

APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: ESTUDO DE CASO COM UM PORTADOR DO VÍRUS DA HEPATITE C

THE NURSING PROCESS IMPLEMENTATION: A CASE STUDY WITH SOMEONE WHO HAS HEPATITIS C

IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: UN ESTUDIO DE CASO CON UN PORTADOR DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C

Rudval Souza da Silva¹
Álvaro Pereira²
Joiceide Cupertino Conceição³
Iamik Samanta da Costa Biai⁴

Este artigo configura um relato de experiência sobre cuidados de enfermagem, com base em um estudo que teve como objetivo implementar o Processo de Enfermagem no cuidado a uma pessoa portadora do vírus da Hepatite C (HCV). Trata-se de um estudo de caso clínico, desenvolvido durante as atividades práticas da disciplina Enfermagem Clínico-cirúrgica I em um Hospital de ensino na cidade de Salvador, Bahia. Os dados foram obtidos após avaliação e julgamento clínico para elaboração dos diagnósticos da NANDA-I, intervenção da NIC e avaliação dos resultados da NOC. Os resultados obtidos demonstraram que as intervenções de enfermagem realizadas contribuíram positivamente para a melhoria das condições do paciente, ajudando-o a melhor compreender a sua condição de portador do HCV, fato que proporcionou seu envolvimento no autocuidado. Conclui-se que uma assistência sistematizada e individualizada permitiu uma melhor organização do trabalho e dos cuidados dispensados, proporcionando, durante a implementação das ações, melhor avaliação dos resultados e, sempre que necessário, a modificação ou finalização de algumas intervenções. Ressalta-se a importância do processo como foco do trabalho da(o) enfermeira(o) na clínica, na perspectiva de favorecer o retorno do paciente ao seu contexto familiar, bem como reforçar a credibilidade do trabalho de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Processos de enfermagem. Diagnóstico de enfermagem. Hepatite C.

This article takes into account an experience in nursing care based on a study aimed at implementing care to a patient with Hepatitis C - HCV. This case study was developed during the clinical activities of Surgical Clinical Nursing I in a teaching hospital in the city of Salvador, Bahia. The data was collected after evaluation and clinical judgment for elaboration of nursing diagnosis according to NANDA Taxonomy II, Nursing Interventions Classification (NIC) and Nursing Outcome Classification (NOC). The results showed that the nursing interventions implemented had

¹ Enfermeiro. Mestre e Doutorando em Enfermagem pela Escola de Enfermagem (EE) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professor substituto do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico e Administração da EEUFBA. rudvalsouza@yahoo.com.br

² Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico e Administração da EEUFBA. alvaro_pereira_ba@yahoo.com.br

³ Discentes do curso de graduação em Enfermagem da EEUFBA. joiceide_cupertino@hotmail.com.

⁴ Aluna do curso de graduação em Enfermagem. Bolsista do convênio de graduação UFBA/Guiné-Bissau, 2007-2010. iamiksamanta@hotmail.com.

contributed positively to the improvement of the patient, helping him to better understand his status as carrier of HCV. That fact gave him involvement in his self-care. The study gives emphasis to the importance of clinical nursing in favor of the patients return to his family, as well as gives credibility to the role of nursing.

KEY WORDS: *Nursing process. Nursing diagnosis. Hepatitis C.*

Este artículo configura un relato de la experiencia sobre los cuidados de enfermería, con base en un estudio que tuvo como objetivo implementar el proceso de enfermería, en el cuidado a una persona portadora del virus de la hepatitis C - HCV. Se trata de un estudio de caso clínico, desarrollado durante las actividades prácticas de la disciplina Enfermería Clínica quirúrgica I en un hospital de enseñanza en la ciudad de Salvador - Bahia. Los datos fueron obtenidos a través de evaluación y juicio clínico para la elaboración de los diagnósticos NANDA-I, intervención de Enfermería NIC y evaluación de los resultados de la NOC. Los resultados obtenidos mostraron que la implementación de las intervenciones de enfermería contribuyó positivamente para la mejora de los pacientes, ayudándoles a comprender mejor su condición de portador del HCV, hecho que contribuyo para su autocuidado. Se concluye que una atención sistematizada e individualizada, permitió una mejor organización del trabajo y de los cuidados dispensados, proporcionando, durante la implementación de las acciones, una mejor evaluación de los resultados, así como, la modificación o finalización de algunas intervenciones. Se destaca la importancia del proceso como foco del trabajo de la (del) enfermera(o) en la clínica, en la perspectiva de favorecer el regreso del paciente al contexto familiar, bien como, dar credibilidad del trabajo de la enfermería.

