



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**RAFAELLE LOPES DE OLIVEIRA**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE  
TUBERCULOSE EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: ELABORAÇÃO DE  
INSTRUMENTO**

**FORTALEZA  
ABRIL – 2014**

RAFAELLE LOPES DE OLIVEIRA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE TUBERCULOSE  
EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: ELABORAÇÃO DE INSTRUMENTO

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, nucleadora Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Orientador: Prof. Emilia Soares Chaves,  
Doutora.

Co-Orientadora: Rafaella Pessoa Moreira

FORTALEZA

ABRIL-2014

RAFAELLE LOPES DE OLIVEIRA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE  
TUBERCULOSE EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: ELABORAÇÃO DE  
INSTRUMENTO.

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, nucleadora Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Aprovada em: 28/04/2014

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Emilia Soares Chaves  
Presidente  
RENASF/UNILAB

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim  
Primeiro Examinador  
UFMA

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Tahissa Frota Cavalcante  
Primeiro Examinador  
UNILAB

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Flávia Paula Magalhães Monteiro  
Primeiro Examinador  
UNILAB

Dedico esta dissertação a minha família, pela fé e confiança depositada.

À minha orientadora, pela paciência demonstrada no decorrer do trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família, que sempre me estimula a crescer e esteve comigo nos momentos importantes da vida;

À todos os professores do mestrado que colaboraram para minha formação e na elaboração deste trabalho e por iniciar novas possibilidades;

Meus sinceros agradecimentos ao serviço de saúde e aos participantes da pesquisa;

Em especial, agradeço a minha orientadora, Professora Dra. Emilia Soares Chaves, pela oportunidade de aprendizado, incentivo nos momentos de orientação, disponibilidade e atenção dedicada em cada fase desse trabalho;

À minha co-orientadora Dra. Rafaella Pessoa Moreira pelas sugestões e contribuições no desenvolvimento do estudo;

Aos colegas e amigos da turma pelos momentos que passamos juntos;

Às professoras Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim, Tahissa Frota Cavalcante e Flávia Paula Magalhães Monteiro por terem aceitado o convite para integrar a banca examinadora de defesa, pelas críticas, informações e sugestões que serão acrescidas à dissertação.

**RAFAELLE LOPES DE OLIVEIRA. Assistência de enfermagem ao paciente portador de tuberculose em unidade básica de saúde: elaboração de instrumento**, 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Ceará, Ceará, 82p.

## **RESUMO**

A tuberculose continua a merecer especial atenção dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo. O papel da enfermagem adquire especial importância na execução das ações de controle da doença. Sabe-se que o cliente em tratamento, sofre estigma e está sujeito a várias alterações físicas e psicológicas. Portanto, a possibilidade de um acompanhamento mais organizado e direcionado poderia minimizar tais consequências, assegurando maior adesão. Neste contexto, considerou-se a necessidade de colaborar para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. O estudo teve como objetivos: Identificar os diagnósticos de enfermagem em portadores de tuberculose; Criar um instrumento para a sistematização da assistência de enfermagem. Tratou-se de um estudo descritivo e exploratório. Foi realizado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, vinculada a Prefeitura de Fortaleza-Ceará. A População constou de 13 pacientes em tratamento. A coleta dos dados foi realizada em fevereiro de 2014. As informações coletadas para a fase de identificação dos diagnósticos de Enfermagem tiveram como ponto de partida um instrumento elaborado pelo Ministério da Saúde. Como base para a construção dos diagnósticos, resultados e intervenções foi utilizada a Taxonomia II da NANDA e as ligações entre NANDA, NOC E NIC. Foram identificados 11 diagnósticos de enfermagem, sendo os mais frequentes: Padrão respiratório ineficaz; náusea; intolerância à atividade; nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais; conhecimento deficiente sobre as medidas preventivas, controle, tratamento e autocuidado; hipertermia; fadiga; integridade da pele prejudicada; falta de adesão; isolamento social. A partir destes, foram estabelecidos os resultados esperados e intervenções de enfermagem para compor o plano de cuidados. Conclui-se que é possível elaborar um instrumento para a sistematização da assistência de enfermagem a pacientes portadores de tuberculose, com o intuito de melhorar a qualidade e garantir a continuidade do cuidado de enfermagem.

**Palavras-Chave:** Enfermagem, Tuberculose, Sistematização do cuidado.

**RAFAELLE LOPES DE OLIVEIRA. Assistência de enfermagem ao paciente portador de tuberculose em unidade básica de saúde: elaboração de instrumento**, 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Ceará, Ceará, 82p.

### **ABSTRACT**

Tuberculosis continues to receive special attention from health professionals and society as a whole. The role of nurses is particularly important in the implementation of actions to control the disease. It is known that the customer treatment suffers stigma and is subject to various physical and psychological changes. Therefore, the possibility of a more organized and targeted monitoring could minimize such consequences, ensuring greater compliance. In this context it is the need to collaborate to implement the Care System Nursing. The study aimed to: identify the nursing diagnoses in patients with tuberculosis; create an instrument for systematization of nursing care. This was a descriptive, exploratory study. Was performed on a Unit Primary Health Care, linked to Government of Fortaleza - Ceará. The population consisted of 13 patients undergoing treatment. Data collection was conducted in February 2014. Information collected for phase identification of nursing diagnoses had as its starting point an instrument prepared by the Ministry of Health as a basis for the construction of diagnoses, outcomes and interventions was used to NANDA Taxonomy II and the links between NANDA, NIC and NOC. 11 nursing diagnoses were identified, the most common being: Ineffective breathing pattern; nausea; activity intolerance; imbalanced nutrition: less than body requirements; poor knowledge about preventive measures, control, treatment and self-care; hyperthermia; fatigue; Impaired skin integrity; noncompliance; social isolation. From these, the expected outcomes and nursing interventions were established to make the care plan. We conclude that it is possible to develop an instrument for systematization of nursing care to patients with tuberculosis, in order to improve quality and ensure continuity of nursing care.

**Keywords:** Nursing, Tuberculosis, systematization of care

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	08
1.1.1	Processo de enfermagem	08
1.2	Tuberculose	09
1.3.	Tratamento Diretamente Observado e Sistematização da Assistência	11
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	13
2.1	Geral	13
2.2	Específicos	13
<b>3</b>	<b>REFERÊNCIAL TEÓRICO</b>	14
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	19
4.1	Natureza do estudo	19
4.2	Local da Pesquisa	19
4.3	População e amostra	20
4.4	Coleta de dados	20
4.5	Análise, organização e interpretação dos dados	21
4.6	Aspectos éticos legais	22
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	24
5.1	Caracterização dos sujeitos	24
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	39
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	44
	<b>REFERÊNCIAS</b>	46
	<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	49
	<b>APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DA REALIZAÇÃO DO PROJETO</b>	51
	<b>APÊNDICE C – PLANO DE CUIDADOS AO PACIENTE</b>	52
	<b>ANEXO A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS</b>	63
	<b>ANEXO B – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA</b>	72

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Processo de Enfermagem

A ciência da enfermagem está baseada numa ampla estrutura teórica e o processo de enfermagem é um método, através do qual essa estrutura é aplicada à prática da enfermagem. A participação do cliente nesse processo é de fundamental importância, pois oferece subsídios para o levantamento e validação dos dados, expressando seus reais problemas, procurando realizar troca de informações, de expectativas e de experiências. Assim, será possível desenvolver um plano de cuidados mais adequado e estabelecer resultados atingíveis (GOUVEIA e LOPES, 2004).

O enfermeiro ao lançar mão da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) proporciona um espaço para expressão/captação das necessidades, colaborando para a resolução de problemas de sua competência e articulação com outros setores, profissionais ou estruturas de apoio (MARQUES, 2012).

A enfermagem brasileira tem avançado nas pesquisas em relação ao processo de enfermagem tanto no ensino quanto na implementação e aplicabilidade. Entretanto, muitas instituições de saúde ainda não adotaram esse método de assistência, já que o conhecimento teórico-prático dos enfermeiros sobre o mesmo tem se mostrado deficiente.

Dentre as etapas da sistematização, está a identificação dos diagnósticos de enfermagem e suas possíveis intervenções. Uma das classificações diagnósticas de Enfermagem é a Taxonomia II da NANDA Internacional, e para a classificação dos resultados e intervenções de Enfermagem tem-se a Nursing Outcomes Classification (NOC) e Nursing Interventions Classification (NIC), respectivamente.

O estabelecimento do DE é uma atribuição exclusiva do enfermeiro e a sua execução, além de proporcionar melhores condições de planejamento e qualificação do cuidado ofertado, melhora a comunicação entre os enfermeiros e entre os mesmos e a equipe multiprofissional, o que contribui para o desenvolvimento da profissão.

A etapa diagnóstica refere-se à análise e interpretação dos dados coletados. A utilização do diagnóstico de enfermagem vem trazendo à prática assistencial algumas vantagens, tais como: a abordagem holística do paciente, a obtenção de um corpo de conhecimento próprio, a busca por uma melhor qualidade da assistência e o favorecimento do

aprimoramento contínuo do enfermeiro. Portanto, o enfermeiro, ao utilizar o processo de enfermagem enfocando o diagnóstico, passa a ter subsídios para as suas intervenções.

O diagnóstico de enfermagem compreende uma das fases do processo de enfermagem, que deve ser fundamentado em um julgamento clínico de evidências, exigindo do enfermeiro competências nos domínios intelectual, interpessoal e técnico, uma vez que dão subsídios à escolha das intervenções e projeção dos resultados (HERDMAN, 2012). Portanto, considerando a utilização de diagnósticos na prática do enfermeiro, julga-se importante que este aspecto seja tratado junto a um grupo específico da população assistida pelo enfermeiro, portadores de tuberculose.

## **1.2 Tuberculose**

Desta forma, quanto à tuberculose (TB), esta continua a merecer especial atenção dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo. Ainda obedece a todos os critérios de priorização de um agravo em saúde pública, ou seja, de grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade.

Apesar de já existirem recursos tecnológicos capazes de promover seu controle, ainda não há perspectiva de obter, em futuro próximo, sua eliminação como problema de saúde pública, a não ser que novas vacinas ou medicamentos sejam desenvolvidos. Além disso, a associação da tuberculose com a infecção pelo HIV e a emergência e propagação de cepas resistentes representam desafios adicionais em escala mundial (BRASIL, 2011).

A tuberculose é, certamente, uma das mais antigas doenças que afligem a humanidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que ocorram no mundo cerca de 8 a 9 milhões de casos novos por ano e ao redor de 3 milhões de óbitos pela doença. Para o Brasil, estima à incidência de 124 mil casos por ano (BRASIL, 2006).

A tuberculose continua sendo mundialmente um importante problema de saúde, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o seu controle, considerando aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública.

O Brasil é um dos 22 países priorizados pela OMS que concentram 80% da carga mundial de tuberculose. Apesar dos indicadores animadores em relação à tendência de queda da incidência e da mortalidade por tuberculose no Brasil, seus números absolutos ainda

causam indignação e trazem um desafio grandioso. São mais de 70 mil casos novos e o número de óbitos ultrapassa a cifra de 4,5 mil a cada ano (BRASIL, 2011).

O Brasil reduziu de 73.673 para 70.601 o número de casos novos de tuberculose entre 2008 e 2010. Assim a taxa de incidência (número de pacientes por 100 mil habitantes) baixou de 38,8 para 38,0. Há duas décadas, em 1990, a incidência da doença era de 56 casos por 100 mil hab. E a mortalidade de 3,6 por 100 mil. Até 2015, os indicadores devem chegar a 28/100.000 e 1,8/100.000, respectivamente, alcançando a meta de reduzir em 50% a taxa de incidência e mortalidade, em relação a 1990. A tuberculose é a quarta causa de óbitos por doenças infecciosas e a primeira entre pessoas que vivem com HIV/AIDS. (BRASIL, 2011)

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) registrou em 2010, 87.244 novos casos de TB em todo o país, sendo que devido à subnotificação e a semelhança sintomática com outras patologias do trato respiratório, as estimativas anuais de 100 mil novos casos foram confirmadas. O Brasil fica colocado atualmente na 17ª posição no *Ranking Internacional da Tuberculose* (BRASIL, 2011).

