

Sidinéia Raquel Bazalia Bassoli<sup>1</sup>  
 Heloísa Cristina Quatrini  
 Carvalho Passos Guimarães<sup>2</sup>  
 Marcos da Cunha Lopes Virmond<sup>3</sup>

## IDENTIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTE EM PACIENTES AFETADOS PELA HANSENÍASE\*

*Identification of the most frequent nursing diagnosis for patients affected by leprosy\**

### RESUMO

O objetivo deste estudo exploratório, descritivo, retrospectivo, realizado no Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, SP, no período de 01/09/01 a 31/08/03, foi identificar os diagnósticos de enfermagem frequentes em pacientes afetados pela hanseníase, baseados na Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association. A amostra foi constituída de 51 prontuários nos quais foram identificados 10 diagnósticos de enfermagem, sendo eles: 100% *Risco para infecção*, *Integridade da pele prejudicada*, *Risco para integridade da pele prejudicada*, *Risco para trauma*; 98,03% *Risco para solidão*; 96,07% *Isolamento Social e Risco para Constipação*; 94,11% *Dor*; 90,19% *Nutrição alterada menos que as necessidades corporais* e 88,23% *Dentição alterada*. Concluí-se que estes dez diagnósticos de enfermagem fazem parte dos padrões mínimos de assistência de enfermagem para pacientes afetados pela hanseníase. Também foram encontrados diagnósticos de enfermagem específicos, que individualizam a assistência de enfermagem a estes pacientes, e acrescentados ao impresso dos padrões mínimos. São eles: *Integridade tissular prejudicada* (50,00%), *Mobilidade física prejudicada* (33,33%), *Risco para síndrome do desuso* (19,04%), *Déficit para o autocuidado e Proteção ineficaz* (11,90%).

Bassoli S R B, Quatrini H C, Guimarães C P, Virmond M C L. Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem mais frequente em pacientes afetados pela hanseníase. *Hansen Int* 2007; 32 (2): 175-84.

*Palavras-chaves:* diagnósticos de enfermagem; classificação; processos de enfermagem; hanseníase.

### ABSTRACT

The objective of this study was to identify the most frequent nursing diagnosis for patients affected by leprosy, based on the Nursing Diagnosis Classification of the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). It is a retrospective, descriptive, exploratory study which was accomplished at *Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL)*, Bauru, São Paulo State, from September 1<sup>st</sup>, 2001 to August 31<sup>st</sup>, 2003. The sample was composed of 51 medical files in which ten nursing diagnosis were indentified as follow: 100% Risk for infection, Impaired skin integrity, Risk for impaired skin integrity, Risk for trauma; 98,03% Risk for loneliness; 96,07% Social isolation and Risk for constipation; 94,11% Pain acute; 90,19% Imbalanced nutrition: less than body requirements and

Recebido em 29/09/2006.

Última correção em 10/11/2007.

Aceito em: 15/12/2007.

\* Artigo extraído da Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 2005. Apresentado no III Simpósio Brasileiro de Hansenologia. São Paulo/SP, outubro de 2007

1 Enfermeira. Mestre em Ciências pela Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Encarregada do Setor de Clínica Médica do Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL). Avenida Orlando Ranieri 8-85, bloco 04, apartamento 12. Jardim Marambá. Bauru-SP

2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Pesquisadora Científica IV. Chefe de Seção Técnica de Clínica e Terapêutica do ILSL. Rodovia Comandante João Ribeiro de Barros, Km 225-226. Bauru- SP.

3 Doutor em Cirurgia. Pesquisador Científico VI. Diretor Técnico de Departamento do ILSL. Rodovia Comandante João Ribeiro de Barros, Km 225-226. Bauru-SP.

88,23% Impaired dentition. It was concluded that these ten nursing diagnosis are part of the minimum nursing process for patients affected by leprosy. Specific nursing diagnosis that individualize such patients were found as well and are part of the minimum nursing process. They are as follow: Impaired tissue integrity (50%); Mobility impaired (33,33%); Risk for disuse syndrome (19,04%); Self-care deficit and Ineffective protection (11,90%).

*Key words:* nursing diagnosis; classification; nursing process; leprosy.

## INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença granulomatosa crônica milenar, de evolução lenta, causada pelo *Mycobacterium leprae*, considerado um parasita intracelular obrigatório<sup>1</sup>. Este apresenta afinidade por células cutâneas e dos nervos periféricos, permanecendo viável até 36 horas no meio ambiente. Seu período de incubação é de 2 a 7 anos, embora haja registro de casos com período de até dez anos. A transmissibilidade se mantém enquanto houver bacilos viáveis ou doentes bacilíferos<sup>2-3</sup>.

As características da transmissibilidade e da instalação da doença delineiam um perfil de pacientes com baixas condições sócio-econômicas e o aparecimento da doença vai depender de seu estado imunológico. A hanseníase não poupa raça, idade e sexo. A infectividade é alta em áreas endêmicas, entretanto, a patogenicidade é baixa devido a ações de fatores constitucionais que mostram a resistência ou suscetibilidade do homem ao *M. leprae*<sup>4</sup>.

A hanseníase possui um grande potencial incapacitante, acomete fundamentalmente a pele e os nervos periféricos, o que pode repercutir em perda da sensibilidade protetora do epitélio, do tônus e da força muscular, muitas vezes, de forma irreversível, levando à incapacidade física<sup>2,3</sup>. Estas incapacidades podem acarretar diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos, acarretando, inclusive, estigma e preconceito contra os portadores da doença<sup>3</sup>.

