



ARTIGO ORIGINAL

Qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/Aids: protocolo de cuidados para a práxis de Enfermagem
Quality of life of people living with HIV/Aids: care protocol for Nursing practice
La calidad de vida de las personas que viven con el VIH / SIDA: protocolo de atención para la práctica de enfermería

Francisco Braz Milanez Oliveira¹, Maria Eliete Batista Moura², Felipe Santana e Silva³, Bruna Milanez Oliveira⁴, Rosalba Maria Costa Pessoa⁵

ABSTRACT

Objectives: To assess quality of life (QOL) of people living with HIV / AIDS through the WHOQOL HIV brief, raising the Basic Human Needs affected by the disease upon the model of Wanda Horta and develop a plan of care for the practice of nursing. **Methods:** A descriptive, exploratory cross-sectional study with a quantitative approach carried out with 146 HIV-positive in a Specialized Service Centre in the city of Teresina, Piauí. **Results:** The dimensions presented better QoL assessment were: psychological (67.9), Spirituality (65.7), Social Affairs (65.0), Global (64.1) and Physical (62.4). Already domains Independence level (55.1) and Environment (59.2) had lower scores. The psycho-spiritual and physiological needs were most affected by the disease. Has listed up 23 diagnoses of Nursing and 172 nursing interventions. **Conclusion:** we can see the difficulty in systematizing outpatient and specialized care for people living with HIV / AIDS, being necessary to create an effective care plan that addresses the basic human needs affected, assisting in the improvement of living conditions and better adherence to treatment.

Descriptors: Protocols; Outpatient care; HIV; Nursing.

RESUMO

Objetivos: avaliar a qualidade de vida (QV) das pessoas vivendo com HIV/AIDS por meio do instrumento WHOQOL HIV-brief, levantar as Necessidades Humanas Básicas afetadas pela doença mediante o modelo de Wanda Horta e elaborar um plano de cuidados para a *práxis* de Enfermagem. **Métodos:** estudo descritivo, exploratório, transversal, de abordagem quantitativa realizado com 146 soropositivos em um Serviço de Assistência Especializado no município de Teresina-Piauí. **Resultados:** As dimensões que apresentaram melhor avaliação de QV, foram: Psicológico (67,9), Espiritualidade (65,7), Relações Sociais (65,0), Global (64,1) e Físico (62,4). Já os domínios Nível de Independência (55,1) e Meio Ambiente (59,2) apresentaram menores escores. As necessidades psicoespirituais e psicobiológicas foram as mais afetadas pela doença. Elencou-se 23 diagnósticos de Enfermagem e 172 intervenções de enfermagem. **Conclusão:** percebe-se a dificuldade em sistematizar o cuidado ambulatorial e especializado a pessoas vivendo com HIV/AIDS, sendo necessário criar um plano de cuidados efetivo que considere as necessidades humanas básicas afetadas, auxiliando na melhoria das condições de vida e maior adesão ao tratamento.

Descritores: Protocolos; Assistência ambulatorial; HIV; Enfermagem.

RESUMÉN

Objetivos: Evaluar la calidad de vida (CV) de las personas que viven con el VIH / SIDA a través de la WHOQOL BREF VIH, elevando las necesidades humanas básicas afectadas por la enfermedad en el modelo de Wanda Horta y desarrollar un plan de atención para la práctica de enfermería. **Métodos:** Estudio descriptivo transversal, exploratorio con enfoque cuantitativo llevado a cabo con 146 VIH-positivo en un Centro de Atención Especializada en la ciudad de Teresina, Piauí. **Resultados:** Las dimensiones presentan una mejor evaluación de la calidad de vida fueron: psicológica (67,9), Espiritualidad (65,7), Asuntos Sociales (65,0), Global (64,1) y física (62,4). Ya dominios de nivel Independencia (55,1) y Medio Ambiente (59,2) tuvieron puntuaciones más bajas. Las necesidades psico-espirituales y fisiológicos fueron los más afectados por la enfermedad. Ha enumerado hasta 23 diagnósticos de enfermería y 172 intervenciones de enfermería. **Conclusión:** podemos ver la dificultad de sistematizar la atención ambulatoria y especializada para las personas que viven con el VIH / SIDA, siendo necesaria la creación de un plan de atención eficaz que aborde las necesidades humanas básicas afectadas, ayudando en la mejora de las condiciones de vida y una mejor adherencia al tratamiento.

Descritores: Protocolos; La atención ambulatoria; VIH; Enfermería.

¹ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Faculdade de Ciências e Tecnologias do Maranhão - FACEMA e Universidade Federal do Piauí-UFPI. Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão - FACEMA. Rua Aarão Reis, 1000, Caxias, MA, Brasil. CEP: 65606-Email: braz_cm@hotmail.com

² PhD em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí-UFPI. Email: lia@novafapi.com.br

³ Discente do curso de Enfermagem. Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão - FACEMA. E-mail: felipe_santana_silva@hotmail.com

⁴ Biomédica. Universidade Federal do Piauí - UFPI. Email: brunamilanez15@hotmail.com

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Faculdade de Ciências e Tecnologias do Maranhão - FACEMA. Email: rosalba.pessoa@inss.gov.br

INTRODUÇÃO

Com o fenômeno de cronificação da Aids nos últimos anos aumentou-se o interesse em avaliar as condições de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) tendo como base necessidades humanas básicas afetadas pela doença, perpassando os desfechos clínicos e laboratoriais (CD4, carga viral e doenças oportunistas) e as dimensões bioéticas e socioculturais.