Em 315 dos 5.565 municípios brasileiros estão concentrados 70% dos casos (WHO, 2009). A incidência entre homens é o dobro daquela entre mulheres. As populações mais vulneráveis são compostas por indígenas (incidência quatro vezes maior do que a média nacional); portadores de HIV (30 vezes maior); presidiários (40 vezes maior); e moradores de rua (60 vezes maior). No entanto há ocorrência em todos os seguimentos da sociedade; independente da renda ou escolaridade (BRASIL, 2009).

Em 2010, o Estado do Ceará notificou 3.456 casos novos de TB, apresentando uma taxa de incidência de 40,9/100.000 habitantes. A capital do estado, Fortaleza, apresentou taxa de incidência entre os casos novos de 68,3/100.000 habitantes. Nos últimos 10 anos, esse indicador vem apresentando tendência de queda, semelhante à taxa de incidência do Brasil (BRASIL, 2011).

Em relação à taxa de mortalidade, em 2009, o estado apresentou 3,2/100.000 habitantes e a capital, 5,3/100.000 habitantes. Em 2010, 64,5% dos casos novos de TB realizaram Tratamento Diretamente Observado (TDO) no SINAN. Avaliando o encerramento dos casos, em 2009 o estado obteve 69,9% de cura e 8,4% de abandono entre os casos novos de TB. A meta é alcançar 85% de cura e menos de 5% de abandono (BRASIL, 2011).

No plano político, o Ministério da Saúde tem tido decisiva atuação no combate e controle da TB. Desde 2003, elegeu a tuberculose como problema prioritário de saúde pública

a ser combatido. Para além das medidas técnico-administrativas, ampliou o orçamento do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) em mais de 14 vezes, quando comparado ao ano de 2002, e tem estimulado firmemente a organização e a participação da sociedade civil no controle social da tuberculose (BRASIL, 2011).

### **1.3 Tratamento diretamente observado e sistematização da assistência**

No plano técnico, o MS ampliou e qualificou a equipe do PNCT viabilizando uma ativa participação de seus técnicos em todo o território nacional e em foros internacionais de decisão e adotou cada um dos elementos da estratégia do *Stop TB*, a começar pelo seu primeiro elemento que trata da implementação do tratamento diretamente observado (TDO) (BRASIL, 2011).

Além do TDO, o Ministério da Saúde tem se pautado pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde, promovendo a articulação entre diferentes programas que possam contribuir para o controle da endemia no País, particularmente no combate à co-infecção Tuberculose – TB/Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV e na promoção do acesso às populações mais vulneráveis aos serviços de saúde, sempre na perspectiva da descentralização das ações de controle da tuberculose, com ênfase absoluta na atenção básica (BRASIL, 2011).

Para que a descentralização possa avançar com a garantia da qualidade do serviço, é fundamental o envolvimento de todos os profissionais de saúde em equipes multidisciplinares, nas quais a participação de cada um é parte indispensável para o sucesso das ações. Desta forma, o desenvolvimento das atividades em equipe e com foco no usuário é o elemento-chave para o alcance das metas e a superação dos desafios.

Nesse cenário, o papel da enfermagem, categoria fundamental para a condução das intervenções de saúde pública no país, adquire especial importância na execução das ações de controle da tuberculose e, por isso, o Ministério da Saúde elaborou em 2011 uma edição de um protocolo específico (TDO na atenção básica - protocolo de enfermagem) para as atividades do enfermeiro no âmbito da atenção básica, reconhecendo a importância da sistematização do trabalho da enfermagem como metodologia fundamental para garantir a supervisão de todo tratamento e evitar intercorrências.

Sabe-se que o cliente em tratamento para tuberculose ainda sofre do estigma e está sujeito a várias alterações físicas e psicológicas. Portanto, a possibilidade de um acompanhamento mais organizado e direcionado poderia minimizar tais consequências,

assegurando uma maior adesão ao tratamento. A sistematização da assistência de enfermagem é relevante para organização do acompanhamento e da conduta de tais pacientes.

O objetivo da assistência de enfermagem para o paciente com tuberculose é acompanhá-lo e a sua família durante todo o tratamento, possibilitando identificar e monitorar os efeitos adversos, complicações decorrentes e algum fator que possa influenciar o abandono, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e tratamento. Os registros realizados atualmente, na prática, dependem muito tempo, por falta de uma sistematização adequada, uma vez que são realizados de forma descritiva e aleatória e não permitem uma organização dos dados. Desta forma, houve interesse em buscar a elaboração de um instrumento que pudesse sistematizar o trabalho realizado pelo enfermeiro.

Neste contexto, considerou-se a necessidade de colaborar para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), uma vez que, possivelmente, se fará o instrumento de comunicação que efetivará as atividades do enfermeiro para assistir o paciente, promovendo subsídios para o planejamento, coordenação e avaliação das suas ações.

A temática escolhida para o presente estudo deve-se ao fato da pesquisadora trabalhar há oito anos como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde da Família e ser uma das enfermeiras responsáveis pelo TDO na unidade, além da afinidade pelo tema.

Ademais, espera-se que os resultados desse trabalho tenham relevância na melhoria da assistência ao paciente com tuberculose, melhore os registros, as questões operacionais das ações de controle, possa otimizar o serviço, aumente a taxa de adesão ao tratamento, de cura e fomenta a promoção da saúde na comunidade.

Diante do exposto, considera-se que a SAE possivelmente favorecerá o melhor desenvolvimento das consultas de enfermagem no sentido de elevar a qualidade no atendimento ao paciente portador de tuberculose.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- Construir um instrumento para a sistematização da assistência de enfermagem de portadores de tuberculose em uma unidade básica de saúde da família.

### **2.2 Específicos**

- Identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes;
- Elaborar um instrumento para a sistematização da assistência de enfermagem a partir dos diagnósticos de enfermagem identificados.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

A partir da declaração da OMS que a Tuberculose era uma emergência em todo o planeta iniciou-se uma estratégia denominada Tratamento Diretamente Observado – TDO, que logo foi implementada e passou a ser uma poderosa arma no controle dos doentes com tuberculose e na administração dos medicamentos. Em 1999 o Brasil adotou esta estratégia através do PNCT e exigiu que o país se adequasse estruturalmente para que houvesse um suporte de qualidade e rápido aos casos de TB, desde seu diagnóstico, na disponibilidade dos fármacos até o acompanhamento integro e diagnóstico final de cura (DAVID, 2007).

No Brasil, com o TDO, o paciente recebe a medicação, lanche, cesta básica e auxílio-transporte, além da tomada do medicamento ser observada por um funcionário do serviço de saúde. A melhor forma de implantar a supervisão do tratamento deve ser decidida no nível local, segundo a realidade da comunidade envolvida, os recursos disponíveis e a aceitação do paciente nesse processo (ALBUQUERQUE, 2007).

A estratégia do TDO tem mostrado uma melhora nos índices de abandono de tratamento, sobretudo por garantir que o cliente bacilífero tenha continuidade na adesão e, se o mesmo desistir ou negligenciar, os profissionais de saúde tem a capacidade de notar precocemente e agir neste problema. Apesar do aparente bom resultado que o TDO pode trazer, os fatores sociais ainda prevalecem de forma ímpar no abandono do mesmo, como o analfabetismo, escolaridade baixa e falta de informação ao tratamento, que ainda são barreiras a se conquistar na luta contra a patologia (ALBUQUERQUE, 2007)

Durante muitas décadas, na maioria das instituições de saúde, inexistia ou não era utilizado um método para sistematizar a assistência de enfermagem. Com o tempo, os enfermeiros sentiram necessidade de criar uma forma para sistematização dos cuidados. No Brasil, iniciou na década de 70, com Wanda Horta de Aguiar, a teoria das necessidades humanas básicas e o desenvolvimento do processo de Enfermagem como forma de aplicação da teoria na prática (DOMINGUES; AMESTOY e SANTOS, 2006).

O processo de enfermagem (PE) é a metodologia utilizada para sistematizar e organizar a assistência de enfermagem, com vistas à otimização do cuidado e ao atendimento das necessidades do paciente, família e comunidade (MARQUES, 2012).

As fases do processo de Enfermagem são definidas como: - Histórico de enfermagem (coleta de dados) - processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas que têm por finalidade a obtenção de informações

sobre a pessoa, família ou coletividade humana. Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados. Planejamento de Enfermagem – é a determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas. Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem. Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem (GOUVEIA e LOPES, 2004).

A aplicação do processo de enfermagem vem contribuindo para o desenvolvimento de sistemas de classificação de enfermagem para os elementos da prática profissional, como a Taxonomia e Diagnóstico de enfermagem da NANDA Internacional, a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC), o Sistema Omaha, a Classificação dos Cuidados Domiciliares de Saúde (HHCC), e a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE®), que tem o seu desenvolvimento e aprimoramento coordenado pelo *International Council of Nurse* (ICN) (Conselho Internacional de Enfermeiras – CIE).

O termo diagnóstico de enfermagem é definido pela NANDA como “um julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade com relação a problemas de saúde reais ou potenciais/ processos de vida que fornecem a base para uma terapia definitiva que busca alcançar resultados nos quais a enfermagem é necessária” (NANDA, 2012).

Dentre os sistemas de classificação de diagnósticos de enfermagem, o da *NANDA Internacional* é um dos mais divulgados e aplicados mundialmente. Este sistema oferece uma linguagem padronizada a ser utilizada no processo e no produto do raciocínio e julgamento clínico acerca dos problemas de saúde ou dos processos vitais (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

O processo intelectual de formulação de um diagnóstico de enfermagem exige objetividade, pensamento crítico e tomada de decisão. Desta forma, o processo diagnóstico implica uma análise profunda das necessidades básicas afetadas do cliente, atendidas pelo enfermeiro, configurando atividade básica planejada, crítica e científica. Vários fatores

influenciam a competência do enfermeiro em diagnosticar e, conseqüentemente, interferem no processo diagnóstico. A capacidade de observação, as habilidades em reunir e interpretar dados, os conhecimentos básicos, as habilidades intelectuais, as experiências passadas, a intuição, o referencial teórico adotado, entre outros, são exemplos de fatores que podem ser citados (GUEDES, 2011).

Na implementação do processo de enfermagem, em especial o diagnóstico de enfermagem, o que se tem enfrentado são dificuldades igualitárias, independentes da instituição em que o processo se estabeleça. Existem, obviamente, as particularidades de cada instituição, mas no contexto geral a problemática se repete (FRANÇA *et al*, 2007).

Em várias experiências teórico-práticas, a implantação do Processo de Enfermagem tem sido lenta e difícil. Há resistência dos enfermeiros e isto deve-se muitas vezes à falta de experiência prévia em outros serviços, à visão de que o processo seja complexo, demande muito tempo e que por isso não seja factível na prática diária (FRANÇA *et al.*, 2007).

Estudos em populações e situações clínicas específicas são de grande valia, uma vez que a inferência diagnóstica acurada aumenta a efetividade dos cuidados ao prescrever ações de enfermagem específicas e orientadas à resolução e/ou controle dos problemas identificados (ESPÉRON; SÁNCHEZ, 2002).

Carpenito-Moyet (2004) define diagnóstico como o estudo cuidadoso e crítico de algo, para a determinação de sua natureza. A questão não é se os enfermeiros devem diagnosticar, mas o que podem diagnosticar. O diagnóstico de enfermagem é visto como um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem proporciona a base para a seleção das intervenções de enfermagem, visando a alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.

Conforme Brunner e Suddarth (2012), os diagnósticos de enfermagem são problemas atuais ou potenciais do paciente passíveis de resolução pelas ações independentes da enfermagem.