Desde o ano de 2000, a equipe de enfermeiras do Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL), instituição pública especializada no tratamento de doenças dermatológicas e referência internacional para hanseníase, dedica-se, entre outras atividades, à implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) enfatizando a elaboração de Diagnósticos de Enfermagem (DE) e Intervenções de Enfermagem (IE), voltados a resultados que resolvam ou aliviem as respostas humanas alteradas nesses pacientes.

Sabe-se que, no Brasil, as fases mais utilizadas da SAE são: o Histórico, o Diagnóstico, a Intervenção e a Evolução de Enfermagem. Para embasar os diagnósticos de enfermagem, foi adotada uma classificação norte-americana de diagnósticos de enfermagem a NANDA<sup>5</sup>

(North American Nursing Diagnosis Association) a mais conhecida pelas enfermeiras brasileiras, justificando assim a sua adoção neste estudo.

Esta classificação define DE como:

O julgamento clínico das respostas humanas do indivíduo, família e comunidade aos processos vitais ou problemas atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para serem atingidos resultados, pelos quais a enfermeira é responsável<sup>5(p.241)</sup>.

O DE é entendido como um julgamento clínico da enfermeira sobre um conjunto de reações ou respostas: bio-psico-sócio-espirituais do indivíduo, família ou comunidade, a uma situação de desvio na sua linha de saúde ou estágio de desenvolvimento, que é expresso como uma condição atual (real), de risco ou de bem-estar, gerando intervenções de enfermagem<sup>6</sup>.

A definição acima enfoca o indivíduo como um todo, evidenciando os aspectos psico-sócio-espirituais às vezes pouco abordados devido à ênfase dada ao modelo biomédico na formação da enfermeira.

O DE não é um fenômeno que ocorre de forma isolada e independente das outras fases do processo. Ele é o resultado da coleta de dados, servindo de base para a prescrição e é objeto de avaliação na evolução, podendo, portanto, ser considerado o eixo central da sistematização<sup>7</sup>.

O desenvolvimento de uma linguagem e de uma classificação para a prática de enfermagem que seja universalmente conhecida, compreendida e utilizada, é um passo importante para o fortalecimento do processo de valorização e conseqüente realização da assistência de enfermagem de forma sistematizada<sup>8</sup>.

O uso desta Classificação de Diagnóstico de Enfermagem predispôs algumas enfermeiras a estudarem o aparecimento deles em sua especialidade clínica, estas profissionais delinearão o perfil dos diagnósticos mais freqüentes na clientela atendida, ao qual definimos como padrão mínimo de assistência de enfermagem (PME).

Após seis meses da implementação da SAE no ILSL, as enfermeiras elaboraram um impresso retratando o perfil da clientela, o qual contém dez diagnósticos de enfermagem<sup>9</sup>, seus respectivos fatores de risco, fatores relacionados e as características definidoras; as intervenções de enfermagem, espaço para avaliação dos diagnósticos e checagem das intervenções realizadas pela equipe de enfermagem.

A implementação da SAE na clínica dermatológica remeteu-nos ao questionamento de qual seria o perfil de diagnósticos de enfermagem encontrados nos pacientes afetados pela hanseníase e internados nesta clínica.

## OBJETIVO

Identificar as categorias diagnósticas de enfermagem mais freqüente nos pacientes afetados pela Hanseníase.

## MATERIAL E MÉTODO

Este estudo exploratório, descritivo, retrospectivo, baseado em dados secundários de prontuários, foi realizado no ILSL, Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária e Referência Internacional em Hanseníase, situado na Cidade de Bauru-SP.

A amostra foi constituída por impressos de padrões mínimos de assistência de enfermagem (PME-b) elaborados entre 01/09/01 a 31/08/03, referentes aos prontuários de 51 pacientes internados no Setor de Clínica Médica masculina (UIB) afetados pela hanseníase.

Os dados foram coletados após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa e Comissão Científica do Instituto Lauro de Souza Lima, registrado sob o Nº 0080.

### Instrumento de Coleta de Dados:

Foi elaborado um instrumento para o registro dos DE padronizados e específicos, que contém os fatores relacionados, os fatores de risco e as características definidoras. A primeira parte do instrumento apresenta os diagnósticos do PME-b e a segunda, os diagnósticos específicos, estes acrescentados ao impresso de registro pela enfermeira, durante sua avaliação clínica, que objetiva individualizar a assistência ao paciente. Cada impresso possui espaço para coletar os dados de 30 pacientes.

### Coleta de Dados:

Foram utilizados os livros de relatório do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), listado os pacientes internados no ILSL, durante o período de 01/09/01 a 31/08/03. Neste período foram internados 250 pacientes do sexo masculino, dos quais 160 na UIB. Nesta unidade foram elaborados impressos do PME-b referentes a 153 pacientes internados, dos quais 51 afetados pela hanseníase.

Após registro manual, os dados coletados foram organizados em planilhas e analisados descritivamente quanto à freqüência relativa e absoluta.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados coletados dos impressos de padrões mínimos de enfermagem da Unidade de Clínica Médica forneceram os resultados que seguem:

**Tabela 1.** Distribuição dos diagnósticos de enfermagem identificados em 51 pacientes afetados pela hanseníase internados no ILSL entre 01/09/01 a 31/08/03. Bauru. SP. 2005.