A mensuração das representações da doença na qualidade de vida (QV) tem se tornado uma ferramenta cada vez mais importante na área da saúde¹. A QV representa uma variável útil para determinar a realidade global das doenças e dos tratamentos médicos a partir da perspectiva do indivíduo, retratando os prováveis benefícios e malefícios das intervenções terapêuticas². Nesse contexto, a Enfermagem se destaca como uma profissão voltada para o atendimento às necessidades específicas das pessoas e, para isso, vem utilizando cada vez mais ferramentas tecnológicas próprias, desenvolvidas para fundamentá-la como ciência humana, como os planos de cuidados, protocolos, padronização de procedimentos e o processo de enfermagem (PE), definido por diversas teorias³⁻⁵.

A mensuração das condições de vida e avaliação da qualidade de vida das PVHA podem contribuir para a melhoria da assistência de Enfermagem prestada à pessoa soropositiva para HIV em Serviços de Atendimento Especializado (SAE). Para isso, faz-se necessário o uso de protocolos de cuidados para a *práxis* de enfermagem, estruturado Rev. Pre. Infec e Saúde.2015;1(2):9-20.

Qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV...

em Diagnósticos de Enfermagem (DE), Intervenções e Resultados, aplicáveis a nível ambulatorial e especializado, instrumentalizando o cuidado, facilitando a adesão ao tratamento e melhorando a QV das pessoas vivendo com HIV/Aids.

Diante do exposto, o estudo objetivou avaliar a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS por meio do instrumento WHOQOL HIV-bref, levantar as Necessidades Humanas Básicas afetadas pela doença, a partir do modelo teórico de Wanda Horta e elaborar um plano de cuidados para a *práxis* de Enfermagem, com base na padronização da linguagem científica proposta pela taxonomia NNN: *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA)³, *Nursing Interventions Classification* (NIC)⁵ e *Nursing Outcomes Classification* (NOC)⁴.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, transversal de abordagem quantitativa desenvolvido com 146 pessoas que vivem com HIV/Aids em um Serviço de Assistência Especializado (SAE) do município de Teresina-Piauí, no período de agosto a dezembro de 2013. Os dados foram coletados mediante aplicação de dois instrumentos: um formulário com variáveis socioeconômicas, clínicas e epidemiológicas, e uma escala de mensuração de QV, o WHOQOL-HIV bref.

Para análise estatística, os dados foram digitados com a utilização do *Software Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 19.0. A análise da confiabilidade do questionário de

qualidade de vida WHOQOL HIV-bref foi feita por meio do coeficiente alpha de Cronbach. A consistência interna refere-se ao grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos participantes da pesquisa a cada um dos itens que compõem a prova, isto é, avalia o grau em que a variância geral dos resultados se associa ao somatório da variância item a item. Valores de alpha de Cronbach acima de 0,7 foram considerados satisfatórios para o estudo. As dimensões do WHOQOL HIV-bref são medidas em uma escala com escores que variam de zero (pior QV) a cem (melhor QV) ou de quatro (pior QV) a vinte (melhor QV). Para caracterização da população do estudo (análise univariada), foi feita a análise descritiva por meio das médias, desvios-padrão, valores mínimos e máximos dos escores das variáveis quantitativas e proporções para as variáveis qualitativas. Os domínios do WHOQOL HIV-bref foram avaliados pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov* para verificar a aderência dos domínios à distribuição normal das variáveis.

Para elaboração do plano de cuidados, inicialmente identificou-se as necessidades humanas básicas afetada pela doença com base na teoria de Wanda de Aguiar Horta e em seguida identificou-se os principais diagnósticos, intervenções e resultados esperados. Este estudo atendeu aos princípios éticos previstos na Resolução CONEP nº 466/2012 com número de CAAE: 15891713.2.0000.5214.

A amostra foi constituída de 146 pessoas vivendo com HIV/Aids, sendo 63,7% do sexo masculino e 36,3% do sexo feminino, com idade predominante entre 18 e 39 anos (Média=38,4 e DP=12,1) e expressivo número de casos em idosos acima de 60 anos (6,2%). Quanto à escolaridade, 39% estudaram apenas até o ensino fundamental. Em relação a cor 43,8% declararam-se pardos; do total, 57,5% não praticavam religião.

Quanto à situação marital, a maioria referiu ser solteiro (61,6%), residir com até quatro pessoas (67,8%, Média=3,8 e DP=2,3) em casa própria (78,8%), possuem filhos (58,2%, Média=2,8 e DP=2,5) e 81,5% não desejam ter. Quanto à ocupação, 37% são trabalhadores formais, 57,3% possuem renda mensal individual de 1 a 2 salários mínimos (Média=1. 185,7 e DP=1. 725,2) e 59,6% renda per capita menor que 1 (um) salário mínimo.

A respeito dos hábitos relativos ao estilo de vida das PVHA, 67,8% (Média= 7,8 e DP=2,0) dormem até oito horas de sono por dia, 52,7% não praticam atividade física ou são sedentárias e 51,4% (Média=3,7 e DP=1,3) realizam mais de 3 (três) refeições ao dia. Hábitos não saudáveis de vida, como o uso de álcool e drogas, que contribuem para o aumento da vulnerabilidade a diversos agravos, revelou que 90,4% dos sujeitos bebem ou já ingeriram eventualmente (68,9%) bebida alcóolica, 62,3% fumam ou já fumaram em média 1 (uma) carteira de cigarro por dia, 67% não usam ou nunca usaram drogas ilícitas, 87% nunca tiveram parceiros usuários de drogas injetáveis e

RESULTADOS

dos que fazem uso de drogas ilícitas, a maconha foi a mais utilizada (89,6%).