De acordo com a NANDA (2012), fazer um diagnóstico de enfermagem requer análise, síntese e acurácia ao interpretar e fazer com que dados clínicos complexos tenham sentido. Esse processo de pensamento crítico permite ao enfermeiro tomar decisões quanto

aos resultados esperados do paciente a as intervenções necessárias para ajudar a obter esses resultados.

Os diagnósticos de enfermagem da NANDA criam uma linguagem padronizada que reflete a complexidade e a diversidade da prática de enfermagem, tornando as experiências dos pacientes compreensíveis para todos os membros da equipe de saúde da família.

Em 1987 foi elaborada a NIC (Classificação das Intervenções de Enfermagem) na Universidade de Iowa, criando uma linguagem padronizada abrangente que nomeia e descreve as intervenções que os profissionais de enfermagem executam na prática clínica em resposta a um diagnóstico de enfermagem, voltada para a NANDA. A primeira edição foi elaborada em 1992 com 336 intervenções. A estrutura taxonômica foi validada e codificada, incluindo aspectos psicossociais e fisiológicos com intervenções direcionadas a tratamento de doenças, prevenção e promoção da saúde. Tal classificação já é reconhecida internacionalmente (JONHSON M. *et al*, 2009).

Segundo a NIC, a intervenção de enfermagem é “qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente” (NIC, 2008). As intervenções NIC estão relacionadas aos diagnósticos de enfermagem da NANDA. Ou seja, as intervenções encontradas estarão sempre associadas a um correspondente nos diagnósticos de enfermagem.

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) tem como propósitos: realização de documentação clínica; comunicação acerca do cuidado realizado, quer entre profissionais ou quer entre os diversos setores que o paciente percorre durante a atenção à saúde; agregação de informações em pesquisas e em bases de dados relacionados; avaliar a produtividade em termos da relação custo benefício da intervenção de enfermagem; inclusão nos currículos de formação de profissionais de enfermagem (JONHSON M. *et al*, 2009).

Ainda de acordo com o mesmo autor, para selecionar uma intervenção de enfermagem deve-se observar o resultado esperado do paciente, as características definidoras do diagnóstico de enfermagem, a base de pesquisa associada com a intervenção, a viabilidade para realizar a intervenção, a aceitação da intervenção pelo paciente, e a capacidade (física, intelectual e legal) do profissional para executá-la.

Em 1991 foi elaborado o Nursing Outcomes Classification – NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem) na Universidade de Iowa, Estados Unidos. É uma

classificação abrangente e padronizada de resultados da clientela (indivíduo, família ou comunidade) que são influenciados pela execução de intervenções de enfermagem, tanto as do campo de ação independente quanto as do campo de ação interdependente (JONHSON M. ET AL, 2009).

O NOC apresenta em sua estrutura sete domínios: saúde funcional; saúde fisiológica; saúde psicossocial; conhecimento e comportamento de saúde; saúde percebida; saúde da família; saúde da comunidade (JONHSON M. ET AL, 2009).

Os resultados de enfermagem descrevem o estado; os comportamentos e as percepções ou sentimentos do cliente em resposta ao cuidado que lhe foi prestado. Os resultados são diretamente influenciados pelas as intervenções de enfermagem, ações de outros profissionais, variáveis organizacionais e ambientais, circunstâncias específicas do paciente, entre outras (JONHSON M. *et al.*, 2009).

No contexto apresentado, percebe-se a importância do enfermeiro no cuidado ao paciente portador de tuberculose, e verifica-se a importância da construção de um instrumento que possa tornar este cuidado mais específico e efetivo.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Natureza do Estudo**

Tratou-se de um estudo descritivo e exploratório para a elaboração de um instrumento de sistematização da assistência de enfermagem. A pesquisa descritiva visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática (GIL, 2009).

Os estudos exploratórios são aqueles que permitem ao investigador aumentar a sua experiência, aprofundando seu estudo e adquirindo um maior conhecimento a respeito de um problema. Podem ainda servir para levantar possíveis problemas de pesquisa (GIL, 2009).

### **4.2 Local da Pesquisa**

A Pesquisa foi realizada em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, pertencente a Regional VI, vinculada a Prefeitura Municipal de Fortaleza-Ceará. A opção pela referida instituição deve-se aos seus indicadores revelarem grande demanda de pacientes com tuberculose, além de ser um local no qual a pesquisadora já tem proximidade com os pacientes por trabalhar na referida Instituição.

O serviço investigado oferece atendimento de unidade básica de saúde com profissionais, sendo composta por cinco equipes da Estratégia de Saúde da Família e especialistas em ginecologia e obstetrícia, clínica médica, pediatria e alergologia, cardiologia, além da equipe de professores da Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

Os pacientes, ao chegar à unidade, são acolhidos por uma equipe multiprofissional durante todo o dia onde se atende além dos casos confirmados, os sintomáticos respiratórios. Para os sintomáticos respiratórios, a baciloscopia é solicitada durante o acolhimento, e agenda-se a consulta médica para possível início do tratamento de tuberculose. Após o diagnóstico, esse paciente fica sendo acompanhado semanalmente pela equipe de enfermagem com realização de tratamento supervisionado (TDO). Tal procedimento objetiva garantir, o diagnóstico precoce e aumentar a adesão ao tratamento.

### **4.3 População e amostra**

A População do estudo foi de 13 pacientes portadores de tuberculose, sendo o total de pacientes em tratamento na Unidade de saúde, no período da coleta de dados. A amostra foi constituída pelos pacientes que estivessem em conformidade com os critérios de inclusão a seguir citados:

- Pacientes adolescentes e adultos;
- Possuir registro completo de seu acompanhamento no prontuário e/ou fichas do SINAN e/ou outros documentos de coleta de dados para tuberculose do serviço;
- Estar em tratamento para tuberculose nos meses de fevereiro, março e abril de 2014 em qualquer esquema de tratamento;
- Estar participando do tratamento supervisionado realizado pela equipe de enfermagem semanalmente no serviço;
- Não possuir patologias clínicas (como doença mental) que interferissem no consentimento do participante bem como na coleta de dados;

Foram critérios de exclusão:

- Os pacientes que realizaram abandono;
- Os pacientes que estavam em tratamento, mas não eram acompanhados no tratamento supervisionado pela equipe de enfermagem.

Considerando os aspectos mencionados anteriormente, a amostra foi composta por 13 pacientes.

### **4.4 Coleta de dados**

A fase de coleta dos dados foi realizada em fevereiro de 2014. Durante o TDO, numa sala específica e reservada para tal tratamento, realizado semanalmente na unidade de saúde, local do estudo, informações foram coletadas, foram identificados os principais problemas, queixas, fatores relacionados, identificados os diagnósticos de enfermagem e planejadas/elaboradas as intervenções de enfermagem.

Os dados foram coletados para a fase de identificação dos diagnósticos de Enfermagem a partir de um instrumento elaborado pelo Ministério da Saúde em 2011,

intitulado TDO da Tuberculose na Atenção Básica: Protocolo de Enfermagem. Esse instrumento de coleta de dados (ANEXO A) contém dados pessoais, hábitos de vida, exame físico, avaliação diagnóstica e tratamento terapêutico. Foi aplicado junto aos clientes portadores de tuberculose durante o acompanhamento dos mesmos na Unidade de Saúde.

Percebe-se a necessidade de criação de um novo instrumento mais rápido e objetivo para utilização na prática, que possa ser aplicado a nossa realidade. Este instrumento foi elaborado como proposta para ser posteriormente utilizado, juntamente com o plano de cuidados, na nossa unidade de saúde.

O novo instrumento elaborado contém dados importantes para realização do histórico de enfermagem, tais como: dados de identificação, história da doença atual, hábitos, uso de álcool/outras drogas, história familiar/interação familiar e social, exame físico, nutrição, eliminações, atividade/repouso, sono/vigília e adesão/dificuldades. (histórico de enfermagem - APÊNDICE C)

Após a coleta de dados, foram identificados os diagnósticos de enfermagem e planejadas as intervenções e resultados que formaram um instrumento adequado para nossa realidade, sistematizando a assistência a esses pacientes com tuberculose. Para tanto, utilizou-se como sistema de classificação para uma linguagem padronizada dos diagnósticos de enfermagem a taxonomia II da NANDA-I (NANDA, 2012), para as intervenções de enfermagem, a classificação da NIC (JOHNSON, *et al.* 2009) e para os resultados a Classificação dos Resultados de Enfermagem da NOC (JOHNSON, *et al.* 2009).

Assim foi tido como propósito produzir um instrumento - plano de cuidados - adequado, eficiente e de qualidade para esses pacientes.

#### **4.5 Análise, Organização e Interpretação dos dados**

Os dados foram registrados utilizando-se a transcrição dos achados nos formulários de coleta dos pacientes e submetidos ao processo de análise de acordo com a literatura pertinente, e realizada análise qualitativa para a identificação dos diagnósticos de enfermagem, verificando aqueles que se repetiam nos pacientes abordados para, posteriormente, serem trabalhadas as intervenções de enfermagem para cada um dos diagnósticos. Após análise e discussão dos dados, foi elaborado um instrumento, com

Histórico de enfermagem, diagnósticos, metas/resultados e intervenções, que poderá ser utilizado posteriormente pelos profissionais de Enfermagem da Unidade de Saúde, alvo do estudo, no atendimento e acompanhamento desses pacientes com tuberculose.

Vale ressaltar que para que a utilização possa ser efetivada, outros aspectos devem ser realizados, como a validação do instrumento. Mesmo antes de esta validação acontecer, o instrumento produzido neste estudo será apresentado a outro enfermeiro, responsável técnico pelo programa de tuberculose e que também atua no TDO da unidade local do estudo, para avaliação do mesmo.

#### **4.6 Aspectos éticos legais**

As pesquisas que envolvem seres humanos, além cumprir as exigências éticas gerais de toda atividade científica e aquelas ligadas à ética profissional da área de atuação profissional do pesquisador, devem atender ainda a aspectos éticos específicos, tais como estão especificados em Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (POLIT, 1995).

As Resoluções específicas exigem que se cumpram aspectos éticos fundamentais na pesquisa com indivíduos, grupo ou comunidade, mediante o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa, ponderação entre riscos e benefícios, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos, da garantia de que danos preveníveis serão evitados e relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos participantes (POLIT, 1995).

Para garantir a autonomia dos sujeitos da pesquisa, foi esclarecido o fato de a participação ser espontânea, foi dado o direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento e que as informações colhidas tinham propósitos acadêmicos. Os sujeitos autorizaram sua participação na pesquisa, pela anuência aposta em termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A). Foi assegurado o anonimato dos participantes.

A não-maleficência foi assegurada com o comprometimento de se promover um ambiente agradável para os sujeitos, além de esclarecer as perguntas, em caso de dúvida, sem, contudo, contribuir para qualquer indução. A pesquisa envolveu riscos mínimos para os participantes, como por exemplo algum constrangimento, mas que poderia ser sanado pela própria pesquisadora, já que a mesma já possui vínculo profissional-paciente. No entanto, não houve nenhuma necessidade de intervenção.

Este projeto, inicialmente, foi encaminhado para avaliação e autorização da Coordenação da Instituição. Após assinatura da carta de anuência, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) para avaliação e parecer.

Foram respeitadas as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que rege as pesquisas envolvendo seres humanos.

## 5 RESULTADOS

Foram abordados, no estudo, 13 pacientes portadores de tuberculose que realizavam atendimento na Unidade de Saúde estabelecida. A seguir serão apresentados os resultados obtidos.