Diagnósticos de Enfermagem	n	%
Risco para infecção	51	100,0
Integridade da pele prejudicada	51	100,0
Risco para integridade da pele prejudicada	51	100,0
Risco para trauma	51	100,0
Risco para solidão	50	98,03
Isolamento social	49	96,07
Risco para constipação	49	96,07
Dor	48	94,11
Nutrição alterada menos que as necessidades corporais	46	90,19
Dentição alterada	45	88,23

**Fonte:** Guimarães HCQCP, Salotti AS, Galan NG, Bassoli SRB<sup>9</sup>

As categorias diagnósticas de enfermagem encontradas com maior freqüência foram: 100,0% Risco para infecção, Integridade da pele prejudicada, Risco para integridade da pele prejudicada, Risco para trauma; 98,03% de Risco para solidão; 96,07% de Isolamento social e Risco para constipação; 94,11% para Dor aguda; 90,19% de Nutrição alterada menos que as necessidades corporais e 88,23% para Dentição alterada.

O DE Risco para infecção, listado em 100% da amostra, aparece de forma expressiva no cotidiano da enfermagem, em todas as especialidades, pois, conceitualmente, a hospitalização é considerada um fator iatrogênico, que predispõe o paciente a desenvolver infecção por múltiplas razões<sup>7</sup>. Os principais fatores de risco listados foram: a exposição ao ambiente hospitalar aumentada em 100%, doença crônica em 98,03%, defesas primárias inadequadas (considerando pele rompida) em 78,43% e imunossupressão em 66,66%.

O DE Integridade da pele prejudicada aparece em 100% da amostra. A pele representa mais de 15,0% do peso corpóreo e apresenta grandes variações ao longo de sua extensão, sendo ora mais flexível e elástica, ora mais rígida. É um órgão dinâmico que contém muitos tecidos, tipos de células e estrutura especializada, os quais, juntos exercem múltiplas funções importantes para a saúde e sobrevivência do indivíduo. É composta por três camadas: epiderme, derme e hipoderme<sup>10, 11</sup>. A característica definidora rompimento da superfície da pele (epiderme) apareceu em 98,03%. A destruição de camadas da pele (derme), em 37,25% e a invasão de estruturas do corpo em 11,76%. Os fatores relacionados que mais se evidenciaram foram: sensibilidade alterada em 74,50%; alterações no turgor e déficit imunológico em 66,66%; mobilização física em 50,98%.

A ferida é a ruptura da integridade de um tecido, a qual pode apresentar diferentes profundidades, podendo atingir a epiderme (camada mais externa da pele), a derme (camada mais espessa, logo abaixo da epiderme) ou alcançar o celular subcutâneo (formado por tecido adiposo e conjuntivo), a fásia e o muscular<sup>12,13</sup>.

A influência da flora no desenvolvimento do processo cicatricial é de extrema importância, pois este é fisiológico, dinâmico e busca restaurar a continuidade dos tecidos. Deve-se conhecer o processo de cicatrização (fases: inflamatória, proliferativa e de maturação) e saber quais são os fatores que podem acelerá-lo ou retardá-lo, levando-se em consideração o conhecimento fisiopatológico, a estrutura da pele e a microbiota transitória e resistente<sup>3</sup>.

O tratamento de feridas crônicas deve ser feito por equipe multidisciplinar, na qual a enfermeira tem papel primordial, haja vista que possui maior contato com o paciente, acompanhando diariamente a evolução da lesão, indicando, executando, orientando e supervisionando o procedimento do curativo.

A ausência de sudorese em portadores de hanseníase, devido ao comprometimento das glândulas cutâneas é um fator agravante, porque a pele seca e descamativa, está sujeita a fissuras que podem infectar-se secundariamente e comprometer músculos, tendões, ossos e articulações<sup>14,15</sup>.

Outro diagnóstico do PME-b, analisado neste estudo, foi Risco para constipação. Tal diagnóstico apareceu em 96,07%, considerando como fatores de risco a mudança de ambiente em 100,0% e a ingestão diminuída de fibras e líquidos em 91,83%.

Risco para constipação é a condição em que o indivíduo está vulnerável a desenvolver o quadro. Os fatores de risco mais relacionados na literatura são: hábitos alimentares inadequados, baixa ingestão líquida, hábitos associados à evacuação, estilo de vida inadequado, medicamentos e estresse<sup>16</sup>.

O DE Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais foi citado em 90,19%. A nutrição reflete o equilíbrio entre a ingestão de nutrientes e as necessidades do organismo. Ela estará alterada quando a ingestão for maior ou menor que essas necessidades<sup>17</sup>.

A maioria dos pacientes afetados pela hanseníase e internados na clínica dermatológica, apresentam membranas conjuntivas e mucosas pálidas; peso corporal abaixo do ideal, devido ao processo saúde-doença alterado, sendo necessária à atuação conjunta da nutricionista, a qual intervém com um suporte nutricional adequado, necessitando-se, ainda, de persistência por parte da equipe de enfermagem no sentido de incentivar a ingestão de alimentos.