As dimensões que apresentaram maiores valores médios dos escores dos domínios, ou melhor avaliação de QV, foram: Psicológico (média= 67,9), Espiritualidade (média= 65,7), Relações Sociais (média= 65,0), Global (média= 64,1) e Físico (média= 62,4). Em contrapartida, os domínios Nível de Independência (média= 55,1) e Meio Ambiente (média= 59,2) apresentaram menores escores entre os seis, bem como os que demonstraram menores desvio padrão e pior avaliação de QV conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos escores dos domínios de qualidade de vida do WHOQOL HIV brief na população estudada. Teresina-PI, 2013. (n=146)

Domínios Whoqol HIV-Bref	Média	Dp	Mínimo	Máximo	Mediana	α de Cronbach
Físico	62,5	20,3	12,5	100,0	62,5	0,80
Psicológico	67,9	17,8	5,0	100,0	70,0	0,78
Nível de Independência	55,1	15,5	18,8	87,5	56,3	0,79
Relações Sociais	65,0	19,3	6,3	100,0	62,5	0,81
Meio Ambiente	59,2	17,6	25,0	100,0	59,4	0,78
ERCP	65,7	23,1	6,3	100,0	68,8	0,82
Global	64,1	20,1	12,5	100,0	62,5	0,82

ERCP: Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais; (dp): Desvio Padrão.

Quanto às Necessidades Humanas Básicas afetadas pela doença, as necessidades psicobiológicas foram as mais afetadas, chamando atenção para as necessidades terapêuticas (85%), de nutrição (74%) e sexualidade (71%). Quanto às necessidades Psicossociais, a autoimagem (64%) e autoestima foram as mais afetadas. Em relação às necessidades Psicoespirituais, a Religiosidade (87%) foi expressivamente afetada pela doença.

Quadro 1 - Necessidades Humanas Básicas (NHB) afetadas nas Pessoas Vivendo com HIV/aids. (n=146)

NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS	NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
Nutrição (74%)	Comunicação (27%)	Religiosa (87%)
Eliminação (63%)	Aceitação (43%)	
Sono e Repouso (52%)	Autoestima (51%)	
Exercício e Atividades Físicas (33%)	Autoimagem (64%)	
Sexualidade (71%)		
Cuidado Corporal (68%)		
Terapêutica (85%)		

Partindo dessas necessidades identificadas, elencou-se 23 diagnósticos de Enfermagem com os respectivos fatores relacionados e características definidoras e 172 intervenções de enfermagem distribuídas entre os diagnósticos, conforme modelo proposto no quadro 2.

A avaliação das dimensões de qualidade de vida nas PVHA participantes do estudo revelou boa QV na maioria dos domínios. Melhores níveis de escores ou posição superior foram observados nos domínios Psicológico, Espiritualidade, Relações Sociais, Global e Físico. Em contrapartida, os domínios Nível de Independência e Meio Ambiente apresentaram escores médios inferiores ou posição intermediária de QV quando comparado aos demais.

Os dados encontrados nesta pesquisa apresentam divergências se comparados a um estudo realizado em Campo Grande, Mato Grosso do Sul no ano de 2012, onde este revelou a QV inferior e posição intermediária na maioria dos domínios, com exceção do

Quadro 2 - Necessidades Humanas Básicas afetadas pela doença, Diagnósticos de Enfermagem reais, fatores relacionados, características definidoras, Resultados esperados e Intervenções de Enfermagem em pessoas que vivem com HIV/AIDS atendidas num Serviço de Atendimento Ambulatorial e Especializado. Teresina - PI, 2013.

