOS INDICADORES EMPÍRICOS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
Necessidades psicobiológicas	
Oxigenação: necessidade de obter o oxigênio por meio da ventilação, da difusão do oxigênio e do dióxido de carbono entre os alvéolos e o sangue e do transporte de oxigênio para os tecidos periféricos com a remoção de dióxido de carbono.	
Dispneia: identificada pela inspeção de dificuldade da expansão torácica e/ou uso da musculatura acessória, ou relato verbal de dificuldade respiratória (JARVIS, 2012).	
Expectoração: identificada pela inspeção ou relato verbal da expulsão de muco que flui das vias aéreas para o meio exterior, classificada em: <i>espessa</i> - muco com consistência viscosa; <i>hemóptica</i> - muco com a presença de sangue e <i>purulenta</i> - muco com a presença de pus (NETTINA, 2011).	
Murmúrios vesiculares: identificados pela ausculta de sons durante a passagem de ar nas vias aéreas, nos movimentos de inspiração e expiração, localizados do ápice à base dos pulmões e classificados como: <i>ausentes</i> - sons inaudíveis; <i>diminuídos</i> - e sons suaves e graves diminuídos; e <i>presentes</i> - sons suaves e graves (BARROS et al., 2015; POTTER; PERRY, 2013).	
Respiração: identificada pela inspeção do tórax no movimento de inspiração e expiração, com as seguintes variações: <i>profunda</i> - aumento na amplitude do tórax na inspiração e expiração; e <i>superficial</i> - diminuição na amplitude do tórax na inspiração e expiração (BARROS et al., 2015).	
Retração intercostal: identificada pela inspeção de depressão da musculatura do tórax entre as costelas (BARROS et al., 2015).	
Ruídos adventícios: identificados pela ausculta pulmonar de sons respiratórios anormais, divididos em: <i>roncos</i> - sons graves, que ocorrem devido à passagem de ar por canais repletos de secreções; <i>sibilos</i> - sons agudos e rangentes, que ocorrem devido ao ar comprimido nas vias aéreas estreitadas; <i>creptos</i> - sons descontínuos quando ocorre uma reabertura súbita e sucessiva de pequenas vias aéreas, classificados em finos (sons agudos estalantes) e grossos (sons graves estalantes) (JARVIS, 2012).	
Tosse: identificada pela inspeção ou relato verbal de resposta reflexa, visando eliminar secreções acumuladas - <i>tosse produtiva</i> - ou estímulos irritantes - <i>tosse seca</i> - na laringe, na traqueia ou nos brônquios (ANDRIS, 2011).	
Uso de traqueostomia: identificada pela inspeção da inserção de uma cânula na traqueia para a passagem de ar (CRAVEN; HIRNLE, 2006).	
Hidratação: necessidade de que os líquidos corporais, compostos, principalmente, pela água, sejam mantidos normais, favorecendo o metabolismo corporal.	
Ascite: acúmulo de líquido na cavidade peritoneal, identificado por meio da técnica de piparote, em que o paciente ou uma terceira pessoa coloca a borda lateral externa da mão sobre a linha média do abdômen, e o profissional aplica golpes rápidos com a ponta dos dedos de uma mão sobre os flancos, enquanto a outra mão, espalmada, fica sobre o flanco oposto, palpando o impulso da onda líquida transmitida (PORTO, 2011).	
Edema: acúmulo de líquido no espaço intersticial, identificado por meio do sinal de <i>Godet</i> - depressão a partir da aplicação de pressão na pele. Ele deve ser avaliado por uma escala de cruzes, desta forma: 1+ corresponde a depressão leve (2mm) com leve indentação; 2+ depressão moderada (4mm) com indentação que desaparece rapidamente; 3+ depressão profunda (6mm) com indentação que permanece por um curto período; 4+ depressão muito profunda (8mm) com indentação que permanece por um longo período (ANDRIS, 2011; BARROS et al., 2015).	
Nutrição: necessidade de obter os elementos necessários para o consumo e a utilização de energia e nutrientes em nível celular, com o objetivo de manter a saúde e a vida. A nutrição envolve os processos de ingestão, digestão, absorção e captação deles para ser utilizado no metabolismo corporal.	
Abdômen (tipos): <i>Distendido</i> - identificado pela inspeção da distensão da musculatura abdominal e pela percussão de áreas apresentando submaciez, devido ao acúmulo de gases, líquidos ou sólidos; <i>flácido</i> - identificado pela inspeção da diminuição da firmeza e elasticidade do abdômen, devido ao afrouxamento muscular; <i>globoso</i> - identificado pela inspeção do diâmetro anteroposterior do abdômen aumentado; <i>volumoso</i> - identificado pela inspeção do aumento do diâmetro transversal do abdômen devido à dilatação dos flancos ou regiões laterais; e <i>plano</i> - identificado pela inspeção do contorno regular do abdômen (MENEGHELLI; MARTINELLI, 2004).	
Aceitação da dieta: identificada pelo relato verbal ou pela inspeção da ingestão do alimento fornecido, dividida em: <i>total</i> - ingestão total ou 100% do alimento fornecido; <i>parcial</i> - redução de ingestão (25%, 50% ou 75% - do	