O DE Dentição prejudicada apareceu em 88,23%, sendo os principais fatores relacionados: higiene ineficaz em 100% e obstáculo econômico ao cuidado

profissional em 99,33%. As principais características definidoras foram a ausência de dentes em 60%; o uso de prótese em 20% e dentes cariados em 19,99%.

O diagnóstico Risco para integridade da pele prejudicada apareceu em 100% da amostra. Os principais fatores de risco foram: a alteração no turgor (94,11%); sensibilidade alterada (86,27%); fatores imunológicos (78,43%); estado nutricional (68,62%); mobilidade física alterada (66,66%); proeminências ósseas (54,90%); trazendo a conclusão de que esses percentuais justificam a prescrição dos cuidados preventivos que são realizados de rotina na unidade como: higienização, hidratação, aplicação de cremes lubrificantes, uso de colchão piramidal, mudança de decúbito, avaliação e acompanhamento nutricional.

Os fatores sensibilidade alterada e mobilidade física prejudicada estão presentes nos diagnósticos citados anteriormente. Foram considerados neste estudo, pela enfermeira apenas quando ela elabora o diagnóstico real e não no de risco. Entretanto, se estão presentes na avaliação clínica do paciente, deveriam ser considerados nos dois diagnósticos, visto que: a presença de bacilos de Hansen nos nervos leva a alteração de sensibilidade, lesões, ulcerações que prejudicam a mobilidade física podendo deixar o paciente em risco para o rompimento da integridade da pele e ou também a caracterização do mesmo, tornando-o assim, um diagnóstico real.

O *M. leprae* possui um tropismo especial pelos nervos periféricos, atingindo desde as terminações da derme aos troncos nervosos. A neuropatia da hanseníase é clinicamente mista porque compromete fibras nervosas sensitivas, motoras e autonômicas, alterando a sensibilidade em suas modalidades térmica, dolorosa e tátil<sup>18</sup>.

As alterações de sensibilidade e força motora, muitas vezes, só podem ser detectadas por exame de sensibilidade e força motora, sendo extremamente importantes as avaliações periódicas; mesmo na ausência de qualquer queixa do paciente, para fins de prevenção, já que a perda de sensibilidade, ainda que em pequena área, pode significar um agravamento para o paciente.

O DE Risco para trauma foi observado em 100% da amostra, tendo como único fator de risco o piso escorregadio.

Isolamento social é um DE que foi citado em 96,07% da amostra, sendo o fator relacionado: estado de bem-estar alterado (97,95%); alteração na aparência física (53,06%); e a característica definidora: estado de bem-estar alterado (97,95%). Identificados também em outros estudos<sup>19,20</sup>. Embora possa parecer estranho o estado de bem estar alterado ser tanto uma característica definidora quanto um fator relacionado do mesmo diagnóstico, esta é uma descrição da Classificação de Diagnósticos da NANDA<sup>5</sup> que está em constante revisão e conforme sugestões podem ser alteradas.

O diagnóstico Risco para solidão apareceu em

98,03% da amostra, sendo seus principais fatores de risco: a privação afetiva (100%) e o isolamento social (90%). Esse diagnóstico foi citado no estudo sobre avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de hipertensão arterial<sup>21</sup>, despertando a necessidade de a enfermeira se preocupar também com aspectos psico-sociais do indivíduo.

Outros aspectos importantes a serem considerados são as alterações da pele e face, deformidades funcionais de membros, presença de úlceras, que limitam a vida social, profissional, familiar e acarretam problemas psicológicos. Desta forma, estas pessoas tendem a se distanciar dos outros, se isolarem do mundo e até mesmo de seus familiares, manifestando a vontade de serem ou permanecerem internados, haja vista que, no ambiente hospitalar, encontram pessoas com os mesmos ou piores problemas que os seus e são assistidos sem qualquer preconceito.

Os diagnósticos de enfermagem: Isolamento social e Risco para solidão, tão importantes nesta patologia, foram de difícil discussão por não se encontrar referência na literatura especializada, a qual parece mais preocupada com os diagnósticos da esfera biomédica que são visíveis e estudados por várias especialidades.

O DE Dor aguda apareceu em 94,11% dos pacientes estudados, sendo que o fator relacionado processo saúde-doença e a característica definidora relato verbal de dor apareceram em 100%. No caso da hanseníase, os fatores relacionados encontrados são: as reações tipo I (neuropatias), tipo II (eritema nodoso) e ulcerações que foram descritos como processo saúde-doença alterado.

A existência de queixa dolorosa deve ser investigada durante toda a internação. A avaliação da dor inclui a caracterização do local, a intensidade, a frequência, a duração e a qualidade do sintoma, todos devidamente registrados.

Mudanças comportamentais são os indicadores mais comuns de dor e incluem o choro, a irritabilidade, a letargia, perda de apetite, os distúrbios no padrão de sono, inquietação, postura rígida, ausência de afetividade ou raiva. As respostas fisiológicas como o aumento de pulso, da pressão sanguínea e da respiração, assim como rubor cutâneo, sudorese, agitação, queda da saturação, midríase podem ser observadas na dor aguda, devido à estimulação do sistema nervoso simpático. Entretanto, se a dor persistir, ocorre uma adaptação do organismo, produzindo uma diminuição nessas respostas. A experiência dolorosa é um fenômeno individual e, para caracterizá-la, devem ser realizadas avaliações sistemáticas.