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS					
Necessidade Humana Básica afetada	Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Fator Relacionado	Características definidoras	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções sugeridas (NIC)*
NUTRIÇÃO	<i>Nutrição de equilibrada: menos do que as necessidades corporais</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Fatores econômicos (baixa renda); - Fatores psicológicos; - Doença (HIV/AIDS); 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de comida; - Dor abdominal; - Perda de peso com ingestão adequada de comida; - Perda excessiva de cabelos; - Relato de ingestão inadequada de alimentos, menor que a PDR (porção diária recomendada). IMC abaixo do percentil 25; - Até a idade de 16 anos: nenhum ganho de peso por 3 meses consecutivos; - Perda de peso >10% em um período de 4 a 6 meses- emagrecimento acentuado; - Perda de peso >5% em um período de 4 semanas ou associada à problemas odontológicos, aftas, distúrgia, náuseas e vômitos, infecções oportunistas; - Diminuição do apetite, da ingestão de alimentos e líquidos; - Mudança nas fezes (cor, consistência, frequência, odor); - Diarreia e/ou vômito durante 3 dias consecutivos; - Náuseas persistentes; - Dificuldade para mastigar, deglutir, queixa de cavidade bucal dolorida, presença de aftas; - Presença de doença crônica (ex: diabetes); - Aumento nos níveis de lipídeos séricos. 	<p>Comportamento de Adesão: dieta saudável</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perguntar ao paciente sobre preferências de alimentos a serem solicitados; - Estimular ingestão alimentar antes do uso de antirretrovirais; - Estimular os pais/familiares a alimentarem o paciente; - Solicitar avaliação nutricional e desenvolvimento de um plano de tratamento nutricional; - Consultar o nutricionista para determinar a ingestão calórica diária necessária para atingir e/ou manter o peso alvo; - Estimular o paciente a conversar sobre as preferências alimentares com o nutricionista; - Monitorar a ingestão diária de alimentos calóricos; - Estimular o paciente a automonitorar-se em relação à ingestão diária de alimentos e a pesar-se/manter o peso. - Estabelecer um acordo comportamental com o paciente para provocar o aumento de peso desejado ou comportamentos de manutenção do peso; - Estimular que o adolescente faça da alimentação uma atividade prazerosa, em companhia da família ou amigos, evitando fazer refeições sozinho. O ideal é que a pessoa procure evitar ao máximo o estresse, depressão, solidão e isolamento. Estimular a participação em atividades sociais, buscando grupos de apoio. - Estimular que a pessoa que vive com HIV se alimente em períodos regulares, várias vezes ao dia, mesmo que se encontre sem apetite. O ideal é fazer 3 refeições principais e 3 pequenos lanches nos intervalos, ao dia. Deve optar por fazer uma alimentação saudável, variada e saborosa. - Estimular o consumo de frutas, legumes e verduras todos os dias. A pessoa deve preferir as que estejam em seu período de safra, aproveitando esses alimentos de maneira racional, buscando o máximo aproveitamento das vitaminas e minerais. O ideal é que procure incluir alimentos com fonte de proteínas, animal e vegetal, diariamente (Exemplos: leite e derivados, carnes, ovos, feijão, soja etc.). As proteínas são importantes na manutenção da saúde das pessoas que vivem com HIV/AIDS. - Estimular o consumo de fibras e alimentos integrais, pois são ricos em vitaminas do complexo B e minerais. O ideal é substituir as farinhas refinadas e arroz polido por produtos integrais, pois preservam melhor os nutrientes. Assim como arroz e pães integrais, os grãos como feijões, grão-de-bico, frutas, verduras e legumes são ótimas fontes de fibras. - Incentivar a redução de açúcar refinado na alimentação, assim como refrigerantes e guloseimas em geral. - Indicar a redução do sal. O ideal é usar ervas e temperos para realçar o sabor dos alimentos. - Evitar gorduras animais. Fazer uso de azeite ou óleo vegetal na alimentação e para temperar a salada. - Incentivar o paciente a beber pelo menos 2 litros de água por dia, evitando líquido durante as refeições principais. - Incentivar o paciente a não fazer uso de bebidas alcoólicas, fumo ou drogas de qualquer tipo, pois podem prejudicar a saúde como um todo e dificultar a ação da TARV.
ELIMINAÇÃO	<i>Diarreia</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Efeito adverso da TARV - Altos níveis de estresse e ansiedade; 	<ul style="list-style-type: none"> - Dor abdominal; - Pelo menos três evacuações de fezes líquidas por dia. 	<p>Controle da Eliminação Intestinal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar o histórico da diarreia; - Avaliar os medicamentos normalmente ingeridos na busca de efeitos secundários gastrointestinais; - Identificar os fatores (p.ex. medicamentos, bactérias, alimentação por sonda) capazes de causar ou contribuir com a sonda; - Consultar o médico se persistirem os sinais e sintomas da diarreia; - Orientar sobre dieta com baixo teor de fibras, elevado teor proteico e calórico, conforme apropriado;
SONO E REPOUSO	<i>Insônia</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Relato de dificuldade de concentração; - Relato de acordar cedo demais; - Relato de falta de energia; - Relato de insatisfação com o sono (atual); - Relato de qualidade de vida diminuída. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedade; - Cochilos frequentes durante o dia; - Depressão; - Estresse (p. ex., pensamentos negativos associados à doença); - Fatores ambientais (p. ex. ruído ambiental, exposição à luz do dia/escurecimento, temperatura ambiental/umidade, ambiente desconhecido); - Medo; 	<p>Sono e Repouso satisfatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Criar um ambiente calmo e de apoio; - Proporcionar um ambiente seguro e limpo; - Posicionar o paciente para facilitar o conforto (p.ex. uso dos princípios de alinhamento corporal, apoio com travesseiros, apoio para as articulações durante os movimentos); - Evitar luz direta nos olhos; - Oferecer quarto privativo se for preferência do paciente e da família; - Estimular que o paciente durma até 8 horas por dia; - Determinar os padrões de sono e vigília do paciente; - Explicar importância do sono adequado durante a gravidez, a doença, estresse psicossocial; - Determinar os efeitos dos medicamentos sobre o padrão do sono do paciente; - Encorajar o paciente a estabelecer uma rotina para a hora de dormir para

