



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Euzeli da Silva Brandão

**Evidências do cuidado de enfermagem para o conforto/bem-estar dos
clientes com dermatoses imunobolhosas: ensaio clínico**

Rio de Janeiro

2014

Euzeli da Silva Brandão

Evidências do cuidado de enfermagem para o conforto/bem-estar dos clientes com dermatoses imunobolhosas: ensaio clínico

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Iraci dos Santos

Rio de Janeiro

2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

B819 Brandão, Euzeli da Silva.
Evidências do cuidado de enfermagem para o conforto/bem-estar dos
clientes com dermatoses imunobolhosas : ensaio clínico / Euzeli da Silva
Brandão. - 2014.
314 f.

Orientadora: Iraci dos Santos.
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem.

1. Pele – Doenças - Enfermagem. 2. Cuidados em enfermagem. 3.
Teoria de Enfermagem. I. Santos, Iraci dos. II. Universidade do Estado do
Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese,
desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Euzeli da Silva Brandão

Evidências do cuidado de enfermagem para o conforto/bem-estar dos clientes com dermatoses imunobolhosas: ensaio clínico

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 20 de fevereiro de 2014.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Iraci dos Santos (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Mônica Antar Gamba

Universidade Federal de São Paulo

Prof.^a Dra. Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira

Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

Prof.^a Dra. Luna Azulay-Abulafia

Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Rio de Janeiro

2014

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a todas as pessoas que em algum momento de suas vidas foram acometidas por uma dermatose imunobolhosa, em especial, as que participaram deste estudo, e aquelas que despertaram em mim a importância e a necessidade dos cuidados de enfermagem para a promoção do conforto, prevenção de agravos e manutenção da vida.

AGRADECIMENTOS

À todas as pessoas com dermatoses imunobolhosas que participaram desta pesquisa.

À mestra, orientadora e eterna parceira Prof.^a Dra. Iraci dos Santos, pelo incentivo e sabedoria durante a condução desta pesquisa, acompanhando a sua realização inclusive no Mato Grosso do Sul, mostrando-me sempre o melhor caminho a ser percorrido.

À Universidade Federal Fluminense, em especial, à Direção da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa e professores do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração, por conceder o meu afastamento das atividades docentes, permitindo a qualificação para o desenvolvimento de pesquisas.

Aos Chefes de Serviço de Dermatologia, Prof. Dr. João Carlos Fonseca (HUPE/UERJ), Prof.^a Dra. Sandra Maria Barbosa Durães (HUAP/UFF), Prof. Dr. David Rubem Azulay (Santa Casa de Misericórdia do RJ) e ao Coordenador Técnico do Hospital Adventista do Pênfigo Márcio Cley F. Reis, por autorizarem a realização desta pesquisa nos serviços mencionados.

Ao Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ, por proporcionar o meu desenvolvimento profissional, principalmente na área de dermatologia. Em especial, os membros da equipe de enfermagem da enfermaria de dermatologia, que não pouparam esforços para colaborar com esta pesquisa.

À ilustre Prof.^a Dra. Luna Azulay-Abulafia, pela constante confiança e credibilidade depositada no meu trabalho enquanto enfermeira e pesquisadora.

Ao Prof. Dr. Alexandre Carlos Gripp, pelos esclarecimentos sobre as dermatoses imunobolhosas durante a minha trajetória profissional no HUPE/UERJ.

Ao Major do Hospital Central do Exército Sávio Reder de Souza, por gentilmente autorizar o uso do Índice de comprometimento cutâneo mucoso do pênfigo vulgar, validado durante a sua pós-graduação na dermatologia do HUPE/UERJ.

À Faculdade de Enfermagem da UERJ e ao seu Programa de Pós-Graduação, responsáveis por toda a minha formação acadêmica.

À Prof.^a Dra. Regina Serrão Lanzillotti, do Instituto de Matemática e Estatística da UERJ, pelas horas de ensinamentos sobre a lógica *fuzzy*, total parceria e descoberta de uma pessoa sábia, simples e super especial.

Às enfermeiras especialistas em dermatologia que validaram o PACD, possibilitando a sua utilização durante a pesquisa.

À enfermeira Fátima Vinchon, chefe do Centro de Material do HUPE/UERJ e equipe, pela receptividade e por disponibilizar o material conforme o protocolo proposto.

Ao farmacêutico e técnico de laboratório Alfredo da S. Martins e às biólogas Maria Thereza Lima e Zilma Nunes do Laboratório de Controle da Qualidade do HUPE/UERJ, que apesar das dificuldades, realizaram os testes de esterilidade dos curativos propostos no estudo em questão.

Ao Prof. Dr. Robson de Souza Leão e à bióloga e técnica de análises clínicas Marcia Cruz Mota da Fonseca Gomes do Departamento de Microbiologia e Imunologia da UERJ, pela busca de uma alternativa para realização dos testes de esterilidade mencionados.

Ao colega de disciplina realizada no IME/UERJ Augusto Moreira Júnior, pela parceria no desafio de compreender a lógica *fuzzy*.

À Enf.^a Marilange Rossi e equipe, e à Prof.^a Dra. Marisa Rolan da UFMS, por tornarem possível a realização da pesquisa no Hospital Adventista do Pênfigo - Mato Grosso do Sul.

À equipe de saúde da enfermaria de clínica médica do HUAP/UFF pela receptividade e apoio.