PALABRAS CLAVE: *Procesos de Enfermería; Diagnóstico de Enfermería; Hepatitis C.*

INTRODUÇÃO

O vírus da hepatite C (HCV), um Hepacivirus da família Flaviviridae, consiste em um vírus RNA identificado apenas em 1989, e representa um dos mais relevantes problemas de saúde pública na atualidade. Duas características da sua história natural conferem-lhe uma grande importância epidemiológica: o longo período em que a infecção permanece assintomática, fazendo com que o indivíduo não tome conhecimento dela e, portanto, não procure os serviços de saúde; e a sua capacidade de se tornar crônica em até 85% dos infectados, elevando o risco de desenvolvimento de complicações graves, como cirrose e carcinoma hepatocelular (PASSOS, 2006).

Estima-se que 170 a 200 milhões de indivíduos apresentam a infecção pelo HCV em todo o mundo, sendo considerada como uma verdadeira epidemia que desafia a saúde pública mundial. Não há dados acurados da prevalência da infecção pelo HCV no Brasil. Estudo realizado pela Sociedade Brasileira de Hepatologia, divulgado em 1999, demonstrou prevalência próxima de 1,23%, podendo, portanto, ser considerado um país endêmico. A região Norte apresenta a maior prevalência e a Sul a menor (BRASIL, 2002).

A transmissão parenteral, por meio da exposição ao sangue contaminado, é a principal via

de infecção pelo vírus da hepatite C. São considerados indivíduos com risco aumentado para a infecção pelo HCV aqueles que receberam transfusão sanguínea e transplantes de órgãos antes de 1992, receptores de hemoderivados, como pacientes hemofílicos, hemodialisados, portadores de doenças hematológicas, além de indivíduos usuários de drogas ilícitas injetáveis (BRASIL, 2002; SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2006).

Outros grupos de risco para a infecção pelo vírus da hepatite C incluem pessoas com tatuagem, usuários de *piercing*, indivíduos que tiveram outras formas de exposição percutânea, como acupuntura, e os profissionais de saúde.

A hepatite crônica pelo vírus C é, primariamente, restrita ao fígado. Contudo, os pacientes com tal patologia podem eventualmente apresentar diversas manifestações extra-hepáticas, que incluem as doenças hematológicas, renais, dermatológicas, endócrinas, neuromusculares e articulares, alterações em glândulas salivares e oculares, além de desordens autoimunes e psicológicas (SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2006).

Atualmente, o tratamento é realizado com o uso do Interferon alfa ou Interferon peguado

alfa-2a associado ou não a doses diárias de ribavirina, dependendo do genótipo viral. Devido a diferentes efeitos colaterais atribuídos ao tratamento, pacientes só se submetem a este após assinatura de Termo de Consentimento Informado (TEIXEIRA, 2005).

No decurso das atividades práticas da disciplina Enfermagem Clínico Cirúrgica I, do Curso de Graduação em Enfermagem, em unidade de internação de um Hospital de Ensino, teve-se a oportunidade de cuidar de uma pessoa portadora do Vírus da Hepatite C (HCV).

O objetivo da disciplina é desenvolver no estudante conhecimento e habilidades para sistematização da assistência de enfermagem a pessoa com demandas clínico-cirúrgicas, considerando o perfil epidemiológico. São desenvolvidas atividades de consulta de enfermagem, aplicação do Processo de Enfermagem pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), realização da coleta de dados (anamnese e exame físico), formulação de diagnósticos de enfermagem, planejamento da assistência, implementação e avaliação dos resultados.

O Processo de Enfermagem é definido por Horta (1979) como ações sistematizadas e interrelacionadas, dirigidas para a assistência ao paciente, executadas de forma dinâmica. Do ponto de vista do enfermeiro, representa o caminho para a autonomia profissional. A autora afirma: “A autonomia profissional só será adquirida no momento em que toda a classe passe a utilizar a metodologia científica em suas ações, o que só será alcançado pela aplicação sistemática do Processo de Enfermagem.” (HORTA, 1979, p. VII).