EXERCÍCIO E ATIVIDADE FÍSICA	<i>Estilo de vida sedentário</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Escolhe uma rotina diária sem exercícios físicos; - Demonstra falta de condicionamento físico; 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz a saúde; - Falta de interesse; - Falta de motivação/disposição; - Falta de recursos; - Falta de tempo; 	Comportamentos de Promoção da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar pelo menos 30 minutos de atividade física leve a moderada, de forma contínua ou acumulada, na maioria dos dias de semana. - Favorecer a prática de atividade física, tais como subir escada, usar menos o carro ou mesmo tornar as atividades de lazer mais ativa. - Reduzir o risco cardiovascular; - Reforçar a aquisição e manutenção de hábitos saudáveis; - Reduzir incapacidades físicas; - Promover um estilo de vida ativo.
SEXUALIDADE	<i>Padrão de sexualidade ineficaz</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Alterações na percepção do papel sexual; - Relato de dificuldades nas atividades sexuais; - Relato de dificuldades nos comportamentos sexuais; - Relato de limitações nas atividades sexuais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conflitos com a orientação sexual; - Medo de adquirir uma doença sexualmente transmissível. 	Funcionamento sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar comportamentos inaceitáveis, considerando-se situações específicas e a população de pacientes; - Discutir com o paciente as consequências de comportamento sexual e verbalizações socialmente inaceitáveis; - Discutir um impacto negativo que um comportamento sexual socialmente inaceitável possa causar nos outros; - Oferecer educação sexual adequada; - Discutir com o paciente formas aceitáveis de satisfazer às necessidades sexuais individuais com privacidade; - Proporcionar a aconselhamento; - Estimular o relacionamento com o forma de apoio e companheirismo;
AUTO-IMAGEM	<i>Distúrbio na imagem corporal</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Doença (HIV/AIDS); - Psicossociais; - Tratamento da doença. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relato de percepções que refletem uma visão alterada na aparência do próprio corpo; - Comportamentos de monitorar o próprio corpo; - Medo da reação dos outros; - Personalização de uma perda por meio de um nome; - Preocupação com a mudança; - Relato de mudança no estilo de vida; - Sentimentos negativos em relação ao corpo (p.ex., sentimentos de desamparo, desesperança ou impotência). 	Satisfação com a aparência do corpo	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a adaptação do paciente a mudanças na imagem corporal, se necessário. - Usar orientação antecipada para preparar o paciente para mudanças previsíveis na imagem corporal; - Monitorar se ocorrem declarações que identifiquem percepções da imagem corporal preocupadas com a forma e peso do corpo; - Determinar se alguma mudança na imagem corporal contribui para o aumento do isolamento social; - Ajudar o paciente a identificar ações que melhorem a aparência; - Facilitar o contato com pessoas com mudanças semelhantes na imagem corporal; - Identificar grupos de apoio disponíveis ao paciente;
TERAPÊUTICA	<i>Autocontrole ineficaz da saúde</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Complexidade do regime terapêutico; - Dificuldades econômicas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Falha em agir para reduzir fatores de risco; - Falha em incluir regimes de tratamento à vida diária; 	Comportamento de adesão	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito; - Demonstrar empatia, cordialidade e autenticidade; - Oferecer privacidade e garantir o sigilo; - Oferecer informações apropriadas; - Estimular a expressão de alimentos; - Auxiliar o paciente a identificar o problema ou situação que está causando sofrimento;
	<i>Comportamento de saúde propenso a risco</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio social inadequado; - Atitude negativa em relação aos cuidados de saúde; - Baixa condição econômica; - Excesso de álcool; - Tabagismo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não consegue agir de forma a prevenir problemas de saúde; - Não consegue alcançar um completa sensação de controle. 	Controle de riscos	<ul style="list-style-type: none"> - Usar as técnicas de reflexão e do esclarecimento para facilitar a expressão das preocupações; - Solicitar ao paciente/pessoas importantes que identifiquem o que conseguem fazer diante dos acontecimentos; - Auxiliar o paciente a listar e priorizar todas as alternativas possíveis a um problema; - Determinar como o comportamento da família afeta o paciente; - Auxiliar o paciente a identificar pontos positivos e a reforça-los - Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por outros mais desejáveis; - Estabelecer com unicidade; - Reduzir o nível de cansaço do paciente; - Monitorar o nível de orientação e estado emocional do paciente; - Auxiliar o paciente a perceber a gravidade da doença e reconhecer as opções de tratamento existentes. - Auxiliar o paciente a conscientizar-se da suscetibilidade a complicações; - Levantar em conta a cultura do paciente ao promover atividades de autocuidado; - Monitorar a capacidade para autocuidado independente; - Dar assistência até que o paciente seja completamente capaz para assumir o autocuidado independente; - Estabelecer uma rotina para as atividades de autocuidado; - Encorajar o paciente a realizar as atividades normais de vida diária conforme seu nível de capacidade. - Oferecer a privacidade apropriada ao paciente; - Realizar a investigação de riscos na admissão; - Manter a confidencialidade dos dados do paciente; - Analisar o nível dos riscos associados ao ambiente (ex. hábitos de vida, trabalho, atmosfera, água, moradia, lixo, alimentação e violência); - Discutir com o paciente o papel das drogas na sua vida; - Determinar o histórico do uso de drogas; - Determinar as substâncias usadas; - Ajudar o paciente a identificar os efeitos negativos da dependência química na saúde, na família e no funcionamento diário;
	<i>Falta de Adesão</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Doenças; - Ansiedade; - Enfrentamento ineficaz; - Medo da morte. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falha em manter compromissos agendados; - Testes objetivos que fornecem evidências de falha na aderência (medidas fisiológicas, detecção de marcadores fisiológicos). 	Comportamento de adesão	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar o paciente sobre a finalidade e ação de cada medicamento; - Orientar o paciente sobre dosagem, via e duração de cada medicamento; - Avaliar a capacidade do paciente para administrar os medicamentos; - Informar o paciente sobre o que fazer quando esquecer uma dose do medicamento; - Informar o paciente das consequências de não tomar o medicamento ou interrompê-lo repentinamente; - Orientar o paciente sobre os possíveis efeitos secundários adversos de cada medicamento;
	<i>Risco de Infecção</i>		<ul style="list-style-type: none"> - Defesas secundárias inadequadas por imunossupressão; - Vacinação inadequada. 	Controle de Risco para doenças Sexualmente Transmissíveis	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar as populações de risco quanto à adesão ao programa de prevenção e tratamento; - Monitorar a continuidade adequada das vacinas na população; - Providenciar vacina à população-alvo; - Monitorar medidas sanitárias; - Monitorar os fatores ambientais que influenciam a transmissão de doenças contagiosas; - Promover o acesso à educação à saúde relativa a prevenção de doenças transmissíveis;
	<i>Náusea</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Medicamentos (TARV) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensação de vontade de vomitar. 	Controle de Náusea e vômito	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os fatores (p.ex. medicação e procedimentos) capazes de causar náuseas ou contribuir para ela; - Promover repouso e sono adequados para facilitar alívio da náusea;
	<i>Ansiedade</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Ameaça de morte; - Ameaça ao estado de saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> - Angustiado; - Desesperado; - Medo; - Nervoso; - Preocupado; - Inquietação; - Nervosismo; - Tensão facial; - Tremores; - Voz trêmula; 	Autocontrole da	<ul style="list-style-type: none"> - Sentar e conversar com o paciente; - Encorajar a respiração profunda, lenta e intencional; - Reduzir ou eliminar estímulos geradores de medo ou ansiedade; - Identificar pessoas significativas cuja presença pode ajudar o paciente; - Providenciar medicamentos ansiolíticos, conforme necessário. - Explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que o paciente possa ter durante o procedimento; - Tentar compreender a perspectiva do paciente em relação situação temida.