Na coleta de dados foram encontrados também diagnósticos específicos, alguns elaborados mais frequentemente que outros. Porém, apenas um deles, ocorreu em 50,0% da amostra, o que preocupa, porque

na maioria dos pacientes existiam características definidoras, fatores relacionados e de risco que justificariam uma maior frequência destes e que foram confirmados por meio dos registros das atividades de enfermagem realizadas para eles.

**Tabela 2.** Distribuição dos diagnósticos de enfermagem específicos identificados em 42 pacientes afetados pela Hanseníase. Bauru, SP, 2005.

Diagnósticos Específicos	n	%
Integridade tissular prejudicada	21	50,00
Perfusão tissular prejudicada	15	35,71
Mobilidade física prejudicada	14	33,33
Risco para temperatura corporal desequilibrada	10	23,80
Andar prejudicado	09	21,42
Risco para lesão	09	21,42
Risco para síndrome do desuso	08	19,04
Risco para disfunção neurovascular periférica	07	16,66
Risco para déficit no volume de líquidos	06	14,28
Ansiedade	06	14,28
Déficit no autocuidado	05	11,90
Proteção ineficaz	05	11,90
Diarréia	05	11,90
Troca de gases prejudicada	05	11,90
Risco para metabolismo de glicose alterado	03	7,14
Risco para automutilação	03	7,14
Mobilidade no leito prejudicada	03	7,14
Desobstrução ineficaz das vias aéreas superiores	02	4,76
Membrana mucosa oral prejudicada	02	4,76
Nutrição desequilibrada mais que as necessidades	02	4,76
Hipertermia	02	4,76
Comunicação verbal prejudicada	02	4,76
Confusão aguda	02	4,76
Risco para aspiração	02	4,76
Volume de líquidos excessivo	02	4,76
Débito cardíaco diminuído	02	4,76
Constipação percebida	02	4,76
Risco para nutrição desequilibrada mais que as necessidades.	02	4,76
Percepção sensorial alterada	02	4,76
Distúrbio da imagem corporal	01	2,38
Riscos para retenção urinária	01	2,38

DE como: Integridade tissular prejudicada (50,00%); perfusão tissular periférica prejudicada (35,71%); mobilidade física prejudicada (33,33%); risco para temperatura corporal desequilibrada (23,80%); andar prejudicado e risco para lesão (21,42%); risco para síndrome do desuso (19,04%); déficit para o autocuidado e proteção ineficaz (11,90%); foram identificados na prática diária e acrescentados ao instrumento de coleta de dados conforme apareceram.

Destes diagnósticos de enfermagem acima citados, foram escolhidos cinco para serem acrescentados ao impresso PME-b, de acordo com a vivência das enfermeiras e análise clínica dos pacientes que foram tratados na clínica médica masculina, durante e após a realização deste estudo.

O DE Integridade tissular prejudicada foi registrado em 50,0% dos impressos analisados como diagnóstico específico, individualizando o paciente assistido, mas de forma incompleta, quando checado com a definição proposta pela NANDA para esse diagnóstico.

As enfermeiras do ILSL, ao elaborarem este diagnóstico, citaram como fator relacionado a doença (hanseníase), que é o foco de preocupação dos médicos, não atribuindo a importância devida às respostas humanas alteradas: ausência de sensibilidade, deformidades das mãos e pés, déficit nutricional, alteração da temperatura corporal, déficit de conhecimento, força motora diminuída, mobilidade física prejudicada, circulação alterada; caracterizado por tecido lesado ou destruído, que aparece frequentemente como ressecamento e eritema conjuntival, desabamento da pirâmide nasal, desvio de septo, obstrução/ressecamento da mucosa nasal.

O diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada apareceu em 33,33% dos pacientes estudados. A mobilidade é entendida como a capacidade de controlar e relaxar grupos musculares. Permite ao indivíduo mover-se proposadamente no meio ambiente. Depende do funcionamento coordenado dos músculos, articulações e ossos, e está ligada ao conceito de saúde para a maioria dos indivíduos. É indispensável às pessoas não apenas para a interação com outros indivíduos, como também para ganhar seu sustento e para manter o funcionamento interno do organismo<sup>22-24</sup>.

A mobilidade é essencial para a manutenção de uma vida independente. Além disso, interfere em vários aspectos tais como: o padrão do funcionamento intestinal, o estado nutricional, o autoconceito, a autoimagem, dentre outros. A diminuição da mobilidade física predispõe às infecções do sistema respiratório e urinário<sup>25</sup>.

O Risco para síndrome do desuso foi encontrado nesta amostra em 19,04% e em 21,4% da amostra de um estudo sobre alterações hematológicas<sup>19</sup>.

Déficit no autocuidado (sem especificação quanto à alimentação, banho/higiene, higiene íntima, vestir-se/

arrumar-se) apareceu em apenas 11,90% desse estudo. Os pacientes afetados pela hanseníase podem apresentar uma diminuição ou perda da força muscular. Nos membros superiores os três principais nervos acometidos são: o ulnar, o mediano e o radial. Como estes nervos são mistos, isto é, possuem fibras sensitivas, motoras e autonômicas, teremos alterações em todos estes aspectos<sup>18</sup>. A garra ulnar e o sinal de Fromment (instabilidade da pinça do polegar com o segundo dedo), sendo os principais causadores da dificuldade para manusear utensílios, trazer alimentos à boca, lavar e secar o corpo, realizar higiene íntima, por e retirar roupas.