Para Alfaro-LeFevre (2005), o Processo de Enfermagem é definido como um método que possibilita à estrutura teórica da Enfermagem ser aplicada à prática e uma forma sistemática, dinâmica e humanizada de prestar os cuidados de enfermagem. Consiste em cinco fases interligadas entre si: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.

A Resolução COFEN nº 358/2009 traz o apoio legal para a implementação do Processo de Enfermagem em âmbito nacional, dispondo sobre a SAE nas instituições de saúde brasileiras.

Ela trata, no seu Art. 1º, sobre o Processo de Enfermagem, o qual “[...] deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009, p. 1). Sendo assim, conforme consta no Art. 4º, cabe ao enfermeiro:

[...] a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009, p. 1).

Em seu Art. 5º, contempla as responsabilidades do Técnico e Auxiliar de Enfermagem, os quais devem participar “[...] da execução do Processo de Enfermagem, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro”. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009, p. 2).

Desta maneira, como escrevem Ramos e Veiga (2006), o Processo de Enfermagem implica numa atitude multidisciplinar, envolvendo todos os profissionais de enfermagem da estrutura organizacional onde se desenvolve o trabalho. Todo esse processo leva a maior satisfação profissional de cada membro da equipe de enfermagem, por não exercer uma assistência de enfermagem não-coordenada, do tipo erro e acerto, mas com embasamento científico e pautada num julgamento crítico direcionado a um resultado esperado, contribuindo, assim, para o crescimento profissional, tal como argumental Silva e Santos (2009).

Dessa forma, o Processo de Enfermagem desenvolvido por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem deve ser direcionado para um cuidado individualizado, participativo e colaborativo, centrado na pessoa humana e não apenas na doença. Isto implica na interligação entre a prática e a teoria, conduzindo o enfermeiro ao desenvolvimento de um julgamento crítico para a tomada de decisão, com a devida participação do paciente. Objetiva a promoção, manutenção e recuperação da saúde do indivíduo sob

cuidado, o que, conseqüentemente, resultará em maior reconhecimento do profissional enfermeiro, diante da qualidade da assistência prestada, contribuindo para sua autonomia e maior satisfação profissional (SILVA; SANTOS, 2009).

A SAE torna-se um instrumento para o desenvolvimento das atividades do enfermeiro e passa a ser vista como norteadora da assistência de enfermagem em todo o contexto de atuação dos profissionais de enfermagem. Está intrinsecamente relacionada ao desenvolvimento da prática do cuidado profissional de enfermagem, objetivando que o conjunto constituído pela investigação, diagnóstico, intervenção e avaliação possa contribuir ainda mais para a autonomia e cientificidade da Enfermagem. Deste modo, o Processo de Enfermagem é visto como um instrumento facilitador da metodologia de desenvolvimento das ações e avaliação da qualidade da assistência prestada ao paciente de maneira individualizada (NÓBREGA; SILVA, 2009).

Justifica-se o presente estudo, ao considerar a gravidade da Hepatite C, um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade, responsável pelas mais altas taxas de morbimortalidade devido às doenças hepáticas em todo o mundo. A principal forma de contaminação pelo HCV consiste no contato com sangue infectado pelo vírus, o que inclui os profissionais de saúde em grupos de riscos à infecção. A hepatite C pode tornar-se crônica, levando a conseqüências graves, como cirrose hepática e carcinoma hepatocelular (BRASIL, 2003).

Dada a gravidade da doença e a inclusão da equipe de enfermagem em grupo de risco para a hepatite C, maiores conhecimentos a respeito dessa epidemia fazem-se indispensáveis para a prática clínica. Assim, o presente artigo tem por objetivo apresentar um estudo de caso sobre a implementação do Processo de Enfermagem no cuidado a uma pessoa portadora do vírus da Hepatite C – HCV. Trata-se de uma experiência discente durante as atividades práticas da disciplina Enfermagem Clínico Cirúrgica I, em um hospital de ensino na cidade de Salvador, Bahia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso clínico, utilizando o Processo de Enfermagem nas suas fases de investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação dos resultados. Como referencial teórico, foi utilizada a teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) proposta por Horta (1979). Segundo Galdeano, Rossi e Zago (2003), o estudo de caso é um dos mais antigos métodos utilizados no ensino de enfermagem, representando as primeiras tentativas de definição e sistematização da assistência de enfermagem. Os estudos de caso possibilitaram a definição dos planos de cuidados que, por sua vez, se constituíram nas primeiras expressões do Processo de Enfermagem.