ACEITAÇÃO	<i>Desesperança</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Abandono; - Isolamento social; - Perda da crença num poder espiritual; - Perda da fé em valores transcendentais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Afeto diminuído; - Alterações no padrão de sono; - Apetite diminuído; - Falta de envolvimento no cuidado; - Falta de iniciativa; - Indicações verbais (p. ex, conteúdo desesperançado, "não consigo", suspiros); - Olhos fechados. 	<p>Bem-estar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fazer declarações de apoio ou empatia; - Abraçar ou tocar no paciente para oferecer apoio; - Encorajar o paciente a expressar sentimentos de ansiedade, raiva ou tristeza; - Discutir as consequências de não lidar com a culpa e a vergonha; - Escutar, encorajar manifestações de sentimentos e crenças; - Facilitar a identificação, pelo paciente, do padrão usual de resposta ao enfrentar medos; - Oferecer apoio durante a fase de negação, raiva, barganha e aceitação do luto; - Identificar a função de raiva, da frustração e do rancor para o paciente; - Encorajar o diálogo ou o choro como formas de reduzir a resposta emocional; - Oferecer assistência na tomada de decisão; - Encaminhar para aconselhamento, quando necessário.
	<i>Medo</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedade; - Medo da morte 	<ul style="list-style-type: none"> - Relato de nervosismo; - Relato de tensão aumentada - É incapaz de admitir o impacto da doença no padrão de vida; - Minimiza dos sintomas; - Recusa assistência a saúde; - Retarda a procura de assistência à saúde; 	<p>Autocontrole do medo</p> <p>Aceitação do estado de saúde</p>
	<i>Risco de solidão</i>		<ul style="list-style-type: none"> - Falta de energia motivacional; - Isolamento social; - Privação a fétiva. 	<p>Envolvimento Social</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajudar o paciente a dar-se conta da singularidade de cada indivíduo; - ajudar o paciente a identificar os valores que contribuem para o autocuidado; - Partilhar observações ou pensamentos sobre comportamentos ou reações do paciente;
AUTO-IMAGEM	<i>Risco de distúrbios de identidade pessoal</i>		<ul style="list-style-type: none"> - Baixa autoestima situacional; - Discriminação; - Preconceito percebido; 	<p>Autocontrole do pensamento distorcido</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajudar o paciente a identificar as prioridades de vida; - Ajudar o paciente a identificar o impacto da doença no autocuidado; - Verbalizar a negação que o paciente faz da realidade, quando necessário; - Ajudar o paciente a identificar situações que precipitem ansiedade; - Ajudar o paciente a identificar seus atributos positivos; - Ajudar o paciente a identificar uma forma de motivação; - Ajudar o paciente a reexaminar percepções negativas de si mesmo;
AUTO-ESTIMA	<i>Baixa autoestima situacional</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Distúrbios na imagem corporal; - Fracassos; - Perda; - Rejeições. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação de si mesmo como incapaz de lidar com situações; - Relato de sentimento de inutilidade; - Verbalizações autonegativas 	<p>Autoestima melhorada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorar as declarações de autovalorização do paciente; - Encorajar os pacientes a identificar os pontos fortes; - Reforçar os pontos positivos pessoais identificados pelo paciente; - Proporcionar experiências que aumentam a autonomia do paciente, com fome e apropriado; - Evitar críticas negativas; - Encorajar o paciente a identificar impacto do grupo de amigos nos sentimentos de autovalorização; - Encorajar o paciente a aceitar novos desafios; - Recomendar ou elogiar o progresso do paciente na direção das metas; - Facilitar um ambiente e atividades que aumentem a autoestima; - Ajudar os pacientes a identificar a importância da cultura, da religião, da raça, do gênero e da idade na autoestima. - Fazer declarações positivas sobre o paciente;
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS				
RELIGIOSA	<i>Disposição para bem-estar espiritual melhorado</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Expressa desejo de aumentar a aceitação; - Expressa desejo de aumentar a alegria; - Expressa desejo de aumentar a coragem; - Expressa desejo de aumentar a esperança; - Expressa desejo de aumentar o amor; - Expressa desejo de aumentar o enfrentamento; - Expressa desejo de aumentar o significado da vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participa de atividades religiosas; - Reza. 	<p>Saúde Espiritual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratar as pessoas com dignidade e respeito; - Estimular a participação em grupos de apoio; - Ensinar métodos de relaxamento e meditação; - Organizar visitas de conselheiros espiritual individual; - Rezar com a pessoa; - Estar disponível para ouvir sentimentos individuais; - Expressar empatia com os sentimentos individuais; - Facilitar o uso de meditação, da oração e de outras tradições e rituais religiosos pelo indivíduo; - Estar aberto aos sentimentos da pessoa sobre doença e morte; - Ajudar o indivíduo a expressar e aliviar a raiva adequadamente;

Independência e Meio Ambiente apresentaram escores médios inferiores ou posição intermediária de QV quando comparado aos demais.

Os dados encontrados nesta pesquisa apresentam divergências se comparados a um estudo realizado em Campo Grande, Mato Grosso do Sul no ano de 2012, onde este revelou a QV inferior e posição intermediária na maioria dos domínios, com exceção do domínio Psicológico que apresentou similaridade obtendo melhor QV e

DISCUSSÃO

A avaliação das dimensões de qualidade de vida nas PVHA participantes do estudo revelou boa QV na maioria dos domínios. Melhores níveis de escores ou posição superior foram observados nos domínios Psicológico, Espiritualidade, Relações Sociais, Global e Físico. Em contrapartida, os domínios Nível de

escores médios em posição superior quando comparado aos demais. Contrastes também foram encontrados em um levantamento realizado no estado do Rio de Janeiro que apresentou distribuição das médias dos escores com posição intermediária em todos os domínios, havendo paridade com os resultados deste estudo apenas nos domínios Nível de Independência e Meio Ambiente que também obtiveram posição intermediária de QV^{6,7}.

Similaridade foi observada em um estudo com mulheres HIV positivo no interior paulista, revelando que as mais elevadas médias foram atribuídas aos domínios Espiritualidade (65,7) e Físico (64,7), enquanto que as médias mais baixas recaíram nos domínios Meio Ambiente (54,5) e Nível de Independência (58,6)⁸.