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS DOS INDICADORES EMPÍRICOS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
alimento fornecido); e <i>não aceita dieta</i> - ingesta do alimento fornecido (KAWAMOTO; FORTES, 2011).	
Anorexia: identificada pela inspeção da perda de massa corporal devido à restrição alimentar severa e voluntária (BARROS et al., 2015).	
Apetite: identificado pelo relato verbal do desejo de comer, que varia em: <i>aumentado</i> - desejo de comer mais do que as refeições oferecidas; <i>diminuído</i> - ausência do desejo de comer as refeições oferecidas; e <i>normal</i> - desejo de comer todas as refeições oferecidas (ANDRIS, 2011).	
Disfagia: identificada pelo relato verbal de dificuldade de deglutição (POTTER; PERRY, 2013).	
Erução: identificada pelo relato verbal ou inspeção da regurgitação de ar (POTTER; PERRY, 2013).	
Esplenomegalia: identificada pela palpação em garra no quadrante superior esquerdo do abdômen, na altura do rebordo costal, verificando-se o aumento do volume do baço (ANDRIS, 2011).	
Hepatomegalia: identificada pela palpação em garra no quadrante superior direito, na altura do rebordo costal. Caso a borda do fígado ultrapasse o rebordo costal em mais de 3 cm, na altura da linha hemiclavicular, tem-se hepatomegalia (ANDRIS, 2011).	
Intolerância alimentar: identificada pelo relato verbal de reações adversas que ocorrem devido ao contato com algum tipo de alimento (BARROS et al., 2015).	
Maciez: identificada pela percussão abdominal, que apresenta som breve e timbre alto, geralmente presente em vísceras sólidas, massas abdominais ou tecido adiposo. Pode ser percebida nos quadrantes abdominais: superior direito, superior esquerdo, inferior direito e inferior esquerdo (JARVIS, 2012).	
Náusea: identificada por relato verbal de desconforto gástrico com tendência a vômito (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2011).	
Pirose: identificada pelo relato verbal de queimação retroesternal, podendo prolongar-se para a região epigástrica (BARROS et al., 2015).	
Refluxo gástrico: identificado pelo relato verbal da sensação de conteúdo gástrico, que retorna involuntariamente para o esôfago e/ou a cavidade oral (POTTER; PERRY, 2013).	
Timpanismo: identificado pela percussão do abdômen com som claro e de timbre baixo, semelhante a uma batida de tambor, geralmente presente em vísceras ovas e alças intestinais. Pode ser percebido nos quadrantes abdominais: superior direito, superior esquerdo, inferior direito e inferior esquerdo (JARVIS, 2012).	
Uso de sonda (tipos): <i>nasoentérica</i> - identificada pela inspeção de um tubo flexível de poliuretano introduzido da narina até o jejuno; <i>nasogástrica fechada</i> - identificada pela inspeção de um tubo de silicone translúcido introduzido da narina até o estômago. As duas têm o objetivo de promover a gavagem, por meio da nutrição enteral e da administração de medicamentos (CRAVEN; HIRNLE, 2006).	
Eliminação: necessidade de eliminar substâncias indesejáveis ou presentes em quantidades excessivas, com o objetivo de manter a homeostase corporal.	
Anúria: identificada pelo relato verbal ou inspeção da eliminação de diurese menor que 100ml nas 24 horas, quando comparada a ingestão (BARROS et al., 2015).	
Aspectos das fezes: <i>frequência da eliminação intestinal</i> - identificada pelo relato verbal do número de vezes em que o indivíduo evaca ao dia; <i>coloração</i> - identificada por relato verbal ou inspeção das diferentes colorações dos materiais residuais não digeridos, como: marrom (adulto normal), branca ou pálida (ausência de bile), preta (ingestão de ferro), amarela pálida ou cinza (má absorção de gordura) e vermelha ou preta (presença de sangue). <i>Consistência</i> - identificada por relato verbal ou inspeção de materiais residuais não digeridos, normalmente macios e formados, no entanto, podem modificar com o aumento (líquida) ou a diminuição (endurecida) do teor de líquido; <i>odor</i> : característico - identificado por olfação ou pelo relato verbal de cheiro das fezes, que varia de acordo com o alimento ou o medicamento digerido. Também pode ser fétido, quando há instalação de processo infecioso (JARVIS, 2012).	
Aspectos da urina: <i>Coloração</i> - identificada pelo relato verbal ou inspeção das diferentes colorações dos produtos residuais do metabolismo, como transparente (geralmente observada em indivíduos que consomem grande quantidade de líquidos), âmbar (coloração normal) e laranja (geralmente alterada devido à pouca ingestão hídrica ou utilização de medicamentos). <i>Odor</i> - característico (geralmente conferido pela concentração normal de ureia) e fétido (odor mais intenso, pode ser provocado pela urina mais concentrada, uso de medicamentos e alguns problemas, como diabetes e infecções) (JARVIS, 2012).	
Colúria: identificada pelo relato verbal ou inspeção de urina com coloração enegrecida, devido à presença de bile (AGUIAR; RIBEIRO, 2009; NETTINA, 2011).	
Constipação: identificada pelo relato verbal de fezes retidas por mais de 48 horas (ANDRIS, 2011).	
Diarreia: identificada pelo relato verbal do aumento no teor de líquidos nas fezes, acompanhada da necessidade de evacuar mais de três vezes ao dia (ANDRIS, 2011; SPILLER; THOMPSON, 2012).	
Disúria: identificada pelo relato verbal de sensação dolorosa associada à micção (BARROS et al., 2015).	
Enterorragia: identificada pelo relato verbal ou inspeção da eliminação de sangue vermelho vivo pelo ânus	

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS DOS INDICADORES EMPÍRICOS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
junto com as fezes (ANDRIS, 2011).	
Flatulência: identificada pelo relato verbal da eliminação de gases do aparelho digestivo para o meio exterior através do ânus ou da ausculta e/ou palpação de ar no aparelho digestivo (POTTER; PERRY, 2013).	
Hematúria: identificada pelo relato verbal ou inspeção macroscópica de sangue na urina (BARROS et al., 2015).	
Incontinência fecal: identificada pelo relato verbal ou inspeção da incapacidade de controlar o trânsito das fezes no ânus (ANDRIS, 2011).	
Incontinência urinária: identificada pelo relato verbal ou inspeção da eliminação involuntária de urina devido à incapacidade de controlar o esfíncter urinário (OLIVEIRA et al., 2010).	
Melena: identificado pelo relato verbal ou inspeção de fezes com coloração vermelho-escura devido a hemorragia digestiva alta (ANDRIS, 2011).	
Oligúria: identificada pelo relato verbal ou inspeção de diurese menor que 400ml nas 24 horas, quando comparada a ingestão (BARROS et al., 2015).	
Piúria: identificada pelo relato verbal ou inspeção de urina turva devido à presença de pus, ou por meio do resultado do sumário de urina (BARROS et al., 2015).	
Poliúria: identificada pelo relato verbal ou inspeção de diurese maior que 2000 a 2.500ml nas 24 horas, quando comparada a ingestão (BARROS et al., 2015).	
Retenção urinária: identificada pelo relato verbal da incapacidade parcial ou total da bexiga de eliminar a urina ou inspeção de área globosa na região suprapúbica, devido ao acúmulo de urina (bexigoma) (BARROS et al., 2015).	
Tenesmo: identificado pelo relato verbal da sensação dolorosa na região anal devido o desejo de evacuar (POTTER; PERRY, 2013).	
Uso de sonda (tipos): <i>nasogástrica aberta</i> - identificada pela inspeção de um tubo silicone translúcido da narina até o estômago, confirmado por meio de testes, cujo objetivo é a lavagem gástrica, drenagem gástrica ou coleta de material para exames; <i>vesical de alívio</i> - identificada pela inspeção de um tubo de silicone translúcido inserido na uretra a bexiga para eliminar intermitentemente a urina; <i>vesical de demora</i> - identificada pela inspeção de um tubo em látex ou silicone inserido da uretra a bexiga para a eliminação contínua de urina, administração de medicamento, irrigação vesical, dilatação uretral ou drenagem de conteúdo (CRAVEN; HIRNLE, 2006; POTTER; PERRY, 2013).	
Uso de fraldas: identificado pela inspeção do uso de material adaptado às entrepernas e às nádegas, a fim de absorver os excrementos provenientes das eliminações vesicais e/ou intestinais, devido à dificuldade de controlar os esfíncteres ou à restrição no leito (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).	
Vômito: identificado pelo relato verbal ou inspeção da eliminação de conteúdo gástrico por meio da boca, geralmente precedido de náusea, com características de conteúdo alimentar mucoso, aquoso, hemorrágico, purulento ou procede da bile (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2011; SPILLER; THOMPSON, 2012).	
Sono e repouso: necessidade de manter, por um período diário, a suspensão natural e periódica da consciência, o corpo e a mente em estado de imobilidade parcial ou completa e as funções corporais parcialmente diminuídas, com o objetivo de restaurar o vigor para as atividades cotidianas.	
Insônia: identificada por relato verbal da dificuldade crônica de adormecer (POTTER; PERRY, 2013).	
Sono e repouso: <i>Satisfatório</i> - identificado pelo relato verbal de contentamento sobre a qualidade e a quantidade de sono e de relaxamento; <i>prejudicado</i> - identificado pelo relato verbal de comprometimento quanto à qualidade e à quantidade de sono e de relaxamento (FERREIRA; CEOLIM, 2012).	
Sonolência: identificada pelo relato verbal ou inspeção do estado de adormecimento pouco profundo quando necessita estar acordado (GUIMARÃES, 2011).	
Utilização de medicamentos auxiliares do sono: identificada pelo relato verbal do uso de terapêuticas farmacológicas para indução do sono (POTTER; PERRY, 2013).	
Atividade física: necessidade de mover-se intencionalmente, usando a capacidade de controlar e relaxar os grupos musculares, com o objetivo de evitar lesões tissulares e exercitar-se.	
Atrofia muscular: identificada pela inspeção ou palpação da diminuição do tamanho de um músculo em comparação com o tamanho-padrão, com limitação funcional (AMARAL et al, 2015).	
Deambulação (variações): <i>Sozinho</i> - identificada pela inspeção ou relato verbal do ato de caminhar; <i>com ajuda</i> - identificada pela inspeção ou relato verbal do auxílio de terceiros e/ou do uso de órteses não implantáveis, como muletas e bengalas para caminhar; <i>não deambula</i> - identificado pela inspeção ou relato verbal da ausência do ato de caminhar. (ANDRIS, 2011)	
Fadiga: identificada pelo relato verbal do estado de cansaço resultante de esforço (SANTOS, 2009).	
Força motora: identificada pela inspeção e palpação da capacidade de reagir a uma resistência por meio da contração muscular, avaliada por escala com variação de zero a cinco: Grau 0 - não há evidência de contração	