Nos membros inferiores os principais nervos atingidos são: o fibular comum e o tibial posterior, onde a perda da força de contração reduz ou impede a dorsiflexão do pé, a extensão dos dedos, ocasionando o pé eqüino, o pé eqüino-varo, garras e a presença de úlceras<sup>18</sup>, o que dificulta aos pacientes sair do leito, chegar a água, entrar e sair do banho.

A Proteção ineficaz foi encontrada em 11,90% da amostra. Essa categoria diagnóstica também foi citada em outros estudos<sup>19-20,26-27</sup>. A definição desse diagnóstico permite inferir que todas as pessoas que desenvolverem uma alteração patológica apresentarão o DE Proteção ineficaz, porém este é pouco citado nos estudos sobre identificação de diagnósticos de enfermagem.

Neste estudo os fatores relacionados para o DE Proteção ineficaz foram: cicatrização de feridas, imunidade deficiente e terapias com drogas (corticóides); e as características definidoras: imunidade deficiente, extremo de idade, perfis sanguíneos anormais. Destacamos aqui que a imunidade deficiente foi descrita pela Classificação de Diagnósticos de Enfermagem<sup>5</sup> tanto como fator relacionado quanto característica definidora.

Ao término deste estudo, os resultados obtidos indicaram a necessidade de uma complementação no impresso dos padrões mínimos (PME-b) com os DE específicos acima citados, caracterizando desta forma as principais categorias diagnósticas para a assistência prestada ao portador de hanseníase (Quadro 1).

No quadro abaixo, após cada, fator de risco, fator relacionado e característica definidora, foram colocados parênteses "( )" que na prática diária são preenchidos com um "x" quando estiver presente na avaliação clínica do enfermeiro, ou em branco, quando estiver ausente, o que possibilita individualizar a assistência prestada. Nas intervenções os traços indicam necessidade de um complemento. Em algumas delas, aparecem mais de um verbo separado por uma barra (**/**), neste caso deve ser escolhido (circulado), aquele verbo que melhor indicar a ação a ser realizada.

**Quadro 1.** Distribuição das categorias diagnósticas identificadas em pacientes afetados pela Hanseníase. Bauru. SP. 2005.

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>1 Risco para infecção Fatores de risco:- exposição ambiente hospitalar aumentada, doença crônica, defesas primárias inadequadas, defesas secundárias inadequadas, imunossupressão, imunidade adquirida inadequada, procedimentos invasivos, alteração nutricional.</p>	<p>1.1 Orientar a importância da higienização do corpo, boca, mãos. 1.2 Trocar luvas, lavar as mãos antes de prestar cuidados ao paciente. 1.3 Orientar sobre a sua doença. 1.4 Orientar sobre a medicação. 1.5 Controlar SSVV 1x período e S/N 1.6 Observar e anotar sinais de rubor, calor, edema, dor. 1.7 Não retirar curativos no banheiro. 1.8 Proteger os curativos com tecido impermeável antes o banho.</p>
<p>2 Integridade da pele prejudicada Fator relacionado:- imobilização física, idades extremas, medicações, estado metabólico alterado, proeminências esqueléticas, déficit imunológico, sensibilidade alterada, estado nutricional, pigmentação alterada, circulação alterada, alterações no turgor. Caracterizado por invasão de estruturas do corpo, destruição de camadas da pele (derme), rompimento da superfície da pele (epiderme).</p>	<p>2.1 Retirar o curativo anterior. 2.2 Depilar a área perilesional, S/N. 2.3 Fazer limpeza da pele com SF 0,9% em _____ 2.4 Remover parcialmente tecido desvitalizado (tecido necrosado, crostas, excesso de fibrina...) 2.5 Fazer curativo em _____ utilizando _____. 2.6 Manter úlceras ocluídas. 2.7 Fazer anotação do aspecto da lesão/pele e/ou área perilesional a cada troca de curativo.</p>
<p>3 Risco para constipação intestinal:- fator de risco: medicamentos, mudança de ambiente, ingestão diminuída de fibras e líquidos, atividade física insuficiente.</p>	<p>3.1 Estimular aceitação de legumes, verduras, frutas inclusos na dieta diária. 3.2 Estimular ingestão de 8 a 10 copos de líquidos diários. 3.3 Anotar aspecto e freqüência da eliminação intestinal</p>
<p>4 Nutrição alterada menos que as necessidades corporais Fatores relacionados: fatores econômicos, falta de conhecimento sobre as necessidades nutricionais diárias. Caracterizado por ingestão inadequada de alimentos, perda de peso; membranas conjuntivas e mucosas pálidas.</p>	<p>4.1 Supervisionar a aceitação alimentar. 4.2 Orientar sobre a necessidade de ingerir (frutas, legumes, carnes, leite, _____) 4.3 Pesar uma vez por semana. 4.4 Solicitar avaliação nutricional para adequar a dieta, introduzir suplementos.</p>
<p>5 Dentição alterada Fator relacionado higiene ineficaz, obstáculo econômico ao cuidado profissional, Caracterizado por ausência de dentes ou dentes cariados, uso de próteses.</p>	<p>5.1 Oferecer material e incentivar e auxiliar na higiene oral. 5.2 Supervisionar/Auxiliar a necessidade de cortar ou raspar alimentos.</p>
<p>6 Risco para integridade da pele prejudicada Fatores de risco:- idade, proeminências ósseas, imunológicos, sensibilidade alterada, alterações no turgor, estado nutricional, imobilização física, pigmentação alterada, circulação alterada.</p>	<p>6.1 Inspeccionar a temperatura da água do banho. 6.2 Supervisionar/realizar/auxiliar aplicação do creme com a pele úmida. 6.3 Orientar para não aplicar creme em interdígitos de MMII, periorbicular e perioral. 6.4 Supervisionar para não permanecer muito tempo na mesma posição na cadeira, no leito, deambulando. 6.5 Supervisionar para não colocar bandejas com alimentos quentes no colo do. 6.5 Supervisionar para não colocar bandejas com alimentos quentes no colo do paciente. 6.6 Orientar/Supervisionar para não tomar sol entre 10 e 16h</p>