### 5.1 Caracterização dos sujeitos

**Tabela 1 – Distribuição dos participantes segundo perfil sócio-demográfico. Fortaleza-CE. 2014**

<b>Idade</b>	<b>F</b>	<b>F%</b>
12 – 19	01	7,7
20 – 34	04	30,8
35 – 49	04	30,8
Acima de 50	04	30,8
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>
<b>Gênero</b>	<b>F</b>	<b>F%</b>
Masculino	08	61,5
Feminino	05	38,5
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>
<b>Ocupação</b>	<b>F</b>	<b>F%</b>
Desempregado	05	38,5
Aposentado	02	15,4
Operador de loja	02	15,4
Do lar	01	7,7
Serviço geral	01	7,7
Estudante	01	7,7
Geólogo	01	7,7
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>
<b>Escolaridade</b>	<b>F</b>	<b>F%</b>
Não alfabetizado	01	7,7
Ensino fundamental	06	46,1
Ensino médio	05	38,5
Nível superior	01	7,7
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

Conforme se verifica na tabela 1, em relação à faixa etária dos pacientes, a maior frequência era de indivíduos a partir de 20 anos de idade. Quanto ao gênero entre os pacientes com tuberculose, houve predomínio do sexo masculino. Em relação à ocupação, chama-se atenção a 38,5% dos pacientes desempregados. Apenas um paciente (7,7%) com nível superior, tendo como profissão geólogo. Dois dos pacientes já se encontravam aposentados, um paciente estudante, uma paciente do sexo feminino com profissão Do lar. E apenas três pacientes com vínculo empregatício, sendo dois operadores de loja e um trabalhando em serviço geral. Quanto à escolaridade observa-se que apenas um paciente apresentava nível superior e que a maioria dos pacientes tinha apenas o ensino fundamental.

**Tabela 2 – Distribuição dos participantes segundo os tipos de diagnósticos médicos estabelecidos. Fortaleza-CE. 2014**

Tipo de TB	F	F%
Pulmonar	08	61,5
Pleural	04	30,8
Mamária	01	7,7
TOTAL	13	100%

Com relação ao tipo de tuberculose, 61,5% dos pacientes estavam em tratamento para tuberculose pulmonar, 30,8% dos pacientes em tratamento para tuberculose pleural e 7,7% dos pacientes em tratamento para tuberculose mamária. Observa-se, então, uma maior frequência de pacientes com tuberculose pulmonar neste estudo.

**Tabela 3 – Distribuição dos participantes segundo os agravos associados à doença\*. Fortaleza-CE. 2014**

AGRAVOS ASSOCIADOS	Nº	%
Fumante	04	30,8
Alcoolismo	04	30,8
Drogadição	04	30,8
Asma	01	7,7
Diabetes	01	7,7
Sem agravos	04	30,8

\*Alguns pacientes apresentaram pelo menos dois agravos distintos

Observa-se no estudo o grande percentual de pacientes que fazem uso de drogas e/ou álcool. Dos 4 pacientes fumantes, dois eram alcoólatras e um era usuário de crack e outras drogas. Com relação aos quatro pacientes usuários de drogas, um era fumante e também se denominava alcoólatra. Ainda com relação aos usuários de drogas, os quatro pacientes relatam o uso de pelo menos dois tipos de drogas, tais como maconha e crack.

Quatro dos pacientes do estudo, não relataram nenhum agravo. Um paciente era portador de Diabetes Mellitus tipo 2 e fazia tratamento e acompanhamento na unidade para a patologia em questão. E um paciente relatou ser asmático e também ser acompanhado na unidade de saúde para essa outra patologia.

No estudo, identificam-se também os sinais e sintomas que aparecem como predominantes e os fatores de risco que tornam os pacientes portadores de tuberculose mais vulneráveis para alguns diagnósticos de enfermagem (DE's). Assim, uma vez identificados os sinais e sintomas (características definidoras) bem como os fatores de risco a que estavam expostos estes pacientes, utiliza-se os mesmos como base para o estabelecimento dos possíveis DEs reais e de risco, conforme descrito pela taxonomia da NANDA International. A tabela 4 mostra os principais sinais, sintomas e fatores de risco encontrados.

**Tabela 4 – Distribuição dos participantes segundo os sinais, sintomas e fatores de risco. Fortaleza-CE. 2014**

Sinais/sintomas/FR	F	F%
Dispneia	07	53,8
Náusea	04	30,8
Fadiga	05	38,5
Tosse	08	61,5
Febre	04	30,8
Hiporexia	06	46,1
Perda de peso	06	46,1
Manifestações cutâneas	04	30,8
Dores articulares	02	15,4
Dor gástrica	02	15,4
Intolerância à atividade	05	38,5
Falta envolvimento dos membros da família	06	46,1
Isolamento social	03	23,1
Deficiência de conhecimento sobre doença e tratamento	03	23,1

Verifica-se no presente estudo, uma grande variedade de sinais, sintomas e fatores de risco para os pacientes em tratamento de tuberculose. Esses sinais e sintomas podem estar relacionados tanto a doença quanto aos efeitos adversos do tratamento. Houve uma maior frequência de tosse e dispneia (61,5% e 53,8% respectivamente). Em segundo lugar tivemos a hiporexia, termo usado para diminuição do apetite (46,1) e Falta de envolvimento dos membros da família, também com 46,1%.

Uma vez identificados os sinais, sintomas e fatores de risco, esses foram comparados com as características definidoras e problemas colaborativos relatados na literatura (NANDA, 2012). Assim, foram apresentados os principais diagnósticos de enfermagem e categorizados de acordo com sua frequência como mostra a tabela 5.

**Tabela 5 – Distribuição dos participantes segundo a presença dos diagnósticos de Enfermagem. Fortaleza-CE. 2014**

Diagnósticos de Enfermagem	F	F %
Nutrição desequilibrada: menos	10	76,9
Padrão respiratório ineficaz	07	53,8
Intolerância à atividade	05	38,5
Fadiga	05	38,5
Hipertermia	04	30,8
Náusea	04	30,8
Integridade da pele prejudicada	04	30,8
Dor aguda	04	30,8
Falta de adesão	03	23,1
Isolamento social	03	23,1
Conhecimento deficiente	03	23,1

Os diagnósticos apresentados na tabela anterior foram os 11 diagnósticos mais encontrados nos pacientes em tratamento para tuberculose. Observa-se que 76,9% dos pacientes apresentaram o diagnóstico: Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais. Outro diagnóstico que encontramos com maior frequência foi: Padrão respiratório ineficaz com 53,8% dos pacientes. A partir desses diagnósticos de enfermagem, elaborou-se um plano de cuidados com a sistematização da assistência de enfermagem para esses pacientes.

### **Sistematização da Assistência de Enfermagem para o Paciente com Tuberculose**

Após a coleta de dados, foram evidenciados e registrados 11 diagnósticos de enfermagem mais frequentes baseados nos critérios da NANDA (2012), as intervenções segundo NIC e os resultados segundo NOC (JONSON M. & COLS, 2009) de acordo com os diagnósticos encontrados. Elaborando-se assim a sistematização da assistência de enfermagem para esses pacientes.

**Diagnóstico de enfermagem 1:** Padrão respiratório ineficaz, que pode estar relacionada à secreção espessa, fadiga e precário esforço da tosse, e possivelmente evidenciadas por frequência, ritmo e profundidade anormais da respiração, sons respiratórios adventícios, uso de musculatura acessória para respirar e dispneia;

Definição: Inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada.

#### Intervenções de enfermagem:

- Aumentar a ingesta hídrica, para facilitar na fluidificação das secreções;
- A umidificação pode ser empregada para amolecer as secreções e melhorar a ventilação;
- Realizar drenagem postural, através de técnicas de tapotagem e manobras de expansão pulmonar como as respirações profundas com um espirômetro de incentivo para induzir a tosse e a expectoração;
- Estimular a tosse e expectoração;
- Observar a capacidade de tossir/expectorar muco eficazmente; documentar as características, quantidade do escarro, presença de hemoptise;

- Instruir e ajudar o paciente quanto às técnicas de contenção do tórax durante episódios de tosse e orientá-lo sobre a maneira correta de tossir;
- Ajudar o paciente a aumentar sua capacidade de tossir de forma efetiva para expectorar a secreção, evitando assim o acúmulo da mesma e a dispneia – fazer uma inspiração prolongada e tossir duas a três vezes na respiração;
- Remover secreções, encorajando tossir ou aspirando;
- Fisioterapia respiratória auxiliando o paciente para assegurar a permeabilidade das vias aéreas e adequada troca de gases;
- Avaliar a função respiratória, por exemplo, frequência, ritmo e profundidade, sons respiratórios anormais/diminuídos, esforço respiratório aumentado evidenciado pelo uso dos músculos acessórios, expansão torácica limitada e fadiga;
- Auscultar os campos pulmonares;
- Palpar quanto ao frêmito torácico;
- Monitorar o ritmo cardíaco;
- Monitorizar os sinais vitais;
- Investigar mudanças/deteriorização súbita no distúrbio, tal como aumento da dor torácica, sons cardíacos extras, febre recorrente e alterações na característica do escarro;
- Ensinar os pacientes a usar inaladores, prescritos, conforme adequado;
- Instruir o paciente acerca das medidas de higiene e cobrir a boca e o nariz quando tossir e espirrar;
- Monitorar e tratar as complicações potenciais;

Resultados esperados:

- Passagem aberta e limpa para a troca de ar com o ambiente

**Diagnóstico de enfermagem 2:** Náusea relacionada ao tratamento (Distensão gástrica, fármacos e irritação gástrica).

Definição: Uma sensação subjetiva desagradável, semelhante a uma onda, na parte de trás da garganta, no epigástrico ou no abdome, que pode levar ao impulso ou necessidade de vomitar.

Intervenções de enfermagem:

- Controle da náusea
- Monitorização nutricional
- Controle de medicamentos/Administração de medicamentos
- Manutenção da saúde oral
- Monitorização hidroeletrólítica
- Planejamento da dieta
- Controle do vômito

Resultados esperados:

- Melhora do apetite
- Controle de náuseas e vômitos
- Melhora do estado nutricional, ingestão de alimentos e líquidos
- Ganho de peso
- Hidratação

**Diagnóstico de enfermagem 3:** Intolerância à atividade relacionada à função respiratória ineficaz, fadiga, estado nutricional alterado e febre;

Definição: Energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar atividade diária requerida ou desejada.

Intervenções de enfermagem:

- Encorajar o repouso adequado e equilibrado com a atividade moderada;
- Informar sobre as limitações na realização de atividades e a alternância destas com períodos de repouso para evitar a fadiga;
- Planejar um programa de atividade progressiva;
- Avaliar a resposta do paciente a atividade;
- Aumentar a ingesta hídrica, para facilitar na fluidificação das secreções;
- A umidificação pode ser empregada para amolecer as secreções e melhorar a ventilação;
- Realizar drenagem postural, através de técnicas de tapotagem e manobras de expansão pulmonar como as respirações profundas com um espiromêtro de incentivo para induzir a tosse e a expectoração;

- Avaliar quanto à dispnéia, taquipnéia, sons respiratórios anormais/diminuídos, esforço respiratório aumentado, expansão torácica limitada e fadiga;
- Fisioterapia respiratória auxiliando o paciente para assegurar a permeabilidade das vias aéreas e adequada troca de gases.
- Elaborar um plano nutricional que propicie refeições pequenas e frequentes, com alimentos ricos em proteínas e carboidratos;
- Encorajar um aumento da ingestão de proteína, ferro e vitamina C, quando adequado;
- Monitorizar o peso periodicamente; investigar anorexia, náusea/vômito e observar possível correlação com o medicamento;
- Monitorar a frequência / o ritmo cardíaco;
- Monitorizar os sinais vitais;
- Monitorizar presença e frequência de sons intestinais, assim como frequência, volume e consistência das fezes;
- Monitorar a temperatura e os horários em que ocorrem os episódios de febre;
- Administrar antitérmicos conforme prescrição médica;

Resultados esperados:

- Aptidão física (Capacidade para desempenhar atividades físicas com vigor)
- Autocuidado: Atividade da vida diária (Capacidade de desempenhar as tarefas físicas e as atividades de cuidados pessoais mais básicas, de forma independente, com ou sem ajuda de acessórios).
- Autocuidado: Atividades instrumentais da vida diária (Capacidade de desempenhar as tarefas necessárias ao funcionamento em casa ou na comunidade de forma independente, com ou sem ajuda de acessórios).
- Conservação da energia (Ações pessoais de controle da energia necessária para iniciar e manter uma atividade)
- Energia psicomotora (Vontade e energia para manter as atividades da vida diária, a nutrição e a segurança pessoal).
- Resistência (Capacidade de sustentar as atividades)
- Tolerância à atividade (Respostas fisiológicas e movimentos que consomem energia durante as atividades da vida diária)

**Diagnóstico de enfermagem 4:** Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, relacionada com a fadiga, tosse frequente, produção de escarro, dispneia e anorexia, evidenciada por perda de peso e sensação de paladar alterado;

Definição: ingestão de nutrientes insuficientes para satisfazer às necessidades metabólicas.