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS DOS INDICADORES EMPÍRICOS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
muscular; Grau 1 - há evidência de pequenas contrações, sem produção de movimento; Grau 2 - o movimento é completo, mas só existe com a eliminação da gravidade; Grau 3 - movimento ativo contra a gravidade; Grau 4 - movimento ativo contra a gravidade e resistência; e Grau 5 - movimento ativo contra a gravidade e uma grande resistência aplicada (BARROS et al., 2015).	
Movimento corporal: identificado pela inspeção da mobilidade física do corpo, categorizado em: <i>diminuído</i> - limitação da mobilidade física; e <i>normal</i> - mobilidade física do corpo seguindo os parâmetros de amplitude normal (BARROS et al., 2015).	
Paralisia: identificada pela inspeção ou relato verbal da perda da função motora de um ou de vários segmentos musculares devido à lesão nervosa (GUIMARÃES, 2008).	
Parestesia: identificada pelo relato verbal da sensação de dormência ou formigamento de um ou vários segmentos corporais (SANTOS, 2009).	
Sexualidade e reprodução: necessidade de integrar aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais, com o objetivo afetivo-sexual de, com um parceiro, obter prazer e procriar.	
Relacionamento: identificado pelo relato verbal de atração afetiva e sexual, classificado em: <i>heterossexual</i> - por pessoa do sexo oposto; <i>homossexual</i> - por pessoa do mesmo sexo; e <i>bissexual</i> - por pessoas do mesmo sexo e do sexo oposto ao mesmo tempo (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).	
Utilização de métodos contraceptivos: identificado pelo relato verbal da utilização de medidas que evitem a gestação ou a aquisição de infecções sexualmente transmissíveis, como camisinha, pílulas, entre outros (GUIMARÃES, 2008).	
Vida sexual ativa: identificada pelo relato verbal de atividade sexual presente (ANDRIS, 2011).	
Cuidado corporal: necessidade de realizar as atividades com o objetivo de preservar o asseio corporal e a apresentação pessoal.	
Alopecia: identificada a partir da inspeção da queda de cabelos ou pelos (BARROS et al., 2015).	
Cáries: identificadas pela inspeção de uma cavidade no dente devido a deterioração ou necrose (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).	
Dependência do autocuidado: <i>Parcial</i> - identificada pelo relato verbal da dependência parcial de terceiros para cuidar de si mesmo, verificada no ato de banhar-se, arrumar-se, vestir-se ou alimentar-se. <i>Total</i> - identificada pelo relato verbal da dependência total de terceiros para cuidar de si mesmos (POTTER; PERRY, 2013).	
Falhas dentárias: identificada pela inspeção da ausência de dentes (SANTOS, 2009).	
Halitose: identificada pela olfação de mau hálito (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).	
Higiene corporal: <i>Preservada</i> - identificada pela inspeção da ausência de sujidades no corpo. <i>Prejudicada</i> - presença de sujidades no corpo (POTTER; PERRY, 2013).	
Higiene íntima: <i>Preservada</i> - identificada pela inspeção da ausência de sujidades nas partes íntimas. <i>Prejudicada</i> - presença de sujidades nas partes íntimas. (POTTER; PERRY, 2013).	
Higiene oral: <i>Preservada</i> - identificada pela inspeção da ausência de sujidades na cavidade oral. <i>Prejudicada</i> - presença de sujidades na cavidade oral. (POTTER; PERRY, 2013).	
Seborreia: identificada pela inspeção de oleosidade e placas no couro cabeludo, devido à hipersecreção das glândulas sebáceas (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).	
Uso de prótese dentária: identificada pela inspeção ou relato verbal do uso de uma peça dentária artificial (GUIMARÃES, 2008).	
Integridade física: necessidade de manter as características orgânicas de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso, com o objetivo de proteger o corpo.	
Avaliação das feridas: identificada pela inspeção do leito e das bordas das feridas.	
- Tecidos presentes no leito: <i>granulação</i> - coloração avermelhada, aparência brilhante e úmida; <i>fibrina</i> - coloração amarelada de consistência amolecida, decorrente da cascata de coagulação; <i>necrose de coagulação</i> - coloração preta, marrom ou acastanhada, é o resultado da morte celular e tecidual; <i>necrose de liquefação</i> - coloração amarelada, marrom, acinzentada ou acastanhada. É composto de bactérias, leucócitos, fragmentos celulares ou exsudato (BRASIL, 2006; GEOVANINI, 2014).	
- Caracterização do exsudato: <i>Coloração</i> - seroso (amarelo claro), hemático (vermelho vivo), sero-hemático (rosa ou vermelho claro), purulento (amarelo, verde ou castanho). <i>Odor</i> - característico (odor normal da ferida), fétido (provoca afastamento) e pútrido (podre). <i>Quantidade</i> - nenhum (normal), pouco (só umedece a cobertura primária), moderado (umedece todas as gazes) e abundante (exterioriza-se as coberturas) (IRION, 2012).	
- Bordas: <i>maceradas</i> - coloração branca, devido à hiper-hidratação da ferida; <i>distintas</i> - bordas elevadas e bem delimitadas; e <i>indistintas</i> - dificuldade de delimitação entre a borda e o leito da ferida (GUIMARÃES, 2011; MURBANK et al., 2011)	
- Fase da cicatrização das feridas: <i>inflamatória</i> - iniciada após a lesão com a liberação de mediadores	