<p>7 Risco para trauma Fatores de risco:- piso escorregadio, camas sem grades, cadeiras de rodízios/rodas, visão deficiente, redução da sensação de temperatura e/ou tátil, fraqueza, dificuldades de equilíbrio.</p>	<p>7.1 Manter grades elevadas durante o sono 7.2 Orientar para andar devagar com a cadeira de rodas, de rodízio. 7.3 Acompanhar/Auxiliar o paciente durante o banho 7.4 Comunicar serviço de limpeza quando o piso estiver molhado, continuamente.</p>
<p>8 Isolamento social Fator relacionado: alterações na aparência física, estado de bem estar alterado. Caracterizado por evidencia de deficiência física, estado de bem estar alterado.</p>	<p>8.1 Incentivar o relacionamento com demais colegas da enfermaria. 8.2 Incentivar ir ao solário conversar das 7 às 10 horas da manhã 8.3 Estimular lazer entre os colegas, TV, leituras, trabalhos manuais.</p>
<p>9 Risco para solidão Fator de risco:- privação afetiva, isolamento social.</p>	<p>9.1 Oferecer ajuda para escrever carta ou telefonar para a família. 9.2 Orientar/Supervisionar a família durante as visitas as quintas e domingos. 9.3 Idem 8.1; 8.2; 8.3</p>
<p>10 Dor aguda Fator relacionado: processo saúde-doença; Caracterizado por relato verbal de dor, evidência observada, distúrbio do sono, mudanças no apetite e na alimentação.</p>	<p>10.1 Dar atenção a queixa de dor e anotar local e tipo: pontada, pressão, latejante. 10.2 Proporcionar melhor posicionamento do corpo sentado, deitado, caminhando, elevando ou abaixando MMSS, elevando ou abaixando MMII. 10.3 Administrar analgésico conforme prescrição médica (cpm).</p>
<p>11 Proteção ineficaz Fator relacionado: perfis sangüíneos anormais, nutrição inadequada, extremos de idade, medicamentos, distúrbios imunológicos. Caracterizado por prejuízo na cicatrização, deficiência na imunidade, fraqueza, prurido, imobilidade.</p>	<p>11.1 Acompanhar resultados de exames bioquímicos. 11.2 Solicitar avaliação nutricional e introdução de suplementos alimentares. 11.3 Realizar mudança de decúbito, massagem de conforto.</p>
<p>12 Mobilidade física prejudicada Fator relacionado: medicamentos, restrição de movimento prescrita, desconforto, dor. Caracterizado por instabilidade postural, capacidade limitada para desempenhar atividades motoras grossas, finas, mudança na marcha.</p>	<p>12.1 Administrar analgésico cpm. 12.2 Incentivar a realizar movimentação ativa no leito. 12.3 Providenciar avaliação do fisioterapeuta e/ou terapeuta ocupacional. 12.4 Incentivar a sair do leito em cadeira de rodas, rodízios. 12.5 Idem 11.3.</p>
<p>13 Integridade tissular prejudicada Fator relacionado: fatores mecânicos, extremos de temperatura, circulação alterada, déficit ou excesso de líquidos, déficit ou excesso nutricional. Caracterizado por tecido lesado ou destruído.</p>	<p>13.1 Providenciar avaliação oftalmológica. 13.2 Providenciar avaliação com otorrino. 13.3 Aplicar colírios cpm. 13.4 Realizar higiene ocular com SF 0,9%. 13.5 Aplicar dersani periorbicular. 13.6 Orientar a aplicar o bálsamo de peru com cotonete cpm às 7hs. 13.7 Orientar para fazer a lavagem das duas narinas após a aplicação do bálsamo.</p>
<p>14 Risco de síndrome do desuso Fator de risco- dor intensa, imobilização física, imobilização prescrita, nível de consciência alterado.</p>	<p>14.1 Idem 11.3 14.2 Idem 12.3, 12.4</p>

<p>15 Déficit no autocuidado para banho/higiene, alimentação, higiene íntima, vestir-se. Fator relacionado: fraqueza, dor, prejuízo neuromuscular, prejuízo cognitivo, barreiras ambientais, mobilidade prejudicada. Caracterizado por incapacidade para manusear utensílios, abrir recipientes, chegar a água, regular temperatura, lavar, secar, vestir, calçar-se.</p>	<p>15.1 Encaminhar ao banho de aspersão em cadeira higiênica protegida com lençol. 15.2 Auxiliar a lavar-se, enxugar-se, vestir-se. 15.3 Auxiliar a subir e descer do leito. 15.4 Posicionar bandeja de alimentação. 15.5 Avaliar necessidade de oferecer alimentos na boca.</p>
---	--

**Fonte:** Bassoli SRB<sup>28</sup>.

## CONCLUSÃO

A frequência das categorias diagnósticas pertencentes ao impresso de PME-b e presentes nos pacientes afetados pela hanseníase foram: 100,0% Risco para infecção, Integridade da pele prejudicada; Risco para integridade da pele prejudicada, Risco para trauma; 98,03% Risco para solidão; 96,07% Isolamento social e Risco para constipação; 94,11% Dor aguda; 90,19% Nutrição alterada menos que as necessidades corporais e 88,23% Dentição alterada.