A SAE é uma ferramenta que favorece a melhora da prática assistencial com base no conhecimento, no julgamento crítico e na tomada de decisão clínica com o suporte de evidências científicas, obtidas a partir da avaliação dos dados subjetivos e objetivos do indivíduo da família e da comunidade⁹.

A Enfermagem é uma ciência aplicada que saiu de sua fase empírica para a científica, desenvolvendo as suas próprias teorias, sistematizando os seus conhecimentos, pesquisando e se tornando a cada dia mais autônoma. Assim sendo, esta é a ciência e a arte de assistir ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, e sempre que possível, torná-lo independente da assistência, pelo ensino

do autocuidado, de recuperar, de manter e promover a saúde com interagindo com outros profissionais¹⁰.

Considerando a assistência de enfermagem às PVHA e seus desvios à saúde, nota-se a dificuldade e inexistência em sistematizar o cuidado ambulatorial e especializado a esses usuários, sendo indispensável a elaboração de um plano de cuidados efetivo que leve em consideração as necessidades humanas básicas afetadas pela doença.

Para se ter uma assistência de enfermagem adequada e individualizada, é necessário que a aplicação da SAE seja baseada em uma teoria específica, e que a mesma seja do conhecimento de todos os profissionais da instituição que realizam estes cuidados. Além disso a mesma deve estar ajustada conforme as possibilidades de cada instituição como: o número de funcionários, o número de horas semanais de serviço, dentre outros¹¹.

Neste estudo, adotou-se o referencial teórico de Horta (1979), o qual se fundamenta no atendimento das Necessidades Humanas Básicas (NHB) do indivíduo, família ou comunidade. É um modelo que permite a avaliação do indivíduo como um todo, considerando os aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais. Em pessoas infectadas pelo HIV, essas NHB podem ser afetadas pelo convívio com o vírus e a doença (AIDS), bem como por suas comorbidades, co-infecções e uso terapêutico da terapia antirretroviral¹⁰.

Para que seja possível intervenção de enfermagem, é necessário que o enfermeiro examine o paciente em todas suas dimensões e singularidades e faça um diagnóstico adequado, sendo o Processo de Enfermagem (PE) a essência da prática desse profissional, oferecendo ordem e direcionamento ao cuidado prestado. A organização das ações de enfermagem, por meio do Processo de Enfermagem, consiste na elaboração de um planejamento de ações terapêuticas que contribui para a organização, planejamento e cuidado ao ser humano de forma integral através de etapas sistematizadas e inter-relacionadas executadas pela equipe durante o período em que o cliente se encontra sob assistência de enfermagem¹².

O processo de enfermagem, associado a uma teoria, pode resultar em uma assistência mais efetiva, contribuindo com a participação do paciente no planejamento do cuidado¹³. Estudos enfatizam a importância do suporte teórico para sustentação da prática profissional e a contribuição para a atuação do enfermeiro com previsão e coerência¹⁴.

Para a Teoria das NHB, o Processo de Enfermagem divide-se em seis etapas, em que a primeira se refere ao histórico de enfermagem, momento pelo qual o enfermeiro utiliza a entrevista direta e o exame físico para levantar os problemas do paciente possibilitando melhor adesão ao plano de cuidados de enfermagem¹¹.

A elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) consiste na segunda etapa do PE,

em que o enfermeiro identifica as necessidades afetadas e avalia o grau de complexidade e dependência do cliente às suas práticas de cuidado, de modo que a assistência acontecerá proporcionalmente à complexidade do grau de dependência em relação ao enfermeiro⁹.

A terceira etapa do PE é o plano assistencial. Este é constituído pela ação propriamente dita, a qual o enfermeiro exerce para atender ao grau de dependência do cliente. Deve ser escrito de modo a estabelecer uma frequência regular para ser checado, à medida que for executado pela equipe de enfermagem.

O plano de cuidados, também conhecido como prescrições de enfermagem, é a quarta etapa do PE, em que é apresentada uma sequência de eventos agendados que nortearão os cuidados de enfermagem diariamente. A quinta etapa, evolução de enfermagem, representa a avaliação global das respostas do cliente ao plano de cuidados instituído. É nesse momento que o enfermeiro descreve com clareza sua visão sobre sua prática assistencial empregada e sugere alterações, quando cabíveis, à equipe de trabalho, para melhorar a qualidade do serviço⁹.

Na sexta etapa, prognóstico de enfermagem, o enfermeiro avalia as condições gerais do cliente que culminaram na alta hospitalar, considerando que tal prognóstico será tanto melhor quanto melhores forem as condições de restabelecimento do cliente à sua vida normal, isto é, melhor adaptado e capaz de desempenhar o autocuidado.

Para elaboração do plano de intervenções terapêuticas a partir do modelo conceitual de Wanda de Aguiar Horta⁶, considera-se necessário levantar os dados que norteiam o julgamento clínico do enfermeiro, baseado na identificação das NHB com base no raciocínio diagnóstico¹¹.

O processo de raciocínio diagnóstico possui definições semelhantes como julgamento clínico, raciocínio lógico, raciocínio crítico ou raciocínio clínico. A este, os diagnósticos são agregados à experiência profissional, ao conhecimento técnico-científico e às informações sobre o problema de saúde do paciente. Essa interação de processos interpessoais, técnicos e intelectuais envolve habilidades do enfermeiro que influenciam na acurácia das interpretações das respostas humanas¹⁵.

Para afirmação de plano de intervenção e sua aplicabilidade na *práxis* de enfermagem, existem vários sistemas de classificação que podem ser utilizados. No Brasil, uma das taxonomias mais difundidas é a proposta pela tríade NNN, *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*³ na construção das afirmativas de diagnósticos, *Nursing Interventions Classification (NIC)*⁵ para as intervenções de enfermagem e *Nursing Outcomes Classification (NOC)*⁴ na avaliação dos resultados.