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS DOS INDICADORES EMPÍRICOS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
inflamatórios e substâncias vasoconstritoras; <i>proliferativa</i> – ocorre a epitelização, angiogênese e a formação de tecido de granulação; e <i>maturação</i> – deposição de colágeno (GEOVANINI, 2014; IRION, 2012).	
Crosta: identificada pela inspeção de ressecamento de diferentes tipos de secreção em uma área com perda de tecido (BARROS et al., 2015).	
Exantema: identificado pela inspeção de erupção cutânea da pele, categorizado em: <i>petéquias</i> - identificadas pela inspeção de manchas hemorrágicas medindo até 1 cm de diâmetro, que não desaparecem pela compressão; <i>mácula</i> - lesão plana com até 1 cm; <i>pápula</i> - lesão que apresenta elevação sólida na pele menor que 1cm; <i>pústula</i> - elevação circunscrita da pele, com conteúdo purulento, que pode variar de tamanho; <i>vesícula</i> - circunscrita a pele, com conteúdo seroso, menor que 1cm (BARROS et al., 2015; VERONESI; FOCACCIA, 2010).	
Fístula: identificada pela inspeção de uma passagem anormal entre dois órgãos ou entre um órgão e o exterior do corpo (IRION, 2012).	
Icterícia: identificada pela inspeção da pele, mucosas e escleróticas amareladas (BARROS et al., 2015).	
Manchas: identificada pela inspeção de lesões planas com mais de 1cm, subdivididas em: <i>hipercrônicas</i> - apresentam coloração mais escura que a pele; e <i>hipocrônicas</i> - coloração mais clara que a pele; hiperemias - coloração rosa e ficam esbranquiçadas com a dígiito-pressão (BARROS et al., 2015).	
Lesões (localização): identificada pela inspeção do segmento anatômico que apresenta rompimento na integridade da pele (IRION, 2012).	
Lesão por pressão: identificada pela inspeção do rompimento da integridade da pele devido a compressão, a atrito e a cisalhamento, classificada em diferentes estágios: <i>Estágio 1</i> – pele íntegra com eritema não branqueável. <i>Estágio 2</i> - perda da espessura parcial da pele com exposição da derme. <i>Estágio 3</i> - perda da espessura total da pele com tecido subcutâneo visível. <i>Estágio 4</i> - perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição de músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. <i>Não classificável</i> - perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está coberta por necrose de liquefação ou coagulação. <i>Tissular profunda</i> - pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelho-escura, marrom ou púrpura, que não embranquece, ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento (NPUAP, 2016).	
Prurido: identificado pela inspeção ou relato verbal de coceira cutânea (BARROS et al., 2015).	
Sensibilidade das lesões: <i>dolorosa</i> - identificada pelo relato verbal de lesão apresentando sensação dolorosa ao estímulo com extremidades afiladas e rombudas; <i>tátil</i> - lesão apresentando sensação de toque ao estímulo com uma mecha de algodão; <i>térmica</i> - lesão apresentando sensação térmica a estímulos com diferentes tubos de ensaio, um contendo água morna e outro com água a temperatura ambiente (AGUIAR; RIBEIRO, 2009; POTTER; PERRY, 2013).	
Tratamento das feridas: identificado pela necessidade de limpeza e aplicação de uma cobertura estéril em uma ferida, tendo como camada externa a aplicação de gazes com esparadrapo, ataduras ou filmes transparentes.	
- Limpeza: emprego de <i>soro fisiológico a 0,9%</i> (remoção da sujidade no leito da ferida com uma pressão de irrigação em uma faixa recomendada entre 4 e 15 psi) ou uso de antisséptico - <i>clorexidina aquosa</i> (eficiente contra bactérias gram-positivas e gram-negativas) (IRION, 2012)	
- Cobertura: aplicação de produtos que podem promover o desbridamento autolítico (ácidos graxos essenciais, hidrogel, hidrocolóide e alginato de cálcio), o desbridamento enzimático (colagenase e papaína), promover a ação bactericida e bacteriostática (sulfadiazina de prata), neutralizar o odor e absorver o exsudato (carvão ativado), dentre outros (GUIMARÃES, 2008)	
Turgor da pele/elasticidade da pele: <i>preservado (a)</i> - identificado por meio do pinçamento da pele do antebraço, quando hidratada, a pele retorna a forma original em menos de três segundos; <i>prejudicado (a)</i> - pinçamento da pele do antebraço, quando desidratada, a pele permanece contraída (JARVIS, 2012; POTTER; PERRY, 2013)	
Regulação vascular: necessidade de que sejam transportados e distribuídos, por meio do sangue, nutrientes vitais para os tecidos e removidas as substâncias desnecessárias, com o objetivo de manter a homeostase dos líquidos corporais e a sobrevivência do organismo.	
Bulhas cardíacas: sons cardíacos identificados nos focos mitral, tricúspide, pulmonar e aórtico, subdivididos em: <i>hiperfonéticos</i> - sons altos e fortes; <i>hipofonéticos</i> - sons cardíacos baixos e abafados; e <i>normofonéticos</i> - sons cardíacos normais (BARROS et al., 2015).	
Cianose: identificada pela inspeção da coloração da pele e mucosas azuladas ou violáceas, devido a diminuição da perfusão de oxigênio (POTTER; PERRY, 2013).	
Equimose: identificada pela inspeção de manchas hemorrágicas que medem acima de 1 cm de diâmetro e não desaparecem pela compressão (BARROS et al., 2015).	
Hematomas: identificados pela inspeção de uma coleção de sangue na pele ou tecido subcutâneo. Podem assumir tamanhos variados e ser elevados. Inicia-se com a coloração vermelha e se torna arroxeadas e verde-	