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar estado nutricional do paciente;
- Perguntar se o paciente tem alguma alergia alimentar;
- Confirmar as preferências nutricionais;
- Elaborar um plano nutricional que propicie refeições pequenas e frequentes, com alimentos ricos em proteínas e carboidratos, incluindo comidas secas e/ou alimentos que são do agrado do paciente;
- Monitorizar o peso periodicamente; investigar anorexia e náusea/vômito e observar possível correlação com o medicamento;
- Encorajar um aumento da ingestão de proteína, ferro e vitamina C, quando adequado;
- Garantir que a dieta inclua alimentos ricos em fibras, para evitar constipação;
- Monitorizar presença e frequência de sons intestinais, assim como frequência, volume e consistência das fezes;
- Observar relatos de náusea e de vômitos;
- Monitorizar os sinais vitais;
- Realizar drenagem postural, através de técnicas de tapotagem e manobras de expansão pulmonar como as respirações profundas com um espirômetro de incentivo para induzir a tosse com expectoração;
- Estimular a expectoração;
- Observar a capacidade de tossir/expectorar muco eficazmente; documentar as características, quantidade do escarro, presença de hemoptise;
- A umidificação pode ser empregada para amolecer as secreções e melhorar a ventilação;
- Avaliar quanto a dispnéia, taquipnéia, sons respiratórios anormais/diminuídos, esforço respiratório aumentado, expansão torácica limitada e fadiga;

Resultados esperados:

- Melhora do apetite
- Autocuidado: alimentação (Capacidade de preparar e ingerir alimentos de forma independente, com ou sem ajuda de acessórios).
- Melhora do estado nutricional (Extensão em que os nutrientes são disponibilizados para o atendimento das necessidades metabólicas)
- Melhora dos indicadores bioquímicos do estado nutricional (Componentes dos fluidos corporais e indicadores químicos do estado nutricional)
- Adequação do padrão de nutrientes e líquidos ingeridos
- Melhora da massa corporal (Congruência do peso do corpo, dos músculos e da gordura com a altura, a compleição, o gênero e a idade).

**Diagnóstico de enfermagem 5:** Conhecimento deficiente sobre as medidas preventivas, controle, tratamento e auto cuidado;

Definição: Ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico.

Intervenções de enfermagem:

- Observar a capacidade de tossir/expectorar muco eficazmente; documentar as características, quantidade do escarro, presença de hemoptise;
- Conscientizar o paciente que a ingestão das medicações de forma adequada é muito importante para o esquema de tratamento e para a prevenção da transmissão;
- Informar o paciente sobre os efeitos colaterais da medicação e a forma de minimizá-los;
- Instruir o paciente acerca das medidas de higiene e cobrir a boca e o nariz quando tossir e espirrar;
- Demonstrar e encorajar uma boa técnica de lavagem das mãos;
- Encorajar o repouso adequado e equilibrado com a atividade moderada;
- Discutir os aspectos debilitantes da doença;
- Instruir e modificar medidas de controle da dor com base na resposta do paciente;

- Orientar o paciente sobre a maneira correta de tossir;
- Informar sobre as limitações na realização de atividades e a alternância destas com períodos de repouso para evitar a fadiga;
- Revisar sinais/sintomas que exigem imediata avaliação clínica, por exemplo, dor torácica súbita, dispnéia/falta de ar, angustia respiratória progressiva;
- Revisar os significados das boas práticas de saúde, por exemplo, nutrição adequada, repouso, exercício;
- Ensinar os pacientes a usar inaladores, prescritos, conforme adequado;

Resultados esperados:

- Conhecimento: Comportamento de saúde (Compreensão sobre a promoção e a proteção da saúde)
- Conhecimento: Conservação da energia
- Conhecimento: Controle da doença (Compreensão sobre a doença tuberculose e prevenção das complicações)
- Conhecimento: Medicação (Compreensão sobre o uso seguro da medicação)
- Conhecimento: Controle do uso de substâncias (Compreensão sobre o uso de drogas, álcool ou tabaco).
- Conhecimento: Dieta (Compreensão da dieta recomendada)
- Conhecimento: Regime terapêutico (Compreensão sobre o regime de tratamento)

**Diagnóstico de enfermagem 6:** Hipertermia;

Definição: Temperatura do corpo elevada acima da variação normal.

Intervenções de enfermagem:

- Monitorizar os sinais vitais;
- Monitorar a temperatura e os horários em que ocorrem os episódios de febre;
- Orientar administração de antitérmicos conforme prescrição médica;

Resultados esperados:

- Termorregulação (Equilíbrio entre a produção, o aumento a perda de calor).

**Diagnóstico de enfermagem 7:** Fadiga relacionada a ansiedade, estados de doença, má nutrição.

Definição: Uma situação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual

Intervenções de enfermagem:

- Controle da nutrição
- Estimular atividades físicas;
- Promover a melhora do sono

Resultados esperados:

- Conservação da Energia (Ações pessoais de controle da energia necessária para iniciar e manter uma atividade)
- Energia Psicomotora (Vontade e energia para manter as atividades da vida diária, a nutrição e a segurança pessoal).
- Melhora do estado nutricional
- Resistência (Capacidade de sustentar as atividades)

**Diagnóstico de enfermagem 8:** Integridade da pele prejudicada relacionada ao uso de medicamentos

Definição: epiderme ou derme alterada

Intervenções de enfermagem:

- Monitorar a administração de medicamentos
- Supervisão da pele;
- Controle do prurido
- Cuidados com as lesões

Resultados esperados:

- Integridade tissular: pele e mucosas (Integridade estrutural e função fisiológica normal da pele e das mucosas)

**Diagnóstico de enfermagem 9:** Falta de adesão relacionada a duração do tratamento, falta de envolvimento de membros da família no plano de saúde, falta de conhecimento relevante para o comportamento de regime de tratamento.

Intervenções de enfermagem:

- Monitorar a administração de medicamentos
- Envolver os membros da família no plano de saúde;
- Esclarecimento sobre a doença e regime de tratamento

Resultados esperados:

- Adesão ao tratamento
- Paciente inserido no tratamento supervisionado na unidade de saúde- TDO
- Envolvimento dos membros da família no plano de saúde
- Conhecimento sobre a doença e regime terapêutico

**Diagnostico de enfermagem 10:** Isolamento social relacionado a doença, alterações na aparência física, bem estar alterado e afeto triste.

Definição: Solidão experimentada pelo individuo percebida como imposta por outros e como um estado negativo.

Intervenções de enfermagem:

- Aconselhamento
- Melhora da auto estima.
- Suporte emocional
- Suporte a família

Resultados esperados:

- Bom ambiente familiar e social (Apoio ambiental caracterizado pelo relacionamento e pelos objetivos dos membros da família)
- Apoio social (Disponibilidade percebida e real provisão de assistência confiável por parte de outras pessoas)
- Bem estar pessoal com melhora da percepção e do enfrentamento (Satisfação que o individuo manifesta com seu estado de saúde e circunstância da vida)
- Aumento da socialização (Interações sociais de um indivíduo com pessoas, grupos ou organizações).
- Equilíbrio do humor (Adaptação apropriada do tônus emocional predominante em resposta às circunstâncias).

**Diagnóstico de enfermagem 11:** Dor aguda relacionada a agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos e psicológicos).

Definição: Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial. Início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses.

Intervenções de enfermagem:

- Orientar a prescrição de medicamentos para controle da dor
- Administração de medicamentos
- Suporte emocional
- Redução da ansiedade
- Toque terapêutico
- Terapia simples de relaxamento

Resultados esperados:

- Controle da dor

A partir dos principais problemas encontrados no estudo elaborou-se um plano de cuidados com histórico de enfermagem e sistematizou-se a assistência com diagnósticos e suas respectivas intervenções de enfermagens e resultados esperados (APÊNDICE C).

Considera-se que os resultados encontrados nessa pesquisa são elementos importantes na avaliação dos pacientes em tratamento para tuberculose. Os dados também se constituem em fatores importantes a serem observados pelo enfermeiro para que se possa realizar uma boa evolução de enfermagem, instrumento de registro que favorece a qualidade do cuidado e implementação de intervenções que podem levar a resultados positivos de saúde. Intervenções essas direcionadas às necessidades reais ou potenciais desses pacientes, possibilitando a qualificação da assistência com cuidados mais precisos e eficientes.

## 6 DISCUSSÃO

Os dados sobre o perfil dos pacientes e os principais diagnósticos foram analisados e organizados sendo registrados utilizando-se a transcrição dos achados no formulário de coleta de dados e submetidos a análise de acordo com a literatura, NANDA, NIC E NOC, para obtenção de um plano de cuidados com histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, resultados e intervenções.

No Brasil, sem que se destaquem os pacientes internados por tuberculose, é maior a ocorrência da doença entre os 20 e 49 anos, com 63,70% (SNIDER JR, 1995). Na casuística deste estudo os dados foram consistentes com os que se observam no Brasil.

A prevalência da tuberculose na idade adulta é maior entre os homens (COLMENERO JD,1997). Não há explicação aparente para esta ocorrência, porém a maior exposição deles ao risco do contágio se explique pelo fato de serem os homens que saem mais de casa para atividades sociais ou profissionais, ou então, porque há uma frequência maior, entre eles, de tabagismo, de alcoolismo, que são fatores facilitadores do desenvolvimento da doença. Dentre os fatores não genéticos podem-se destacar menor auto-cuidado, menor procura aos serviços de saúde, menor adesão ao tratamento e maior exposição a doenças transmissíveis.

Chama a atenção, neste estudo, o grande número de pacientes desempregados compatível com a atual realidade do país, demonstrando a já conhecida associação entre a doença e a estrutura econômica: a grande desigualdade socioeconômica do país torna a população mais suscetível a doenças como a tuberculose.

O estudo confirma a idéia de que o nível de escolaridade baixo pode ser indicativo de exclusão social e baixos índices de desenvolvimento humano. A baixa escolaridade pode refletir diretamente nas taxas de cura da doença, uma vez que a mesma pode dificultar a compreensão da patologia e a adesão ao tratamento.

Quanto aos agravos associados à tuberculose, no presente estudo foi encontrado um alto percentual de pacientes que faziam uso de substâncias. Esses fatores são predisponentes para o desenvolvimento da doença, bem como para um possível abandono pós início de tratamento. O abuso de álcool ou drogas ilícitas foi apontado por Deruaz e Zellweger (2004) como importante fator na diminuição da aderência ao tratamento de TB. Apesar de do vírus da Imunodeficiência humana (HIV) ser também um agravo, neste estudo nenhum dos pacientes eram portadores do vírus.

A análise da situação da Tuberculose em nível mundial revela que a doença está ligada a pobreza, a má distribuição de renda, e à urbanização (VENDRAMINI *et al.*, 2005). A OMS assinala como principais causas para a gravidade da situação atual da Tuberculose no mundo a desigualdade social, o advento da AIDS, o envelhecimento populacional e os grandes movimentos migratórios (RUFFINO-NETTO, 2002). A tuberculose é um problema social resultante de vários elementos intervenientes como renda familiar baixa, educação precária, habitação ruim/inexistente, famílias numerosas, adensamentos comunitários, desnutrição alimentar, alcoolismo, doenças infecciosas associadas (ROUQUAYROL *et al.* 1999; BRASIL, 2002; MASCARENHAS *et al.* 2005).