Ademais, percebe-se que a SAE possibilita que os enfermeiros identifiquem as necessidades humanas afetadas em seus clientes e, dessa forma, realizem os DE e proponha as devidas IE, para que a equipe de enfermagem consiga prestar uma assistência planejada, fundamentando-se em Rev. Pre. Infec e Saúde.2015;1(2):9-20.

conhecimentos e viabilizando um cuidado objetivo e individualizado para cada paciente. Assim, a SAE pode se tornar uma fonte inesgotável de conhecimento e, que, quando bem utilizada, valoriza o enfermeiro, tanto na assistência como na docência¹⁶.

Em pessoas vivendo com HIV/Aids, nota-se a escassez na elaboração de planos ou protocolos de cuidados a indivíduos atendidos em nível ambulatorial, auxiliando o cuidado prestado, aumentando a adesão ao tratamento e auxiliando na melhoria das condições e qualidade de vida. Estudos realizados com soropositivos hospitalizados tem revelado que os principais diagnósticos aplicados são: risco de infecção, disfunção sexual, déficit no autocuidado para alimentação e controle ineficaz do regime terapêutico. Desta forma, percebe-se que se faz necessário que os indivíduos dos estudos entendam o autocuidado como algo fundamental para a manutenção da saúde e que o acompanhamento ambulatorial, além das consultas, exames e medicamentos, é um momento oportuno para o esclarecimento de dúvidas em relação à doença¹⁷.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados nesse estudo, pode-se compreender como o advento da TARV vem influenciando o viver com HIV/AIDS nas últimas décadas, possibilitando repensar e até ressignificar o fenômeno da infecção pelo HIV no mundo, desconstruindo a ideia enraizada de morte para uma perspectiva mais humanística em que o

indivíduo possa conviver cotidianamente com o vírus, sob o prisma da cronicidade.

A avaliação da qualidade de vida e dos fatores associados permite o conhecimento das condições de vida a qual vivem os soropositivos. Em uma perspectiva macro e multidimensional, a qualidade de vida apresentou melhor avaliação nos domínios Psicológico (67,9), Espiritualidade (65,7) e Relações Sociais (65,0). Em contrapartida, os domínios Nível de Independência (55,1) e Meio Ambiente (59,2) foram os mais comprometidos. A partir desse conhecimento é possível elaborar planos de cuidados que visem melhorar a qualidade da assistência prestada em cada dimensão e necessidades humanas afetadas pela doença.

Apesar do significativo número de estudos publicados na temática, o número de pesquisas realizadas em serviços ambulatoriais e especializado (SAE) a pessoas vivendo com HIV/Aids, ainda é escasso quando comparado aos estudos com pacientes hospitalizados. Sugere-se a aplicação deste plano para validação na prática clínica.

REFERÊNCIAS

1. Ciconelli R M. Medidas de avaliação de qualidade de vida. Rev. Bras. Reumatol on line [Internet]. 2003 mar-abr; 43(2):11-13. Available from: <http://www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=386648&indexSearch=ID&lang=p>
2. Berlim MT, Fleck MPA. Quality of life: a brand new concept for research and practice in psychiatry. Rev. Bras. Psiquiatr on line [Internet]. 2003; 25(4):249-252. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462003000400013&script=sci_arttext
3. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificações - 2012-2014. Rev. Pre. Infec e Saúde. 2015;1(2):9-20.
4. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Classificação dos resultados de enfermagem - NOC 4th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
5. McCloskey JC, Bulechek GM, organizadoras. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 5th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
6. Ferreira BE, Oliveira IM, Paniago AMM. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. Rev. Bras. Epidemiol on line [Internet]. 2012; 15(1): 75-84. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2012000100007&script=sci_arttext
7. Costa TL, Oliveira DC. Qualidade de vida de pessoas com vírus da imunodeficiência humana e a interiorização: avaliação multidimensional. Rev. Enferm. UFPE on line [Internet]. 2013; 7(10): 5866-75. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4853/7352>.
8. Gaspar J, Pereira FMV, Neves LAS, Castrighini CC, Gir E. Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/aids de um município do interior paulista. Rev. esc. enferm. USP on line [Internet]. 2011; 45(1): 230-236. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/32.pdf>
9. Roza BA. Pensamento crítico e julgamento clínico na enfermagem, In: BORL, A.M.T. Enfermagem Baseada em Evidências. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
10. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
11. Amante LN, Rossetto AP, Schneider DG. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. Rev Esc Enferm USPOn line [Internet]. 2009; 43(1):54-64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100007
12. Barros ALBL. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3th ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
13. Sampaio FAA, Aquino PS, Araujo TL, Galvao MTG. Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da teoria de Orem. Acta paul. Enfermon line [Internet]. 2008; 21(1):94-100. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000100015&script=sci_arttext&tlng=pt
14. Sena CA, Carvalho EC, Rossi LA, Ruffino MC. Estratégias de implementação do processo de enfermagem para uma pessoa infectada

pelo HIV. Rev. Latino-Am. Enfermagem on line [Internet]. 2001; 9(1):27-38. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-11692001000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

[11692001000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-11692001000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
15. Lunney M. Pensamento crítico para o alcance dos resultados positivos em saúde: análises e estudos de caso em enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011. 353 p.

16. Repetto MÂ, Souza MF. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. Rev. bras.

enferm. [Internet]. 2005; 58(3); 325-329. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a14v58n3.pdf>

17. Unha GH, Galvao MTG. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com o Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em assistência ambulatorial. Acta paul. enferm. [Internet]. 2010; 23(4); 526-532. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/13.pdf>

Recebido em: 17/03/2015

Aprovado em: 12/04/2015

Publicado em: 01/08/2015

Colaborações

Oliveira FBM, Moura MEB, Silva FS, Oliveira BM e Pessoa RMC contribuíram na percepção e planejamento do trabalho e na análise e interpretação dos resultados obtidos, bem como das revisões sucessivas até a aprovação final.