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS DOS INDICADORES EMPÍRICOS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
amarelada (ANDRIS, 2011).	
Perfusão periférica: identificada pela palpação por meio do teste de enchimento capilar, aplicando uma pressão na extremidade dos dedos. Quando a circulação retorna em cerca de três segundos, é considerada <i>preservada</i> ; em um tempo superior a três segundos, <i>diminuída</i> (POTTER; PERRY, 2013).	
Perda sanguínea (localização): identificada pela inspeção de segmento anatômico onde há perda de sangue dos vasos sanguíneos para os tecidos ou dos vasos sanguíneos para a superfície do corpo (ANDRIS, 2011).	
Prova do laço: identificada por meio das seguintes etapas: 1- verificar pressão arterial; 2- calcular o valor médio pela fórmula (PAS + PAD)/2; 3- insuflar novamente o manguito até o valor médio e manter durante cinco minutos nos adultos; 4- desinsuflar o ar do manguito e desenhar um quadrado com 2,5 cm no local de maior concentração de petéquias; 5- contar o número de petéquias no quadrado. A prova do laço será considerada <i>positiva</i> se surgirem mais de 20 petéquias no quadrado, e <i>negativa</i> , menos de 20 petéquias no quadrado (BRASIL, 2016c).	
Pulso: identificado pela palpação das artérias, a sua intensidade pode ser categorizada em: <i>cheio ou intensidade do pulso forte</i> - impressão de artéria cheia; e <i>filiforme ou intensidade do pulso fraco</i> - impressão de artéria com pouco enchimento (BARROS et al., 2015).	
Ritmo cardíaco: identificado pela auscultação cardíaca da sequência de pulsações. Classifica-se em: <i>regular</i> - pulsações com intervalos iguais; e <i>irregular</i> – pulsações com intervalos ora mais longos ora mais curtos. (BARROS et al., 2015).	
Regulação térmica: necessidade de obter equilíbrio entre a produção e a perda de energia térmica, com o objetivo de manter a temperatura corporal.	
Calafrios: identificados pelo relato verbal ou inspeção de tremor e palidez da pele, devido à sensação de frio, gerado pela contração involuntária de vários grupos musculares (GUIMARÃES, 2008).	
Pele fria: identificada pela palpação de um segmento corporal composto de epiderme e derme. Apresenta diminuição na temperatura (POTTER; PERRY, 2013).	
Sudorese: identificada pela inspeção de eliminação abundante de suor. Pode ser generalizada ou predominantemente nas mãos e nos pés (POTTER; PERRY, 2013).	
Regulação neurológica: necessidade de preservar ou restabelecer o funcionamento do sistema nervoso, com o objetivo de controlar e coordenar as funções e as atividades do corpo e alguns aspectos do comportamento.	
Agitação: identificada pela inspeção de atividade motora desordenada devido à excitação mental (CHRISTO, 2010).	
Alteração nos reflexos: identificada pela inspeção de mudança na resposta motora do organismo a um estímulo sensitivo. Os principais reflexos tendinosos profundos são: <i>braquiorradial</i> - obtido fletindo o antebraço, estando a mão em semipronação e segura pelo examinador, que percute o processo estiloide do rádio; <i>bicipital</i> – obtido com o antebraço semifletido e supinado, o examinador percute o tendão distal do músculo bíceps na face medial do cotovelo; <i>tricipital</i> – obtido com a percussão no tendão do tríceps logo acima da sua inserção no olécrano, o membro deve estar apoiado, de maneira que o antebraço fique relaxado; e <i>patelar</i> – obtido a partir da percussão do tendão do quadríceps femoral, observando a extensão da perna. Sua resposta deve ser avaliada em diferentes graduações: 0 (sem resposta), 1+ (lenta ou diminuída), 2+ (resposta ativa ou esperada), 3+ (mais rápida que o esperado) e 4+ (rápida e hiperativa) (JARVIS, 2012).	
Avaliação pupilar (avaliação): <i>Fotorreagência</i> - resposta pupilar em relação a um estímulo luminoso, em que podem ser identificadas a <i>miose</i> - inspeção da constrição da pupila - e a <i>midriase</i> - inspeção da dilatação da pupila. Além disso, pupilas com o mesmo diâmetro, que podem variar de 2 a 6mm, denominadas de <i>isocóricas</i> , e pupilas com diâmetros diferentes, denominadas de <i>anisocóricas</i> (BARROS et al., 2015).	
Crise convulsiva: identificada pela inspeção de movimentos involuntários súbitos, incoordenados e paroxísticos. Pode ser <i>tônica</i> : convulsões permanentes que imobilizam as articulações; <i>clônicas</i> : convulsões rítmicas, que se alternam com contrações e relaxamentos musculares, e <i>tônico-clônicas</i> : convulsões com as características descritas somadas (ANDRIS, 2011).	
Decorticação: identificada pela inspeção de uma postura rígida com os braços dobrados em direção ao corpo, os punhos cerrados e as pernas esticadas (ANDRIS, 2011).	
Desorientação: confusão mental identificada pelo relato verbal de confusão temporal (não lembra dia, mês, ano), confusão local (onde mora, onde está) ou confusão pessoal (nome, idade, ocupação) (JARVIS, 2012).	
Fotofobia: identificada pelo relato verbal de intolerância à luz ou a lugares iluminados (BARROS et al., 2015).	
Nível de consciência: pontuada de acordo com a avaliação proposta pela escala de <i>Glasgow</i> , em que se observam: <i>resposta ocular</i> (espontânea = 4, comando verbal = 3, à dor = 2, ausente = 1); <i>resposta verbal</i> (orientado = 5, confuso = 4, palavras inapropriadas = 3, palavras ou sons incompreensíveis = 2, sem resposta = 1; <i>resposta motora</i> (obedece a comandos = 6, localiza dor = 5, movimento de retirada à dor = 4, flexão anormal = 3, extensão anormal = 2, nenhuma resposta = 1) (ANDRIS, 2011).	

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS DOS INDICADORES EMPÍRICOS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
Opistótono: identificado pela inspeção do corpo que passa a se apoiar na cabeça e nos calcanhares, assumindo o posicionamento de um arco devido à contratura muscular lombar (JARVIS, 2012).	
Rigidez de nuca: identificada pelo relato verbal de dor ou inspeção de resistência quando o examinador coloca uma das mãos na região occipital do indivíduo em decúbito dorsal e tenta flexionar a cabeça dele contra o tórax (BRASIL, 2010a).	
Riso sardônico: identificado pela inspeção de contração dos músculos da face, produzida por espasmos musculares (VERONESI; FOCACCIA, 2010).	
Sinal de Brudzinski: identificado pela inspeção de resistência e dor no pescoço com flexão do quadril, quando o examinador coloca uma mão sobre a região occipital, e a outra, no tórax do indivíduo, flexionando o queixo sobre o tórax (BRASIL, 2014b).	
Sinal de Kerning: identificado pela inspeção de resistência à extensão e dor na parte posterior da coxa, quando, em posição dorsal, é levantada a perna do indivíduo, reta ou flexionada, a coxa sobre o abdômen e estendido o joelho (BRASIL, 2014b).	
Trismo: identificado pela inspeção da contração intensa das maxilas devido à hipertonia dos músculos masseteres (VERONESI; FOCACCIA, 2010).	
Sensopercepção: necessidade de perceber e interpretar os estímulos sensoriais, com o objetivo de interagir com os outros e com o ambiente.	
Dor: identificada pelo relato verbal de experiência sensorial desagradável, avaliada a partir da <i>localização</i> - segmento anatômico acometido por dor; da <i>frequência</i> - número de vezes ao dia em que o indivíduo sente dor; e da <i>intensidade</i> - ou severidade da dor, mensurada por escalas: 0 a 3 - dor leve, 4 a 6 - dor moderada e 7 a 10 - dor intensa (ANDRIS, 2011; ARAÚJO; ROMERO, 2015).	
Expressões corporais relacionadas à dor: identificadas pela inspeção da expressão facial (sobrancelhas franzidas, expressão de choro), movimentos corporais de defesa (proteção da área dolorida) e inquietação (ANSRIS, 2011).	
Fatores que aliviam a dor: identificados pelo relato verbal de medidas farmacológicas e não farmacológicas que diminuem a dor (BARROS et al., 2015).	
Fatores que aumentam a dor: identificados pelo relato verbal de condições fisiológicas, sociais, e emocionais que aumentam o nível da dor, como movimentação, deambulação, frio, manipulação durante o curativo, dentre outros (ARAÚJO; ROMERO, 2015; BARROS et al., 2015).	
Segurança física e do meio ambiente: necessidade que o indivíduo, a família e a coletividade sentem de se proteger e de manter um meio ambiente livre de agentes agressores, com o objetivo de preservar a segurança física e socioambiental.	
Condições de moradia: identificada pelo relato verbal das condições do domicílio e da rua que reside, como tipo de reboco da parede (alvenaria, taipa) e pavimentação da rua (calçada e não calçada).	
Criação de animais: identificada pelo relato verbal da presença de animais domésticos no domicílio.	
Dependente químico: identificado pelo relato verbal da dependência fisiológica de substâncias ingeridas com fins de alteração de humor ou comportamento (VAUGHANS, 2012).	
Destino do lixo: identificado pelo relato verbal do destino do lixo fora do domicílio, podendo ser coletado pela prefeitura, transportado para aterro sanitário, queimado ou dispensado a céu aberto.	
Etilista (variações): <i>Desde quando consome</i> - identificado pelo relato verbal de quando iniciou o consumo de álcool. <i>Frequência de consumo</i> - quantidade de vezes ao dia ou por semana que há consumo de álcool (BARROS et al., 2015).	
Hábito de higienizar as mãos: identificado pelo relato verbal da utilização de medidas adequadas para prevenir a propagação de micro-organismos nas mãos (KAWAMOTO; FORTES, 2011).	
Hábito de higienizar os alimentos: identificado pelo relato verbal da utilização de medidas adequadas de lavagem para prevenir a contaminação dos alimentos (KAWAMOTO; FORTES, 2011).	
Necessidade de utilizar máscaras cirúrgicas para transporte: identificada pelo relato verbal ou evidência no prontuário da necessidade do uso de máscara, destinada à contenção das partículas no momento em que são geradas, indicadas para pacientes com doenças transmitidas por vias aéreas em fase infectante ou para os casos suspeitos que estejam fora dos locais de isolamento (COLOMBRINI; MARCHIORI; FIGUEIREDO, 2009).	
Tabagista (variações): <i>Desde quando fuma</i> - identificado pelo relato verbal de quando iniciou a utilização de cigarro ou de produtos contendo tabaco; <i>Quantos cigarros ao dia</i> - quantidade diária da utilização de cigarro ou de produtos contendo tabaco (BARROS et al., 2015).	
Uso de água tratada: identificada pelo relato verbal do consumo de água proveniente da companhia de abastecimento, filtrada, fervida, clorada ou mineral.	
Terapêutica e prevenção: necessidade de lidar com eventos do ciclo vital e situações do processo saúde e doenças, o que inclui buscar atenção profissional, com o objetivo de promover, manter e recuperar a saúde,	