Para o preenchimento do histórico, realizou-se a consulta de enfermagem, na qual foi desenvolvido o levantamento de dados por meio da entrevista e do exame físico, bem como consulta ao prontuário do paciente, para subsidiar os diagnósticos de enfermagem, a segunda fase do processo.

Na identificação dos diagnósticos de enfermagem, utilizou-se o julgamento clínico e o raciocínio diagnóstico estabelecido por Alfaro-LeFevre (2005). A primeira fase do estudo compreendeu a análise e a síntese dos dados obtidos na entrevista e no exame físico, seguida pelo estabelecimento do diagnóstico propriamente dito.

Para a elaboração dos diagnósticos foi utilizada a taxonomia da NANDA-I, uma vez que esses representam a base para seleção de intervenções e resultados terapêuticos de acordo com as taxonomias NIC e NOC, respectivamente. As intervenções de enfermagem tiveram como base os cuidados de enfermagem para o atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano.

O cenário do estudo foi a unidade de clínica médica de um hospital público de ensino na cidade de Salvador, Bahia, no período de abril e maio de 2009.

Os aspectos éticos foram baseados nos preceitos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas em seres

humanos, bem como nos princípios do Código de Ética de Enfermagem – Resolução COFEN 311/2007 (BRASIL, 1996; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

CASO CLÍNICO – PESSOA PORTADORA DO HCV

L.A.D.S., 55 anos, sexo masculino, afrodescendente, ensino médio completo, microempresário, religião declarada espiritismo, natural de Juazeiro (BA). Divorciado, três filhos maiores, reside com um dos filhos e sua nora, em casa própria de alvenaria, com cinco cômodos, provida de saneamento básico e luz elétrica.

Portador do HCV, diagnosticado em fevereiro de 2008, e da Síndrome de Raynaud. Admitido na unidade de internação de um hospital público de ensino de Salvador (BA), em 11 de maio de 2009, via ambulatório. Apresenta redução da acuidade visual à direita; refere dor abdominal de forte intensidade, difusa, mais intensa em hipogástrio, tipo cólica, com piora aos movimentos e melhora com o repouso, ressaltando que não diminuía com analgésicos comuns e eliminação de flatos; dor e astenia em MMII.

Sua história clínica teve início em fevereiro de 2008, posterior a uma crise hipertensiva que determinou sua internação. Para elucidar o diagnóstico, foi realizada uma biópsia renal e constatado um quadro clínico de glomerulonefrite. Apresentava equimoses na pele, da qual foi realizada uma biópsia e constatada uma Vasculite. Referia conhecimento da sua patologia e co-morbidades, bem como tinha consciência da necessidade do tratamento e da internação. Era bastante confiante em sua recuperação. Mostrava-se esperançoso, colaborativo, disposto e satisfeito com o apoio da família e dos profissionais que o assistiam. Demonstrava saudade da sua casa, do trabalho e do convívio social. Relatou bom relacionamento com os filhos. Gostava de ler jornal e livros espíritas durante a internação e demonstrava dificuldades de leitura, devido à “mancha” no olho D. Relatou padrão de sono normal; pouca aceitação da dieta, por ser hipossódica; falta de privacidade para a realização dos desejos sexuais; função intestinal e vesical sem alterações. Negou alergia

alimentar e/ou medicamentosa, etilismo e tabagismo e história de doenças na família. Informou uso de suplementos energéticos parenteral “neo-cebetil” e “Glucoenergan”, com compartilhamento de agulhas e seringas na juventude.