Com relação aos sinais, sintomas e fatores de risco investigados, o alcoolismo e a drogadição, assim como tem sido demonstrado na literatura, manteve uma associação significativa com tuberculose.

No estudo, um paciente era portador de diabetes mellitus. Diabetes mellitus (DM) tem sido relatado como fator de risco para tuberculose em alguns trabalhos. A DM é responsável por uma disfunção do sistema imunitário, que pode aumentar a suscetibilidade para a TB. Vários estudos têm mostrado que a prevalência de TB nos diabéticos, especialmente naqueles com reduzido controle glicêmico, é maior do que na população não diabética. (Dooley K *et al.*, 2009)

Desde o seu surgimento no início da década de 80, o vírus da Síndrome da Imunodeficiência Humana (HIV) tornou-se um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da tuberculose nas pessoas infectadas (“portadoras”) pelo *Mycobacterium tuberculosis*. A chance do indivíduo infectado pelo HIV adoecer de tuberculose é de aproximadamente 10% ao ano, enquanto que no indivíduo imunocompetente é de 10% ao longo de toda a sua vida (BRASIL, 2011).

A AIDS tem sido um dos mais importantes fatores de risco para tuberculose, mas no estudo não encontramos pacientes portadores do HIV e na unidade em questão desde 2006, apenas um paciente com tuberculose era também portador do HIV.

Na tabela 4 verifica-se a grande quantidade de sinais e sintomas encontrados, estes podem ser decorrentes da doença como também do tratamento que causa uma série de reações adversas.

Sabe-se que a maioria das reações ocorre nos primeiros três meses de tratamento. Intolerância gástrica, manifestações cutâneas variadas e dores articulares são as reações

adversas mais freqüentemente descritas durante o tratamento. Os efeitos gastrointestinais (náuseas, vômitos, epigastralgia e dor abdominal) constituem o grupo de reações mais comuns e podem ser atribuídas a qualquer droga antituberculose. (BRASIL, 2011). Em nossa amostra, os efeitos adversos como náuseas, dor epigástrica, problemas cutâneos e articulares representaram, respectivamente, 30,8%, 15,4%, 30,8% 15,4% do total de efeitos colaterais, sendo também os mais frequentes dos efeitos adversos.

Devido a todas essas alterações causadas pela doença e tratamento para tuberculose, percebe-se a necessidade de utilizar o Processo de Enfermagem para acompanhamento desses clientes. Acreditamos que o profissional de enfermagem que desenvolve uma assistência instrumentalizada pelo PE, à luz de um referencial teórico, será capaz de aprimorar as habilidades cognitivas e psicomotoras, associar e correlacionar conhecimentos multidisciplinares e estabelecer relações de trabalho melhor definidas e concretas. (DALRI CC,2005).

O instrumento de coleta de dados, construído neste estudo, em anexo, foi direcionado a clientes portadores de tuberculose e se constitui de itens relacionados à identificação do cliente e às necessidades psicobiológicas de oxigenação e circulação, hidratação e nutrição, eliminação, sono e repouso, exercícios, atividade física, integridade física, integridade cutâneo-mucosa, sexualidade, regulação e terapêutica; conhecimento.

A coleta de dados tem por finalidade identificar os problemas reais ou potenciais do cliente, de forma a subsidiar o plano de cuidados e atender as necessidades encontradas prevenindo as complicações. É uma das etapas da SAE que mais exige tempo e trabalho, reunindo informações indispensáveis à comprovação da hipótese. É uma fase que pressupõe a confecção de um instrumento adequado de registro e leitura dos dados, e o desenvolvimento de técnicas para obter esses dados. (CHIZZOTTI A, 1991)

A coleta de dados, realizada através de entrevista e exame físico, é o primeiro passo para determinar o estado de saúde do cliente. Todos os passos do PE dependem dos dados coletados durante esta fase, por isso a necessidade de assegurar que as informações obtidas sejam efetivas, completas e organizadas de modo que ajude a adquirir um senso de padrão entre saúde e doença. ( ALFARO-LÉFEVRE R, 2002)

Dessa forma, para atender a uma determinada filosofia de trabalho, a SAE deve ser muito bem embasada e a fase de coleta de dados, acima de tudo, sistemática e específica

para cada cliente, já que tal levantamento de dados é o alicerce no qual se fundamenta o cuidado de enfermagem.

Para o presente estudo, realizamos inicialmente, o histórico de enfermagem, com anamnese e exame físico. Segundo SMELTZER *et al.* (2009), é importante fazer um levantamento da história completa do indivíduo acometido com TB, assim como o exame físico. Observar manifestações de febre, anorexia, perda de peso, sudorese noturna, fadiga, tosse e produção de escarro. Avaliar os pulmões e os sons respiratórios e palpar linfonodos.

SILVA *et al.* (2007) ressaltam os seguintes diagnósticos através das manifestações clínicas do paciente: Padrão respiratório ineficaz; Nutrição alterada relacionada à ingestão abaixo das necessidades corporais; Déficit do conhecimento relacionado à falta de orientação acerca da doença; Intolerância à atividade. Todos esses diagnósticos também foram encontrados neste estudo. SMELTZER *et al.* (2009) observam que complicações potenciais podem advir desta doença, tais como desnutrição, efeitos colaterais da terapia medicamentosa, resistência a múltiplas drogas e disseminação da infecção tuberculosa.

Para SMELTZER *et al.* (2009), as metas para o cuidado do indivíduo acometido por TB incluem a permeabilidade das vias aéreas, maior conhecimento sobre a doença e regime de tratamento, a adesão ao tratamento medicamentoso, maior tolerância à atividade e ausência de complicações.

Ainda segundo SMELTZER *et al.* (2009), as prescrições de enfermagem devem incluir a promoção da depuração das vias aéreas, defesa de adesão ao regime de tratamento, promoção à atividade e nutrição adequada, monitoração e tratamento das complicações potenciais. Deve-se incentivar a ingestão de líquidos para a hidratação sistêmica de forma a promover expectoração efetiva. Compreender o regime medicamentoso, planejar um esquema de atividades que focalize a tolerância à atividade e força muscular e o incentivo de pequenas refeições com maior frequência são fatores importantes que devem ser rigorosamente seguidos.

SMELTZER *et al.* (2009) ressaltam que os resultados esperados do indivíduo acometido pela TB devem ser: uma via aérea permeável, um nível de conhecimento adequado acerca da doença, aderência ao regime medicamentoso conforme as prescrições médicas, participação nas medidas de prevenção, manutenção dos horários de atividade, ausência de complicações e empreendimento de etapas para minimizar os efeitos colaterais da terapia medicamentosa.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem vislumbra o aperfeiçoamento da capacidade de solucionar problemas, tomar decisões e maximizar oportunidades e recursos formando hábitos de pensamento. A SAE foi desenvolvida como método específico para aplicação da abordagem científica ou da solução de problemas na prática e para a sua aplicação, enfermeiros precisam entender e aplicar conceitos e teorias apropriados das ciências da Saúde, incluídas aí a própria Enfermagem, as ciências físicas, biológicas, comportamentais e humanas, além de desenvolver uma visão holística do ser humano. Esse conjunto de conhecimentos proporciona justificativas para tomadas de decisão, julgamentos, relacionamentos interpessoais e ações.

## 7 CONCLUSÃO

Ao verificar o perfil dos pacientes estudados, identificou-se maior ocorrência da doença entre os 20 e 49 anos, houve predomínio do sexo masculino o que pode nos remeter a ideia de que os homens estão mais expostos a doença, uma vez que os mesmos executam atividades fora de casa mais do que as mulheres. Além de existir entre o sexo masculino uma ocorrência maior de alcoolismo e drogadição, desinteresse pela procura do serviço de saúde e diminuição do autocuidado. Constatou-se que 38,46% da amostra estudada eram de desempregados, que ratifica a idéia de que a doença pode estar relacionada com a exclusão social. Fato que também pode estar associado ao baixo nível de escolaridade encontrado na pesquisa. Finalmente constatamos que o álcool e as drogas ilícitas são fatores determinantes e predisponentes para a doença e para o abandono e diminuição da aderência ao tratamento.

Foram evidenciados 11 diagnósticos de enfermagem ao utilizar a classificação da Taxonomia II da NANDA (NANDA, 2012). Os mais frequentes: **Padrão respiratório ineficaz; náusea; intolerância à atividade** relacionada à função respiratória ineficaz, fadiga, estado nutricional alterado e febre; **nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais; conhecimento deficiente sobre as medidas preventivas, controle, tratamento e auto cuidado; hipertermia; fadiga** relacionada a ansiedade, estados de doença, má nutrição; **integridade da pele prejudicada** relacionada ao uso de medicamentos; **falta de adesão** relacionada a duração do tratamento, falta de envolvimento de membros da família no plano de saúde, falta de conhecimento relevante para o comportamento de regime de tratamento; **isolamento social** relacionado a doença, alterações na aparência física, bem estar alterado e afeto triste.

A partir dos principais problemas encontrados elaborou-se um plano de cuidados (APÊNDICE C) para os pacientes com tuberculose, contendo a sistematização da assistência de enfermagem (histórico de enfermagem, anamnese, exame físico, exames complementares, diagnósticos, intervenções de enfermagem e resultados esperados). Tal instrumento poderá ser validado, sofrer alterações quando necessário, e ter seu uso padronizado no atendimento aos pacientes do Centro de Saúde, local do estudo, pelos profissionais de enfermagem.

Assim observa-se a necessidade e importância de sistematizar a assistência para possivelmente melhorar a qualidade e garantir a continuidade do cuidado de enfermagem; aproximar o enfermeiro do cuidado; diminuir os erros humanos; organizar o excesso de informações; manter um banco de dados fértil para o desenvolvimento de pesquisas; exercitar

a Enfermagem Baseada em Evidência; desenvolver padrões de cuidado e avaliar a sua efetividade; garantir o acesso à informação exata e oportuna; diminuir e controlar melhor os custos; cumprir a Resolução COFEN-272/2002 que dispõe sobre a SAE; capturar dados e informações do paciente relativas ao cuidado e garantir que o cuidado seja de acordo com as necessidades do paciente.

## REFERÊNCIAS

Albuquerque MFPM, Ximenes RAA, Silva NL, Souza WV, Dantas AT, Dantas OMS, *et al.* **Fatores associados à falha do tratamento, abandono e morte em uma coorte de pacientes de tuberculose em Recife Brasil.** Cad Saúde Pública. 2007.

Alfaro-Léfevre R. **Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo.** Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2002.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 466/12 decreto nº 93.333 de janeiro de 1987. Estabelece Critérios Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Bioética, v.4 nº 2 Sul., 2012, p. 15-25.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem/**Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica - Brasília; Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Ceará /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. 5º ed. 2011.

BRUNNER, L. SUDDARTH, D. **Enfermagem médico-cirúrgica.** 12º ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2012

CARPENITO-MOYET, L. J. **Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica.** Porto Alegre: Artmed, 2005.

Chizzotti A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** São Paulo (SP): Cortez; 1991.

COLMENERO JD, GARCIA-ORDOÑEZ MA, SEBASTIAN MD, *ET AL.* **Compliance, efficacy and tolerability of the therapeutic regimen recommended by National Consensus on Tuberculosis.** Enferm Infecc Microbiol Clin 1997.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução No 358/2009. **Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem.** Brasília (Brasil): COFEN; 2009.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. CIPE® Versão 1.0: **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.** São Paulo: Algor; 2007.

DALRI C. C. **Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia laparoscópica [dissertação]**. Ribeirão Preto (SP): USP/EERP; 2005.

Daniela Karina Marques<sup>1</sup>, Maria Miriam Lima Nóbrega<sup>2</sup>, Kenya Lima Silva **Construção e validação de afirmativas de diagnósticos de enfermagem para adolescentes hospitalizados** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 jul/sep;14(3):626-33

David R, *et al.*. **Vigilância e Controle das Doenças Transmissíveis**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2007

DERUAZ, F.; ZELLWEGER, F. P. **Directly observed therapy for tuberculosis in a low prevalence region: first experience at the tuberculosis dispensary in Lausanne**. Swiss Med WKLY. Lausanne, v. 134, 2004.