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS DOS INDICADORES EMPÍRICOS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
prevenir doenças e agravos à saúde, readaptar ou habilitar funções.	
Doenças crônicas: identificadas pelo relato verbal ou no prontuário a presença de alguma doença de longa duração, nunca curada totalmente (JARVIS, 2012).	
Efeitos adversos: identificados por relato verbal de aparecimento indesejado de efeitos diferentes daqueles considerados como principal ação do fármaco utilizado (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).	
Efeitos colaterais: identificados pelo relato verbal ou inspeção do aparecimento de efeitos previsíveis, porém, diferentes daqueles considerados como principal mecanismo de ação do fármaco utilizado (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).	
Reações alérgicas: identificadas pelo relato verbal de reação de hipersensibilidade adquirida do organismo a um determinado alérgeno (GUIMARÃES, 2008).	
Sinais flogísticos de inserção dos cateteres: identificados pela inspeção de sinais de inflamação na porção do cateter junto à pele (POTTER; PERRY, 2013).	
Situações que interferem no tratamento: identificadas pelo relato verbal de fatores que interferem na adesão terapêutica.	
Necessidades psicossociais	
Comunicação: necessidade de enviar e receber mensagens, utilizando a linguagem verbal e a não verbal, com o objetivo de interagir com os outros.	
Afasia: identificada pela inspeção da dificuldade na produção e na compreensão da linguagem (BARROS et al., 2015).	
Disartria: identificada pela escuta da fala distorcida, devido a distúrbio na articulação da fala (BARROS et al., 2015).	
Habilidade para escrever: identificada pelo relato verbal da capacidade de desenvolver sinais gráficos (KAWAMOTO; FORTES, 2011).	
Interação com as pessoas: identificada pelo relato verbal ou inspeção de relacionamento mútuo com as pessoas. Pode variar de pouco comunicativo a comunicativo (VAUGHANS, 2012).	
Respostas desconexas: identificadas pelo relato verbal de respostas que não apresentam coerência (KAWAMOTO; FORTES, 2011).	
Uso da linguagem: comunicação estabelecida a partir da linguagem <i>verbal</i> - identificada pela utilização de vocábulos para se expressar e <i>não verbal</i> – utilização de gestos para se comunicar, como expressão corporal e facial (BARROS et al., 2015).	
Gregária: necessidade de viver em grupo, com o objetivo de interagir com os outros e realizar trocas sociais.	
Desejo de participar de atividades cotidianas: identificado pelo relato verbal da vontade de realizar tarefas da rotina diária ou voltar a trabalhar (ANDRIS, 2011).	
Número de pessoas com que reside: identificado pelo relato verbal do número de pessoas que vivem no domicílio (ANDRIS, 2011).	
Quem mais auxilia no tratamento: identificado pelo relato verbal da pessoa que mais ajuda no cuidado (ANDRIS, 2011).	
Quem reside na casa: identificado pelo relato verbal ou no prontuário de companhia (amigos, familiares) com a qual o indivíduo reside, ou se ele mora sozinho (ANDRIS, 2011).	
Segurança emocional: necessidade de ter consciência e saber lidar com os próprios sentimentos e emoções.	
Agressividade: identificada pela inspeção de tendência a atacar ou provocar outra pessoa (VIÇOSO, 2008).	
Angústia: identificada pelo relato verbal de mal-estar físico e psíquico, que pode acontecer sem causa aparente (POTTER; PERRY, 2013).	
Ansiedade: identificada pela inspeção ou relato verbal de estado de ânimo desagradável, de tensão e apreensão (VIÇOSO, 2008).	
Apatia: identificada pela inspeção de indiferença (VAUGHANS, 2012).	
Carência afetiva: identificada pelo relato verbal de necessidade da presença de alguém a quem se tem afeição (VIÇOSO, 2008).	
Choro: identificado pela inspeção de derramamento de lágrimas (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).	
Desejo de se isolar: identificado pelo relato verbal ou inspeção da vontade de estar sozinho (VIÇOSO, 2008).	
Depressão: identificado pelo relato verbal de prostração emocional, com diminuição de atividade e na habilidade de tomar decisão (VIÇOSO, 2008).	
Desejo de morrer: identificado pelo relato verbal sobre a vontade de morrer (VIÇOSO, 2008).	
Inconstância de humor: identificada pela inspeção ou relato verbal de mudança no estado de espírito (VIÇOSO, 2008).	
Irritabilidade: identificada pela inspeção ou relato verbal de tendência a fúria (VAUGHANS, 2012).	