O Quadro 1 apresenta os achados do paciente no exame físico:

Exame físico por sistemas	Achados do paciente
Percepção/ Cognição	consciente e orientado aparência de tranquilidade disposto e colaborativo vigil e comunicativo
Cabeça	couro cabeludo sem alteração acuidade visual diminuída à D acuidade auditiva preservada escleróticas ictéricas (++) ⁽¹⁾ mucosas hipocrômicas (++) dentição incompleta (uso de prótese) face edemaciada (++)
Pescoço	ausência de gânglios palpáveis
Tórax	simétrico, com boa expansibilidade respiração espontânea
Ausulta Pulmonar	ausulta pulmonar de murmúrios vesiculares bem distribuídos
Ausulta Cardíaca	sem alterações perceptíveis
Abdômen	levemente distendido timpânico, referia dor em região hipogástrica, tipo cólica RHA presentes
Genitália	não visualizada, porém relatava ausência de alterações
Pele	presença de petéquias em região torácica e membros superiores (MMSS)
Extremidades	membros superiores e inferiores com mobilidade preservada, porém os membros inferiores (MMII) apresentavam-se levemente edemaciados (++) pulso periférico, cheio e rítmico
Sinais vitais	PA = 130 x 80 mmHg, P = 75 bpm, R = 20 inc/min e T.ax. = 35°C
Terapia medicamentosa durante a internação	Anlodipina, Losartan, Prednisona, Complexo B, Ácido Fólico, Dimeticona, Cilostazol, Hidroclorotiazida, Interferon, Eritropoetina e Ribavirina

QUADRO 1 – Achados do paciente com base no exame físico por sistemas

⁽¹⁾ Avaliação quantitativa em escala de uma a quatro cruzes (+, ++, +++, +++++).

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA

Os seguintes problemas foram identificados na história clínica do paciente: dificuldade na aceitação da dieta, devido à diminuição do sal – dieta hipossódica; edema na face; tórax e MMSS – presença de petéquias; dor abdominal, flatulência; fadiga ao esforço e astenia muscular; pele – presença de equimoses; edema de MMII; desejo sexual inibido; cianose de extremidades – Síndrome de Raynaud.

A elaboração de diagnósticos de enfermagem é um processo complexo, que envolve o comportamento humano relacionado à saúde (SILVA; CIAMPONE, 2003). O Quadro 2 apresenta os Diagnósticos de Enfermagem (DE) de acordo com a NANDA-I, às intervenções e resultados propostos, tomando por base as taxonomias NIC e NOC, respectivamente (CARPENITO-MOYET, 2008; GARCIA; NÓBREGA, 2005; NÓBREGA; SILVA, 2009; NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação do Processo de Enfermagem neste estudo possibilitou o desenvolvimento de uma assistência com embasamento científico, aplicando as taxonomias NANDA-I, NIC e NOC (NNN). Por conseguinte, vale ressaltar que o uso de uma linguagem uniformizada melhora a prática do cuidado, haja vista que facilita o processo de

comunicação, evitando uma interpretação dúbia das informações. Destaca-se que o desenvolvimento e a aplicação dessa tecnologia leve de Enfermagem ajudam a desenvolver o conhecimento, favorecendo uma prática efetiva, eficaz, minimizando barreiras e proporcionando maior autonomia à(o) profissional enfermeira(o).

A experiência vivenciada na implementação da SAE, durante as atividades práticas da disciplina Enfermagem Clínico Cirúrgica I, possibilitou a identificação de algumas dificuldades, como: desinteresse de alguns membros da equipe de enfermagem em contribuir com a sistemática, deficiência de conhecimento e despreparo dos profissionais para lidar com esse método de trabalho, recursos materiais e humanos insuficientes para dispensar o cuidado. No entanto, não obstante as dificuldades, pôde-se concluir que uma assistência sistematizada e individualizada permitiu uma melhor organização do trabalho e dos cuidados dispensados, proporcionando, durante a implementação das ações, uma melhor avaliação dos resultados e, sempre que necessário, a modificação ou finalização de algumas intervenções.

Vale ressaltar a importância do processo como foco do trabalho da(o) enfermeira(o) na clínica, na perspectiva de favorecer o retorno dos pacientes ao seu contexto familiar e de trabalho o mais precocemente possível, bem como reforçar a credibilidade do trabalho de enfermagem.