SNIDER JR, ONORATO IM. **Epidemiology**. In: Rossman MD, MacGregor RR, eds. Tuberculosis. New York, NY: McGraw-Hill, 1995.

DOMINGUES, C. O, AMESTOY, S. C. , SANTOS, E. **Sistematização da Assistência de enfermagem** . Disponível em [www.ufpel.edu.br/xvcic/arquivos/CS\\_00754.rtf](http://www.ufpel.edu.br/xvcic/arquivos/CS_00754.rtf) - Acesso dia 20 de fevereiro de 2014.

DOOLEY K, TANG T, GOLUB J, DORMAN S, CRONIN W. **Impact of Diabetes Mellitus on Treatment Outcomes of Patients with Active Tuberculosis**. Am J Trop Med Hyg. 2009;80:634-9.

ESPERÓN, J. M. T.; SÁNCHEZ, A. P. Aspectos éticos-sociales en los diagnósticos de enfermería y su influencia para la profesión. **Rev Cubana de Salud Pública**, v.28, n.3, 2002.

FRANÇA, F.C.V.; KAWAGUCHI, I.A.L.; SILVA, E.P.; ABRÃO, G.A.; UEMURA, H.; ALFONSO, L.M., *et al.* Implementação do diagnóstico de enfermagem na unidade de terapia intensiva e os dificultadores para enfermagem - relato de experiência. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. V.9, n.2, p.537-546, 2007.

GARCIA, T. L.; NÓBREGA, M. M. L. **Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar**. In: GUEDES, N.G. REVISÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO : ANÁLISE DE CONCEITO E VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS, Ano de obtenção: 2011. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6<sup>o</sup>ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GORDIS L. **Epidemiologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 185p.2004.

GOUVEIA, H. G.; LOPES, M. H. B. de M. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. **Rev Latino-am Enfermagem** 2004 março-abril; 12(2):175-82.

HERDMAN, T.H. (Ed.). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional: definições e classificação 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

LOPES, M. H. B. M., *Experiência de implantação do processo de enfermagem utilizando os diagnósticos de enfermagem (Taxionomia da NANDA), resultados esperados, intervenções e problemas colaborativos*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, 2000.

MAHER D, RAVIGLIONE M. **Global epidemiology of tuberculosis**. *Clin Chest Med*. 2005

MARION JOHNSON ET AL. **Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem**, Artmed, 2009.

NANDA, North American Nursing Association. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação-2003-2004**. Porto Alegre: Artmed, 2009-2011.

POLIT, Denise F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**/ Denise F. Polit e Bernadette P. Hungler ; trad. Regina Machado Garcez. - 3.ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.

ROUQUAYROL, M.Z.; VERAS, F.M.F; FAÇANHA, M.C. Doenças transmissíveis e modos de transmissão. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO N., ed. **Epidemiologia & Saúde**. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2005. p.215-270.

RUFFINO-NETTO, A. Programa de controle da tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS** , v.10, p.129-138, 2002.

SILVA, A. A. *et al.* **Tuberculose: identificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA em indivíduos acometidos**. 2007. Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/anais/IXEnex/iniciacao/documentos/catalogoresumo/6.SAUDE/6CCSDEMCAMT07.pdf> Acesso em 06/03/2014.

SMELTZER, S. C. *et al.* **Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Vol. 1. 11ª Edição. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. 2009. Págs. 541-548

VENDRAMINI, S.H.F. *et al.* Tuberculose em município de porte médio do sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.31, n.3, p. 237-243, 2005.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a):

Eu, pesquisadora Rafaelle Lopes de Oliveira, sob a orientação da Professora Dra Emília Chaves, professora do curso de enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro Brasileira - UNILAB, estou desenvolvendo, na Unidade de Saúde, Maurício Mattos Dourado, uma pesquisa que tem como nome: Assistência de enfermagem ao paciente portador de tuberculose em unidade básica de saúde: elaboração de instrumento.

Os objetivos da pesquisa são: Identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes; elaborar um instrumento com diagnósticos e intervenções de enfermagem. Assim, estou solicitando que participe da pesquisa respondendo a um formulário contendo questões de identificação, que esclarecem suas dificuldades com relação à doença e o tratamento e um exame físico.

Gostaria de deixar claro que essas informações são sigilosas, não falaremos para ninguém e, principalmente, seu nome, não será em nenhum momento mencionado. Caso se sinta constrangido em participar de alguma fase da coleta das informações, terá o direito de pedir para não continuar, sem causar nenhuma mudança no seu atendimento. Ou mesmo, se não aceitar participar do estudo, o senhor será atendido normalmente aqui na Unidade. Além disso, não será pago nenhum valor pela sua participação na pesquisa.

Informo, ainda, que mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento. Como benefícios da pesquisa e de sua participação, podemos citar: a possibilidade de melhoria da assistência ao paciente com tuberculose, buscando deixar a consulta de enfermagem com uma melhor qualidade. Como possíveis riscos, afirmo que a pesquisa envolverá riscos mínimos, como por exemplo, algum constrangimento, mas que poderá ser resolvido pela própria pesquisadora, já que a mesma é a pessoa que realiza suas consultas.

Menciono novamente que sua participação é voluntária e não trará nenhum prejuízo para você, seja no atendimento da Unidade ou financeiro.

Este termo será elaborado em duas vias, sendo uma para você e outra para o pesquisador.

Caso queira reclamar sobre esse trabalho, poderá dirigir-se a Coordenação dessa Unidade de Saúde, na rua Desembargador Floriano Benevides, 391, CEP 60811-690 Edson Queiroz, telefone 8970.7088.

Estaremos disponível para qualquer outro esclarecimento no telefone do pesquisador 92194857, endereço Joaquim Sá, 856 apto 202, bairro Joaquim Távora e no Comitê de Ética da UNILAB, através do telefone (85) 3332-1414, Avenida da Abolição, nº 3, Centro, CEP 62.790-000 – Redenção – CE

### CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Declaro que tomei conhecimento do estudo sobre tuberculose, realizado pela pesquisadora Rafaelle Lopes de Oliveira, sob a orientação da Prof Dra Emília Chaves, entendi seus objetivos e, concordo em participar da pesquisa.

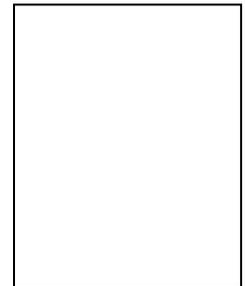
Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

Assinatura do Paciente

---

Assinatura do Pesquisador



**APÊNDICE B - DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DA REALIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA**

EU, \_\_\_\_\_, coordenadora da UAPS Mattos Dourado, no município de Fortaleza, declaro estar ciente e de acordo com a realização do projeto de pesquisa denominado “Assistência de Enfermagem ao Paciente Portador de Tuberculose em Unidade Básica de Saúde: elaboração de instrumento”. Estou ciente ainda de que o referido projeto de pesquisa, não acarretará ônus para a instituição supracitada e somente poderá ser iniciado, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro- Brasileira (UNILAB).

Fortaleza, 20 de janeiro de 2014

---

Adriana Valéria Assunção Ramos

**APENDICE C – PLANO DE CUIDADOS AO PACIENTE PORTADOR DE  
TUBERCULOSE**

**Histórico de Enfermagem**

**Identificação:**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Prontuário:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_

**Naturalidade:** \_\_\_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_

**Peso:** \_\_\_\_\_

**Escolaridade:** \_\_\_\_\_

**1. Historia da doença atual:**

**Tipo de tuberculose:** \_\_\_\_\_

**Data de inicio de tratamento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Sinais e sintomas iniciais:** \_\_\_\_\_

**Baciloscopia:** \_\_\_\_\_

**Cultura:** \_\_\_\_\_

**HIV:** \_\_\_\_\_

**Contactantes:** \_\_\_\_\_

**Esquema em uso para TB:** \_\_\_\_\_

**Patologias associadas:** \_\_\_\_\_

**Outras medicações em uso:** \_\_\_\_\_

**Efeitos das Drogas:** \_\_\_\_\_

**Hábitos:** \_\_\_\_\_

Uso de álcool/outras drogas: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Historia familiar/interação familiar e social \_\_\_\_\_

## 2.Exame físico:

Estado geral: \_\_\_\_\_

Nível de orientação: \_\_\_\_\_

P.A: \_\_\_\_\_ PULSO: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ Temp: \_\_\_\_\_

Dor/desconforto: \_\_\_\_\_

Aparelho cardíaco: \_\_\_\_\_

Aparelho respiratório: \_\_\_\_\_

Abdome: \_\_\_\_\_

Integridade cutâneo mucosa: \_\_\_\_\_

## 3.Nutrição :

Tipo de dieta: \_\_\_\_\_ problemas \_\_\_\_\_

Estado nutricional: \_\_\_\_\_

IMC: \_\_\_\_\_

## 4.Eliminações:

Urinária: \_\_\_\_\_

Intestinal: \_\_\_\_\_

Gástrica: \_\_\_\_\_

Brônquica: \_\_\_\_\_

**5. Atividade/repouso:** \_\_\_\_\_

**6.Sono/ vigilia:**

Sonolência:\_\_\_\_\_

Insônia: \_\_\_\_\_

**7. Sexualidade:** \_\_\_\_\_

**8. Adesão/dificuldades:** \_\_\_\_\_

**9.Observações:** \_\_\_\_\_

**10.Exames complementares:**

**RAIO X:**

**OUTROS EXAMES:**

**11. Evolução de Enfermagem:**

---

---

---

---

---

---

---

---

## DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS
<p>1( ). Padrão respiratório ineficaz, que pode estar relacionada a (ao) _____</p> <p>_____</p>	<p>( ) Aumentar a ingestão hídrica, para facilitar na fluidificação das secreções;</p> <p>( ) Estimular a expectoração;</p> <p>( ) Observar a capacidade de tossir/expectorar muco eficazmente; documentar as características, quantidade do escarro, presença de hemoptise;</p> <p>( ) Remover secreções, encorajando tossir ou aspirando;</p> <p>( ) Avaliar a função respiratória, por exemplo, frequência, ritmo e profundidade, sons respiratórios anormais/diminuídos, esforço respiratório aumentado evidenciado pelo uso dos músculos acessórios, expansão torácica limitada e fadiga;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Passagem aberta e limpa para a troca de ar com o ambiente</li> </ul>

	<p>( ) Auscultar os campos pulmonares;</p> <p>( ) Monitorizar os sinais vitais;</p> <p>( ) Investigar mudanças/deteriorização súbita no distúrbio, tal como aumento da dor torácica, sons cardíacos extras, febre recorrente e alterações na característica do escarro;</p> <p>( ) Monitorar e tratar as complicações potenciais;</p>	
<p>2.( ). Náusea que pode estar relacionada (ao)_____</p> <p>_____</p>	<p>( ) Controle da náusea</p> <p>( ) Monitorização nutricional</p> <p>( ) Controle de medicamentos/Administração de medicamentos</p> <p>( ) Manutenção da saúde oral</p> <p>( ) Monitorização hidroeletrólítico</p> <p>( ) Planejamento da dieta</p> <p>( ) Controle do</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhora do apetite</li> <li>• Controle de náuseas e vômitos</li> <li>• Melhora do estado nutricional, ingestão de alimentos e líquidos</li> <li>• Ganho de peso</li> <li>• Hidratação</li> </ul>

	vômito	
<p>3. ( ). Intolerância à atividade relacionada a (ao) _____</p> <p>_____</p>	<p>( ) Encorajar o repouso adequado e equilibrado com a atividade moderada;</p> <p>( ) Informar sobre as limitações na realização de atividades e a alternância destas com períodos de repouso para evitar a fadiga;</p> <p>( ) Avaliar quanto à dispnéia, taquipnéia, sons respiratórios anormais/diminuídos, esforço respiratório aumentado, expansão torácica limitada e fadiga;</p> <p>( ) Elaborar um plano nutricional que propicie refeições pequenas e frequentes, com alimentos ricos em proteínas e carboidratos;</p> <p>( ) Encorajar um aumento da ingestão de proteína, ferro e vitamina C, quando adequado;</p> <p>( ) Monitorizar o peso periodicamente; investigar anorexia, náusea/vômito e observar possível correlação com o medicamento;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aptidão física</li> <li>• Autocuidado: Atividade da vida diária</li> <li>• Autocuidado: Atividades instrumentais da vida diária</li> <li>• Conservação da energia</li> <li>• Energia psicomotora</li> <li>• Resistência</li> <li>• Tolerância à atividade</li> </ul>