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS DOS INDICADORES EMPÍRICOS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
Medo/fobia: identificado pelo relato verbal de uma sensação que proporciona estado de alerta, evidenciado pelo receio de fazer algo ou esquiva do estímulo temido (VIÇOSO, 2008).	
Sentimento de estigma e preconceito: identificado pelo relato verbal da sensação de atitude discriminatória de outras pessoas (GUIMARÃES, 2008).	
Tristeza: identificada pelo relato verbal de abatimento ou falta de alegria (VAUGHANS, 2012).	
Autoestima, autoconfiança e autorrespeito: necessidade de se sentir preparado para enfrentar os desafios da vida, de ter confiança nas próprias ideias, de ter respeito por si próprio, de se valorizar, de se reconhecer merecedor de amor e felicidade, de não ter medo de expor suas ideias, desejos e necessidades, com o objetivo de obter o controle da própria vida, de sentir bem-estar psicológico e perceber-se como centro vital da própria existência.	
Atitudes relacionadas à autoimagem: identificadas pelo relato verbal ou inspeção de ações relacionadas a sua imagem física (VIÇOSO, 2008).	
Atributos positivos em si mesmo: identificados pelo relato verbal de características positivas em si mesmo.	
Falta de autoconfiança: identificada pelo relato verbal da falta de confiança em si mesmo (VAUGHANS, 2012).	
Fontes de motivação: identificadas pelo relato verbal de meios que impulsionam a seguir em frente (VAUGHANS, 2012).	
Percepção sobre a autoimagem: identificada pelo relato verbal de impressão mental sobre sua imagem física (VIÇOSO, 2008).	
Educação para a saúde e aprendizagem: necessidade de adquirir conhecimento e desenvolver habilidades cognitivas e psicomotoras, com o objetivo de expressar comportamentos saudáveis e responder a situações do processo saúde e doença.	
Conhecimento sobre seu problema de saúde: identificado pelo relato verbal da compreensão sobre o diagnóstico, como adquiriu a doença, forma de transmissão, sinais e sintomas, e finalidade dos medicamentos em utilização (ANDRIS, 2011).	
Experiências anteriores: identificadas pelo relato verbal de vivências prévias relacionadas a problemas de saúde ou tratamentos (ANDRIS, 2011).	
Nível de escolaridade: identificado pelo relato verbal do grau de escolaridade, que pode variar em: não alfabetizado, ensino fundamental, ensino médio, graduação e pós-graduação (ANDRIS, 2011).	
O que a família sabe sobre o problema de saúde: identificado pelo relato verbal do conhecimento dos familiares sobre o diagnóstico, como adquiriu a doença, forma de transmissão, sinais e sintomas e finalidade dos medicamentos utilizados (ANDRIS, 2011).	
Necessidades psicoespirituais	
Religiosidade e espiritualidade: necessidade de estabelecer relacionamento dinâmico com um ser ou entidade superior, com o objetivo de sentir bem-estar espiritual e de ter crenças relativas a um sentimento de importância da vida.	
Crenças: identificadas pelo relato verbal de acreditação, classificadas em: <i>espirituais</i> – crença no eu interno e na sua ligação com um ente superior; <i>religiosas</i> – expressão da crença em sistemas de cultos ou religiões, no entanto, não há participação efetiva; e culturais - crenças em um sistema de rituais e doutrinas inerentes a uma civilização, como umbanda, candomblé, xangô etc. (SILVA et al., 2015).	
Necessidade da presença de um líder religioso: identificada pelo relato verbal do desejo da presença de um representante espiritual ou religioso (POTTER; PERRY, 2013).	
Religião: identificada pelo relato verbal de participação e/ou pertença a uma entidade religiosa, como a católica, a evangélica, a adventista, a das testemunhas de Jeová, o candomblé, entre outros (POTTER; PERRY, 2013).	

Anexos

ANEXO A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DE ENFERMAGEM

	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY CLÍNICA DE DOENÇAS INFECIOSAS E PARASITÁRIAS INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DE ENFERMAGEM	
DADOS GERAIS		
Data da admissão: ___/___/___ Enfermaria: _____ Leito: _____ Nome: _____ Idade: _____ Data de nascimento: ___/___/___ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Estado civil: _____ Profissão: _____ Procedência: _____ Motivo da internação: _____		
Diagnóstico médico: _____		
AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS		
NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS		
Oxigenação		
Respiração: <input type="checkbox"/> superficial <input type="checkbox"/> profunda Murmúrios vesiculares: <input type="checkbox"/> presentes <input type="checkbox"/> ausentes <input type="checkbox"/> diminuídos Ruídos adventícios: <input type="checkbox"/> roncos <input type="checkbox"/> sibilos <input type="checkbox"/> creptos Expectorção: <input type="checkbox"/> hemóptica <input type="checkbox"/> espessa <input type="checkbox"/> fluída <input type="checkbox"/> purulenta Tosse: <input type="checkbox"/> produtiva <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Batimento das aletas nasais <input type="checkbox"/> Retração intercostal <input type="checkbox"/> Gemência Frequência respiratória: _____ irpm Saturação de oxigênio: _____ %		
Hidratação e regulação eletrolítica		
<input type="checkbox"/> Edema, localização: _____ <input type="checkbox"/> Anasarca <input type="checkbox"/> Ascite CA: _____ cm Fontanelas: <input type="checkbox"/> deprimida <input type="checkbox"/> abaulada		
Nutrição e Eliminação		
Apetite: <input type="checkbox"/> diminuído <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> normal Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> parcial <input type="checkbox"/> total <input type="checkbox"/> Não aceita dieta oral <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Singulto <input type="checkbox"/> Erução <input type="checkbox"/> Refluxo gástrico <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Aleitamento materno <input type="checkbox"/> Dificuldade de sucção <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Lesão na cavidade oral <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Hepatomegalia Abdome: <input type="checkbox"/> plano <input type="checkbox"/> distendido <input type="checkbox"/> volumoso <input type="checkbox"/> globoso <input type="checkbox"/> maciço <input type="checkbox"/> timpânico <input type="checkbox"/> flácido <input type="checkbox"/> SNG: <input type="checkbox"/> aberta <input type="checkbox"/> gavagem <input type="checkbox"/> SNE Peso: _____ Kg Altura: _____ cm Hábitos alimentares: _____ Intolerâncias alimentares: _____ Preferências alimentares: _____ <input type="checkbox"/> Micção espontânea <input type="checkbox"/> Retenção urinária <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Incontinência urinária <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Piúria <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> SVA Aspecto das fezes - Coloração: _____ Consistência: _____ Frequência de eliminação: _____ Odor: _____ <input type="checkbox"/> Flatulência <input type="checkbox"/> Incontinência fecal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Tenesmo <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia		
Sono e repouso		
<input type="checkbox"/> Sono satisfatório <input type="checkbox"/> Sono e repouso prejudicado <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Apneia do sono <input type="checkbox"/> Utilização de medicamentos auxiliares do sono		
Sexualidade		
<input type="checkbox"/> Vida sexual ativa <input type="checkbox"/> Relacionamento heterossexual <input type="checkbox"/> Relacionamento homossexual <input type="checkbox"/> Utilização de métodos contraceptivos <input type="checkbox"/> Presença de doenças sexualmente transmissíveis		
Locomoção, mecânica corporal e motilidade/Regulação Neurológica		
<input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com ajuda <input type="checkbox"/> Não deambula Movimento corporal: <input type="checkbox"/> diminuído <input type="checkbox"/> normal Força motora: <input type="checkbox"/> diminuída <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Atrofia muscular <input type="checkbox"/> Paralisia <input type="checkbox"/> Parestesia <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Desorientação Pupilas: <input type="checkbox"/> isocóricas <input type="checkbox"/> anisocóricas <input type="checkbox"/> midríase <input type="checkbox"/> miose <input type="checkbox"/> Alteração nos reflexos <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Crises convulsivas <input type="checkbox"/> Decorticação <input type="checkbox"/> Opistotônico <input type="checkbox"/> Riso sardônico <input type="checkbox"/> Trismo Sinais de comprometimento meníngeo: <input type="checkbox"/> sinal de Kerning <input type="checkbox"/> sinal de Brudzinski <input type="checkbox"/> rigidez de nuca <input type="checkbox"/> fotofobia		
Cuidado corporal e Integridade cutaneomucosa		
Dependência do autocuidado: <input type="checkbox"/> parcial <input type="checkbox"/> total <input type="checkbox"/> alimentar-se <input type="checkbox"/> banhar-se <input type="checkbox"/> arrumar-se Couro cabeludo: _____ <input type="checkbox"/> alopecia <input type="checkbox"/> pediculose <input type="checkbox"/> seborreia <input type="checkbox"/> caspas Higiene oral: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> prejudicada <input type="checkbox"/> halitose <input type="checkbox"/> cáries <input type="checkbox"/> fálgas dentárias <input type="checkbox"/> uso de prótese <input type="checkbox"/> uso de aparelho ortodôntico Higiene corporal: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> prejudicada Higiene íntima: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> prejudicada <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Rush cutâneo <input type="checkbox"/> Exantema <input type="checkbox"/> Presença de lesões, localização: _____ Polimorfismos nas lesões: <input type="checkbox"/> mácula <input type="checkbox"/> pápula <input type="checkbox"/> vesícula <input type="checkbox"/> pústula <input type="checkbox"/> crosta <input type="checkbox"/> Alopecia nas lesões Sensibilidade das lesões: <input type="checkbox"/> térmica <input type="checkbox"/> dolorosa <input type="checkbox"/> tátil Áreas que sofrem pressão: _____		