Os diagnósticos de enfermagem específicos elaborados para os pacientes afetados pela Hanseníase e acrescentados ao impresso dos PME-b foram: Integridade tissular prejudicada (50,00%), Mobilidade física prejudicada (33,33%), Risco para síndrome do desuso (19,04%), Déficit para o autocuidado e Proteção ineficaz (11,90%).

## REFERÊNCIAS

- Opromolla DVA, ed. Noções de Hansenologia. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato; 2000.
- Cristofolini L. Assistência de enfermagem na hanseníase. *Salusvita* 1985; 4(1): 1-9.
- Ministério da Saúde (BR). Plano de eliminação da hanseníase no Brasil. Brasília (DF); 2002.
- Kawamoto EE. Enfermagem comunitária. São Paulo: EPU; 1995.
- North American Nursing Diagnoses Association NANDA. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2006. Trad. Cristina Correia. Porto Alegre: Artmed; 2006.
- Maria VLR, Martins I, Peixoto MSP. Exame Clínico de Enfermagem do Adulto. Focos de atenção psicobiológicos como subsídios para o Diagnóstico de Enfermagem. São Paulo: Iatria; 2003.
- Maria VLR. Elaboração de diagnósticos de enfermagem do paciente coronariano em estado crítico. [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1997.
- Barros ALBL. O trabalho do docente assistencial de enfermagem no Hospital São Paulo da UNIFESP/EPM. [tese de doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo; 1998.
- Guimarães HCQCP, Salotti AS, Galan NG, Bassoli SRB. Nursing diagnosis in adult patients of dermatological clinic. In: NANDA, NIC, NOC 2002, Philadelphia. 2002.
- Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatologia. São Paulo: Artes Médicas; 1998.
- Hess CT. Tratamento de feridas e úlceras. 4 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2002.
- Tiago F. Feridas: etiologia e tratamento. 2 ed. São Paulo: FAEPA; 1995.
- Oda RM. Manual de normas, rotinas e técnicas de curativos do Instituto Lauro de Souza Lima. Bauru: Centro de estudos Dr. Reynaldo Quagliato; 2004.
- Opromolla DVA, Cruz O. Prevenção de incapacidade física na hanseníase: técnicas simples. Bauru: Hospital Lauro de Souza Lima; 1978.
- Cristofolini L. Aspectos da assistência de enfermagem na hanseníase: Prevenção da úlcera plantar. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1980.
- Teixeira PF. Proposta de um instrumento para validação do diagnóstico de enfermagem: risco para constipação. [Monografia]. São Paulo: Curso de Residência Cardiovascular do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia; 1999.

- 17 Constanzo LS. Fisiologia gastrointestinal. In: Fisiologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
- 18 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Política de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Prevenção de Incapacidades. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 19 Jesus CAC, Carvalho EC. Diagnósticos de enfermagem em clientes com alterações hematológicas: uso da taxonomia I da NANDA. *Rev Latino-am enfermagem* out 1997; 5(4): 91-9.
- 20 Vieira VB, Patine FS, Paschoal VDA, Brandão VZ. Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de hanseníase: um estudo de caso. *Arq Cienc saúde* abr-jun 2004; 11(2): 2-9.
- 21 Oliveira TC, Araújo TL, Melo EM, Almeida DV. Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de hipertensão arterial. *Rev Latino-am Enfermagem* jul-ago 2002; 10(4): 530-6.
- 22 Bachion MM, Araújo LAO, Santana RF. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem mobilidade física prejudicada em idosos: uma contribuição. *Acta Paul Enf* out-dez 2002; 15(4): 67-72.
- 23 Araújo LAO, Santana RF, Bachion MM. Mobilidade física prejudicada em idosos: fatores relacionados e características definidoras. *Rev Bras Enferm* jan-fev 2002; 55(1): 19-25.
- 24 Aquino TP, Sanna MC. Assistência de enfermagem no pós-transplante de medula óssea na Leucemia Linfocítica Aguda na infância. *Rev Paul Enf* 2003; 22(1): 100-7.
- 25 Carpenito LJ. Diagnóstico de enfermagem: aplicação à prática clínica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
- 26 Galdeano LE, Rossi LA, Nobre LF, Ignacio DS. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia. *Rev Latino-am enfermagem* mar-abr 2003; 11(2): 199-206.
- 27 Carmagnani MIS, Cunha ICKO, Behlau MS. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos a laringectomia. *Rev Paul Enf* jan-abr 2003; 22(1): 51-61.
- 28 Bassoli SRB. Identificação dos diagnósticos de enfermagem em uma clínica dermatológica. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Ciências, Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo; 2005.