	<p>( ) Monitorizar os sinais vitais;</p> <p>( ) Monitorizar presença e frequência de sons intestinais, assim como frequência, volume e consistência das fezes;</p>	
<p>4.( ) Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, relacionada a (ao)</p> <hr/> <hr/>	<p>( ) Avaliar estado nutricional do paciente;</p> <p>( ) Perguntar se o paciente tem alguma alergia alimentar;</p> <p>( ) Elaborar um plano nutricional que propicie refeições pequenas e frequentes, com alimentos ricos em proteínas e carboidratos, incluindo comidas secas e/ou alimentos que são do agrado do paciente;</p> <p>( ) Monitorizar o peso periodicamente; investigar anorexia e náusea/vômito e observar possível correlação com o medicamento;</p> <p>( ) Garantir que a dieta inclua alimentos ricos em fibras, para evitar constipação;</p> <p>( ) Observar relatos de náusea e de vômitos;</p> <p>( ) Monitorizar os</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhora do apetite</li> <li>• Autocuidado: alimentação</li> <li>• Melhora do estado nutricional</li> <li>• Melhora dos indicadores bioquímicos do estado nutricional</li> <li>• Adequação do padrão de nutrientes e líquidos ingeridos</li> <li>• Melhora da massa corporal</li> </ul>

	sinais vitais;	
<p>5.(     ) Conhecimento deficiente sobre as medidas preventivas, controle, tratamento e auto cuidado;_____</p> <p>_____</p>	<p>(     ) Conscientizar o paciente que a ingestão das medicações de forma adequada é muito importante para o esquema de tratamento e para a prevenção da transmissão;</p> <p>(     ) Informar o paciente sobre os efeitos colaterais da medicação e a forma de minimizá-los;</p> <p>(     ) Demonstrar e encorajar uma boa técnica de lavagem das mãos;</p> <p>(     ) Discutir os aspectos debilitantes da doença;</p> <p>(     ) Instruir e modificar medidas de controle da dor com base na resposta do paciente;</p> <p>(     ) Revisar sinais/sintomas que exigem imediata avaliação clínica, por exemplo, dor torácica súbita, dispnéia/falta de ar, angustia respiratória</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento acerca do comportamento de saúde</li> <li>• Conhecimento acerca da conservação da energia</li> <li>• Conhecimento sobre a doença</li> <li>• Conhecimento sobre a medicação</li> <li>• Conhecimento sobre o controle do uso de substâncias</li> <li>• Conhecimento sobre a dieta</li> <li>• Conhecimento do regime terapêutico</li> </ul>

	<p>progressiva;</p> <p>( ) Revisar os significados das boas práticas de saúde, por exemplo, nutrição adequada, repouso, exercício</p>	
6. ( ) Hipertermia	<p>( ) Monitorizar os sinais vitais</p> <p>( ) Monitorar a temperatura e os horários em que ocorrem os episódios de febre;</p> <p>( ) Administrar antitérmicos conforme prescrição médica;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Termorregulação</li> </ul>
7. ( ) Fadiga relacionada a (ao) _____ _____	<p>( ) Controle da nutrição</p> <p>( ) Estimular atividades físicas;</p> <p>( ) Promover a melhora do sono</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conservação da Energia</li> <li>• Energia Psicomotora</li> <li>• Melhora do estado nutricional</li> <li>• Resistência</li> </ul>
8. ( ) : Integridade da pele prejudicada relacionada a (ao) _____ _____	<p>( ) Monitorar a administração de medicamentos</p> <p>( ) Supervisão da pele;</p> <p>( ) Cuidados com as</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integridade e tissular: pele e mucosas</li> </ul>

	<p>lesões</p> <p>( ) Correlacionar com efeitos adversos das medicações</p>	
<p>9.( ) Falta de adesão relacionada a (ao) _____</p> <p>_____</p>	<p>( ) Monitorar a administração de medicamentos</p> <p>( ) Envolver os membros da família no plano de saúde;</p> <p>( ) Esclarecimento sobre a doença e regime de tratamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesão ao tratamento</li> <li>• Paciente inserido no TDO</li> <li>• Envolvimento dos membros da família</li> <li>• Conhecimento sobre a doença e regime terapêutico</li> </ul>
<p>10.( ) Isolamento social relacionado a (ao) _____</p> <p>_____</p>	<p>( ) Aconselhamento</p> <p>( ) Melhora da autoestima</p> <p>( ) Suporte emocional</p> <p>( ) Suporte a família</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bom ambiente familiar e social</li> <li>• Apoio social</li> <li>• Bem estar pessoal com melhora da percepção e do enfrentamento</li> <li>• Aumento da socialização</li> <li>• Equilíbrio do humor</li> </ul>

<p>11. ( ) Dor aguda relacionada a</p> <hr/> <hr/>	<p>( ) Orientar a prescrição de medicamentos para controle da dor</p> <p>( ) Administração de medicamentos</p> <p>( ) Suporte emocional</p> <p>( ) Redução da ansiedade</p> <p>( ) Toque terapêutico</p> <p>( ) Terapia simples de relaxamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controle da dor</li> </ul>
--	--	---

## ANEXO A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

### CONSULTA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE PORTADOR DE TUBERCULOSE\*

Enfermeira(o):

.....

Data: .....

### COLETA DE DADOS

#### 1) DADOS PESSOAIS

Nome: ..... Registro: .....

Sexo: ( ) M ( ) F Idade: ..... Data de nascimento: ..... /..... /.....

Estado civil:.....

Natural de: .....

Procedência: .....

Ocupação: .....

Profissão: .....

Escolaridade: .....

Endereço:

.....

Data do diagnóstico de tuberculose: ..... /..... /.....

Situação do tratamento: .....

Queixas:

.....  
.....

Outros dados da doença:

.....  
.....

**2) HÁBITOS DE VIDA**

2.1) Alimentos / Líquidos

Alimentos habituais:

(refeições/dia) .....

Problemas:

.....  
.....

2.2) Eliminação

Evacuações e micções:

.....

Mudanças relacionadas ao problema de saúde:

.....  
.....

2.3) Atividade / Repouso:

Faz exercícios atualmente? ( ) não ( )

Se sim Qual? .....

Sente que sua energia é suficiente para as atividades que faz habitualmente?

( ) sim ( ) não

Por ..... quê?

.....

Padrão ..... de ..... sono:

.....

2.4) Circulação:

Apresenta algum problema de coração ou circulação?

.....

2.5) Dor / Desconforto:

Apresenta dor ou desconforto?

( ) não ( ) sim Intensidade (escala de 1 a 10): .....

Localização, irradiação, duração, fatores relacionados:

.....

.....

2.6) Ensino / aprendizagem (adesão e dificuldades)

O que sabe sobre a doença e o tratamento?

.....

.....

Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica: protocolo de enfermagem

**154** Secretaria de Vigilância em Saúde/MS

Tem seguido as recomendações? (especificar)

.....  
 .....

Fatores limitantes no seguimento do tratamento da doença:

.....  
 .....

Quais e como está tomando os medicamentos:

.....  
 .....

2.7) Higiene:

Atividades rotineiras: ( ) independentes ( ) dependentes Nível específico:

.....  
 .....

2.8) Integridade do ego:

Reações frente ao diagnóstico de tuberculose:

.....  
 .....

2.9) Interação social (comunicantes e rede de apoio):

Renda familiar aproximada:

.....

Suporte social e familiar do paciente:

.....  
 .....

Habitação (condições de moradia - tipo de casa, número de cômodos, número de pessoas na casa):

.....  
 .....  
 Tem família? Como é a relação com os membros da família?

.....  
 .....

Quem você procura quando precisa de ajuda?

.....  
 .....

Tem (teve) contato com outras pessoas portadoras de tuberculose?

.....

Tem contato com pessoas com outras doenças? Quais?

.....  
 .....

Quais pessoas residiram na casa nos últimos cinco anos?

.....  
 .....

As pessoas da mesma casa tem feito acompanhamento?

.....  
 .....

#### 2.10) Neurosensorial:

Tem dificuldades em compreender as consultas? Os exames?

.....  
 .....

Dificuldades (visual, auditiva, tátil):

.....  
 .....

## 2.11) Respiração:

Apresenta falta de ar frequente? ( ) não ( ) sim Relacionada a:

.....  
 .....

Apresenta tosse? ( ) não ( ) sim Com expectoração? ( ) não ( ) sim

Características da secreção expectorada:

.....  
 .....

Tem história de: ( ) DPOC ( ) asma ( ) Pneumonia ( ) Outros:

.....  
 .....

## 2.12) Segurança/Proteção:

Tabaco: ( ) não ( ) sim Quantidade/dia:

.....

Álcool: ( ) não ( ) sim Quantidade/dia:

.....

Outras drogas: ( ) não ( ) sim Qual:

.....

Alergias ( ) não ( ) sim Quais?

.....

Febre ( ) não ( ) sim Características:

.....

Sudorese noturna ( ) não ( ) sim

Uso de medicamentos terapêuticos? ( ) sim (sabe listar todos os medicamentos em uso)

( ) não sabe dizer os nomes dos medicamentos com segurança

2.13) Sexualidade

Mantém (ou manteve) algum relacionamento sexual? ( ) não ( ) sim

A doença alterou de alguma forma seu relacionamento sexual? ( ) não ( ) sim

De \_\_\_\_\_ que \_\_\_\_\_ forma?

.....

.....

**3) EXAME FÍSICO**

Peso atual: ..... Altura: ..... Peso ideal: .....

IMC: .....

Tº: ..... P: ..... R: .....

PA: .....

Aparência \_\_\_\_\_ Geral:

.....

.....

Condições da pele (integridade, umidade, elasticidade):

.....

.....

Condições \_\_\_\_\_ mucosa:

.....

.....

Pulmonar:

.....  
.....

Cardíaco:

.....  
.....

Abdominal:

.....  
.....

Dados complementares do exame físico:

.....  
.....

**4) AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA**

Coleta da amostra de escarro:

.....  
.....

Cultura do escarro:

.....  
.....

Radiografia de tórax:

.....  
.....

Prova tuberculínica: .....

Teste anti-HIV: .....

Outros:

.....  
.....

**5) SOBRE O TRATAMENTO TERAPÊUTICO**

Quimioprofilaxia

adotada:

.....  
.....

OUTRAS

INFORMAÇÕES

IMPORTANTES:

.....  
.....  
.....  
.....

Assinatura enfermeiro: .....COREN:.....

**\*FONTE DO INSTRUMENTO:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica - Brasília; Ministério da Saúde, 2011.

**ANEXO B – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA****UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO  
INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO- BRASILEIRA****COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE TUBERCULOSE EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: ELABORAÇÃO DE INSTRUMENTO

**Pesquisador:** Rafaelle Lopes de Oliveira

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE DA INTEGRACAO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA

**Versão:** 1

**CAAE:** 27193414.7.0000.5576

**DADOS DO COMPROVANTE**

**Número do Comprovante:** 006652/2014

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**Endereço:** Avenida da Abolição, 3

**UF:** CE **Município:** REDENCAO

**Bairro:** Centro Redenção

**CEP:** 62.790-000

**Telefone:** (85)3332-1381

**E-mail:** rafaellapessoa@unilab.edu.br