<input type="checkbox"/> Úlcera por pressão, classificação: _____ Pele: elasticidade: _____ Turgor: _____ Manchas: <input type="checkbox"/> hipercrônicas <input type="checkbox"/> hipocrônicas <input type="checkbox"/> hiperemidas <input type="checkbox"/> Curativo Características do exsudato: quantidade: _____ cor: _____ odor: _____ Cicatrização das feridas: _____ Complicações da cicatrização: <input type="checkbox"/> deiscência <input type="checkbox"/> evisceração <input type="checkbox"/> fistula	
Regulação térmica	
<input type="checkbox"/> Piloereção <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Sudorese Temperatura axilar: _____ °C	
Regulação imunológica	
<input type="checkbox"/> Imunidade deficiente Cartão de vacina: <input type="checkbox"/> atualizado <input type="checkbox"/> desatualizado <input type="checkbox"/> Efeitos colaterais da vacinação <input type="checkbox"/> Presença de doenças crônicas <input type="checkbox"/> Sinais flogísticos nas inserções dos cateteres <input type="checkbox"/> Faz uso de antibioticoterapia	
Regulação vascular	
<input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Sufusões hemorrágicas <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Perdas sanguíneas, localização: _____ <input type="checkbox"/> Pele fria <input type="checkbox"/> Perfusion periférica: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> diminuída Bulhas cardíacas: <input type="checkbox"/> normofonéticas <input type="checkbox"/> hipofonéticas <input type="checkbox"/> hiperfonéticas Ritmo cardíaco: <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> irregular Prova do laço: <input type="checkbox"/> positiva <input type="checkbox"/> negativa Pulso: <input type="checkbox"/> filiforme <input type="checkbox"/> cheio Pulso: _____ bpm FC: _____ bpm PA: _____ mmHg	
Percepção dolorosa	
<input type="checkbox"/> Dor, localização: _____ intensidade: _____ frequência: _____ <input type="checkbox"/> Apresenta expressões corporais relacionadas à dor Fatores que aliviam a dor: _____ Fatores que aumentam a dor: _____	
Segurança física e ambiente	
<input type="checkbox"/> Necessidade de utilização de máscaras cirúrgicas para o transporte <input type="checkbox"/> Hábito de higienização das mãos <input type="checkbox"/> Água tratada <input type="checkbox"/> Coleta de lixo Condições de higiene do lar: _____ Destino do lixo: _____ <input type="checkbox"/> Hábito de higienização dos alimentos <input type="checkbox"/> Criação de animais Quantas pessoas vivem na casa: _____ <input type="checkbox"/> Tabagista, quantos cigarros ao dia _____ Desde quando fuma: _____ <input type="checkbox"/> Etilista, frequência de consumo _____ Desde quando consome: _____ <input type="checkbox"/> Dependente químico	
Terapêutica	
<input type="checkbox"/> Efeitos adversos <input type="checkbox"/> Efeitos colaterais <input type="checkbox"/> Reações alérgicas <input type="checkbox"/> Conhecimento sobre ação do medicamento	
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
Comunicação	
<input type="checkbox"/> Uso da linguagem verbal <input type="checkbox"/> Uso da linguagem não verbal <input type="checkbox"/> Intereração com as pessoas <input type="checkbox"/> Respostas desconexas <input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Gagueira <input type="checkbox"/> Habilidade para escrever <input type="checkbox"/> Traqueostomia Expressão corporal: _____ Expressão facial: _____	
Aprendizagem (educação à saúde)/Sociabilidade/Recreação e lazer	
Nível de escolaridade: _____ <input type="checkbox"/> Conhecimento sobre problema de saúde, nível de compreensão: _____ Experiências anteriores: <input type="checkbox"/> doenças <input type="checkbox"/> tratamentos O que a família sabe sobre o problema de saúde: _____ Quem mais auxilia no tratamento: _____ Situações que interferem no tratamento: _____ Ocupação do tempo livre com: _____ <input type="checkbox"/> Desejo de participar de atividades <input type="checkbox"/> Desejo de isolar-se <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Agressividade <input type="checkbox"/> Apatia <input type="checkbox"/> Fobias <input type="checkbox"/> Frustração <input type="checkbox"/> Inconstância no equilíbrio do humor <input type="checkbox"/> Irritabilidade <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Manifestações de carência afetiva <input type="checkbox"/> Estigma e preconceito Vive: <input type="checkbox"/> sozinho <input type="checkbox"/> familiares <input type="checkbox"/> amigos	
Autorrealização, autoestima e autoimagem	
<input type="checkbox"/> Desejo de conquista e vitória <input type="checkbox"/> Reconhece que é merecedor de amor e felicidade <input type="checkbox"/> Identifica atributos positivos em si mesmo Fontes de motivação: _____ <input type="checkbox"/> Choro <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Apresenta tristeza <input type="checkbox"/> Falta de autoconfiança <input type="checkbox"/> Tem medo de expor ideias <input type="checkbox"/> Desejo de morte Percepção sobre o seu corpo: _____ Sentimentos e atitudes relacionadas ao corpo: _____ Valores que contribuem para a autoimagem: _____	
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
Religiosidade/Espiritualidade	
<input type="checkbox"/> Angústia Crenças: <input type="checkbox"/> espirituais <input type="checkbox"/> religiosas <input type="checkbox"/> culturais <input type="checkbox"/> Necessidade da presença de um líder espiritual Religião: _____	

ANEXO B

CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO CEP



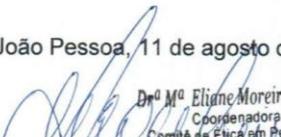
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS-CEP



CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, do Ministério da Saúde, que regulamenta a ética na pesquisa em seres humanos, **certificamos** que o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW, da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, em Reunião Ordinária realizada no dia 26 de julho 2016, **APROVOU** o Relatório final da pesquisa intitulada "VALIDAÇÃO DE UM HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PARA INDIVÍDUOS HOSPITALIZADOS COM DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS", da pesquisadora Lidiane Lima de Andrade, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE nº 43249115.7.5183, conforme Parecer CEP/HULW nº 1.663.005, tendo a citada pesquisa sido concluída e enviada à Plataforma Brasil.

João Pessoa, 11 de agosto de 2016.


Dr.ª Ma. Eliane Moreira Freire
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
HULW - EBSEH / UFPB
Prof. Dr.ª. Maria Eliane Moreira Freire
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW – 4º andar. Campus I – Cidade Universitária.
Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900 CNPJ: 24098477/007-05
Fone: (83) 32167964 — Fone/fax: (083)32167964 E-mail – comiteeetica@hulw.ufpb.br