(continua)

Diagnósticos de enfermagem – NANDA-I	Intervenções de enfermagem – NIC	Resultados esperados - NOC
1. Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, relacionado à relutância em comer por diminuição na quantidade do sal, influenciando no sabor, evidenciado por relatar ingestão inadequada em quantidade menor do que a recomendada.	1. Controle da nutrição; monitoração nutricional <ul style="list-style-type: none"> • Pesquisar diariamente e monitorizar os resultados laboratoriais; • explicar a importância da nutrição adequada, negociando com o paciente as metas de ingestão em cada nutrição; • proporcionar um ambiente agradável e relaxante para a alimentação. 	1. Estado nutricional, autocuidado, alimentação <p>O paciente deverá ingerir a exigência nutricional diária, de acordo com seu nível de atividade diária.</p> INDICADORES <ul style="list-style-type: none"> • Relata a importância da boa nutrição; • identifica deficiências na ingestão diária; • relata métodos para aumentar o apetite.
2. Risco de desequilíbrio do volume de líquido relacionado à retenção de sódio e de água, secundário a doença hepática.	2. Controle hidroeletrolítico, monitoração hídrica <ul style="list-style-type: none"> • Investigar as preferências e os desagrados, proporcionar os líquidos favoritos dentro da restrição dietética; • planejar uma meta de ingestão para cada 8 h (600 mL durante a manhã, 400 mL durante a tarde e 200 mL à noite); • investigar a compreensão do paciente quanto à razão para manter a hidratação adequada; • monitorar a ingestão; • monitorar a eliminação e a densidade específica da urina. 	2. Equilíbrio eletrolítico e ácido básico, equilíbrio hídrico, hidratação <p>O paciente deverá manter a densidade específica da urina dentro de uma variação normal.</p> INDICADORES <ul style="list-style-type: none"> • Aumenta a ingestão de líquidos; • identifica os fatores de risco de déficit de líquido; • não demonstra sinais e sintomas de desidratação.
3. Dor aguda relacionada a desconforto abdominal, evidenciado por queixa de dor abdominal e flatulência.	3. Controle da dor, controle de medicamentos; suporte emocional <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar ao paciente o alívio ideal da dor com os analgésicos prescritos; • após administrar analgésico, retornar em 30 minutos para avaliar a eficácia; • ensinar medidas de relaxamento como massagem para alívio da dor. 	3. Nível de conforto, controle da dor <p>O paciente deverá relatar alívio após uso de medicação analgésica.</p> INDICADORES <ul style="list-style-type: none"> • Relata os fatores que aumentam a dor; • relata as intervenções eficazes; • percebe que os outros comprovam a existência da dor.
4. Intolerância à atividade relacionada ao aumento das demandas metabólicas, secundário a Hepatite C, evidenciado por fadiga ao esforço e fraqueza.	4. Terapia com exercício, imobilidade articular, ensino de atividade <ul style="list-style-type: none"> • Verificar pulso, pressão sanguínea e respiração em repouso e imediatamente após a atividade; • aumentar gradualmente a tolerância aos exercícios; • ensinar métodos de conservação de energia para as atividades: ter período de repouso durante as atividades, em intervalos durante o dia e uma hora após as refeições. 	4. Tolerância à atividade <p>O paciente deverá progredir para a realização de atividades de forma gradual, esperando-se uma melhora do cansaço.</p> INDICADORES <ul style="list-style-type: none"> • Identifica fatores que agravam a intolerância à atividade; • identifica métodos que agravam a intolerância à atividade; • mantém a pressão sanguínea dentro dos limites de normalidade após os exercícios.

QUADRO 2 – Planejamento da assistência: diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem

(conclusão)

Diagnósticos de enfermagem – NANDA-I	Intervenções de enfermagem – NIC	Resultados esperados - NOC
5. Risco de integridade da pele prejudicada relacionada à redução de sangue e nutrientes para os tecidos, secundária a alterações vasculares periféricas.	<p>5. Controle da pressão sobre áreas do corpo, cuidados para evitar o aparecimento de úlceras de pressão, supervisão da pele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduzir o risco de lesão, reduzindo os pontos de pressão externa; • incentivar a realização de exercícios de amplitude de movimentos; • manter os MMII elevados com travesseiro; • massagear delicadamente a pele saudável para estimular a circulação; não massagear caso esteja hipermiada; • proteger as superfícies da pele saudável, cobrindo a área com um curativo permeável à umidade. 	<p>5. Integridade tissular: pele e mucosas</p> <p>O paciente deverá manter integridade do tecido.</p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participa da investigação de riscos; • descreve a etiologia e as medidas de prevenção; • expõe as justificativas para as intervenções.
6. Risco de padrões de sexualidade ineficazes, relacionado à falta de privacidade.	<p>6. Controle do comportamento: sexual, aconselhamento, suporte emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar métodos alternativos para a dispersão da energia sexual, considerando a necessidade do internamento hospitalar, um ambiente sem privacidade. 	<p>6. Autoestima, desempenho do papel</p> <p>O paciente deverá envolver-se em atividades alternativas.</p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica o impacto de estressores, na mudança na função sexual; • modifica o comportamento para reduzir estressores.
7. Perfusão tissular periférica ineficaz relacionada ao comprometimento do fluxo sanguíneo e aos vasoespasmos, secundário à síndrome de Raynaud, evidenciado por cianose de extremidades.	<p>7. Controle de sensibilidade periférica, cuidados circulatórios, posicionamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar o paciente a manter as extremidades aquecidas; • usar roupas quentes durante o clima frio; • usar meias de algodão ou lã; 	<p>7. Função sensorial: cutânea, perfusão tissular periférica</p> <p>O paciente deverá relatar diminuição da dor e do frio.</p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica modificações necessárias no estilo de vida; • define o problema vascular periférico com suas próprias palavras; • identifica fatores inibidores da circulação periférica.

QUADRO 2 – Planejamento da assistência: diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem

REFERÊNCIAS

- ALFARO-LEFEVRE, R. *Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo*. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Hepatites Virais. *Protocolo clínico e Diretrizes Terapêuticas Hepatite Viral Crônica C – Interferon-alfa, Interferon-alfa Peguilado, Ribavirina*. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Nacional de Hepatites Virais. *Hepatites Virais: o Brasil está atento*. Brasília, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 30 ago. 2009.
- CARPENITO-MOYET, L.J. *Manual de diagnóstico de enfermagem*. 11. ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2008.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução n.º 358, de 15 de outubro de 2009*. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br=/2007/materias.asp?ArticleID=10113§oid=34>>. Acesso em: 30 ago. 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução n.º 311, de 8 de fevereiro de 2007*. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4394>>. Acesso em: 30 ago. 2009.
- GALDEANO, L.E.; ROSSI, L.A.; ZAGO, M.M.F. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 3, n. 11, p. 371-375, maio/jun. 2003.
- GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS, I. et al. *Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade questões e soluções*. São Paulo: Atheneu, 2005. v. 2. p. 37-63.
- HORTA, W.A. *Processos de enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA definições e classificação 2009-2011*. NANDA Internacional. Rio de Janeiro: Artmed, 2010.
- NÓBREGA, M.M.L.; SILVA, K. de L. (Org.). *Fundamentos do cuidar em enfermagem*. 2. ed. Belo Horizonte: ABEn, 2009.
- PASSOS, A.D.C. Hepatite C: aspectos críticos de uma epidemia silenciosa. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 28 ago. 2009.
- RAMOS, C.M.H.; VEIGA, K.C.G. Sistematização da assistência de enfermagem: relato de experiência da implantação de um modelo de registro num hospital universitário. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 20, n. 1/2/3, p. 31-46, jan./dez. 2006.
- SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK. *Management of hepatitis C. A national Clinical Guidelines*. 2006. Disponível em: <www.sign.ac.uk>. Acesso em: 30 ago. 2009.
- SILVA, A.L.; CIAMPONE, M.H.T. Um olhar paradigmático sobre a assistência de enfermagem – um caminho para o cuidado complexo. *Revista Escola Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 13-23, dez. 2003.
- SILVA, R.S.; SANTOS, M.H.E.R. Sistematização da assistência de enfermagem como uma estratégia para a autonomia do enfermeiro. *Revista Nursing*, São Paulo, v. 136, n. 12, p. 435-442, set. 2009.
- TEIXEIRA, R. Aspectos clínicos e terapêuticos da hepatite C crônica. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 15, n. 3, p. 170-176, jul./set. 2005.