Ao estudante de Engenharia da Computação, Arnon Pinheiro Álvares de Azevedo, pelo apoio técnico, e por utilizar os seus conhecimentos para elaboração de um software, um dos produtos deste estudo.

À estudante de Ciências Atuariais, Paloma Vieira Ferraz, pela sua colaboração na construção de planilhas para a avaliação dos dados referentes à lógica *fuzzy*.

À todos os membros da Banca Examinadora, pela disponibilidade para compartilhar conhecimentos e pelas considerações realizadas.

Ao CNPq pelo apoio financeiro que viabilizou a aquisição do material indispensável para realização desta pesquisa, além da realização da mesma em outro estado, a exemplo do Hospital Adventista do Pênfigo, no Mato Grosso do Sul.

À minha mãe, pela eterna dedicação e cuidados dispensados em todas as etapas da minha vida. Ao meu pai, pela simplicidade e humildade, características que me ensinam a cada dia.

Ao meu marido Julio Cesar, pela dedicação, apoio diário, e por sempre buscar um motivo para me fazer sorrir.

O caminho não está pronto mas
É preciso sempre caminhar muito mais
O caminho se mostra enquanto persistente
Caminhar sempre pra frente

Vê Domingos; Marcelo Falcão; Xandão; Marcelo Lobato; Lauro Farias; Tom Sabóia

RESUMO

BRANDÃO, Euzeli da Silva. **Evidências do cuidado de enfermagem para o conforto/bem-estar dos clientes com dermatoses imunobolhosas**: ensaio clínico. 2014. 314 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

O contato com pessoas acometidas por dermatoses imunobolhosas (DI) é impactante devido ao visível sofrimento causado pelo desconforto/mal-estar e comprometimento da autoimagem. Trata-se de um grupo de doenças de evolução crônica cuja manifestação primária e fundamental consiste no desenvolvimento de bolhas e menos frequentemente de vesículas na pele e/ou mucosas. O desafio de cuidar desta clientela justifica-se pelo caráter desfigurante e desconfortante, complexidade e vulnerabilidade a complicações, dentre as quais infecções e infestações, principalmente no ambiente hospitalar, fato agravado pelas drogas imunossupressoras utilizadas para o tratamento. Neste contexto, sobleva-se a necessidade de ampliação do cuidado de enfermagem, sem limitar-se ao cumprimento das prescrições dos demais profissionais de saúde, objetivando atender às necessidades desta clientela e contemplá-la em todas as suas dimensões. Assim, este estudo teve como objetivo geral: propor uma Tecnologia de Cuidados de Enfermagem ao Cliente com Dermatose Imunobolhosas (TCECDI) que reconheça padrões de conforto/bem-estar do cliente hospitalizado, antes e após a sua aplicação. A necessidade de trabalhar com dados imprecisos como a subjetividade do conforto/bem-estar, e com um grupo de doenças de incomum acometimento às pessoas, despertou o interesse pela lógica *fuzzy*, uma teoria que auxilia na compreensão dos conceitos que extrapolam as barreiras da lógica formal, permitindo estabelecer diferentes graus de pertinência dos atributos julgados relevantes, representando uma ferramenta que pode capturar informações subjetivas convertendo-as em valores de pertinência. Os atributos estabelecidos para avaliação do conforto nos três momentos foram: dor, mobilidade, padrão de sono, exposição do corpo e das lesões, conhecimento sobre a doença e autocuidado. Trata-se de um estudo quase experimental, interinstitucional, realizado no período de junho de 2012 a abril de 2013, em unidades de internação especializadas em dermatologia localizadas no Rio de Janeiro e no Mato Grosso do Sul. O delineamento alternativo para o ensaio clínico utilizado foi destinado a um único grupo não randomizado do tipo série temporal. As aferições foram realizadas antes (T_0), 24 horas após (T_1) e uma semana após (T_2) o recebimento da intervenção. Como inexistia grupo controle, em cada sujeito considerou-se o seu próprio controle. Baseando-se nas classificações advindas da lógica *fuzzy*, na definição de conforto e nos três sentidos técnicos preconizados por Kolcaba: alívio, calma e transcendência, constatou-se a redução significativa no padrão de desconforto. Assim, pode-se afirmar que a implementação da TCECDI interferiu de forma expressiva e positiva nas necessidades de conforto dos sujeitos do estudo. Ao privilegiar a autonomia do enfermeiro e o seu saber específico, esta pesquisa contribuiu para a enfermagem como profissão, preenchendo lacunas nesta área do conhecimento, possibilitando o ensino qualificado, além de estimular entre os profissionais de saúde a reflexão, compreensão e desenvolvimento de outras pesquisas sobre a prática do cuidado em saúde, principalmente em dermatologia.

Palavras-chave: Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Dermatologia. Tecnologia. Teoria.

ABSTRACT

BRANDÃO, Euzeli da Silva. **Evidences of nursing care for the comfort/well-being of clients with immunobullous dermatoses**: a clinical trial. 2014. 314 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

The contact with people affected by immunobullous dermatoses (ID) is stunning due to the evident suffering caused by the discomfort/poor welfare, as well as the commitment of the self-image. That is a group of chronic diseases, whose primary and fundamental manifestation consists in the development of blisters and, less frequently, vesicles in the skin and/or mucosae. The challenge of taking care of these clients is justified by the deforming and uncomfortable nature, as well as its complexity and vulnerability to complications, including infections and infestations, mainly in hospital environment, a fact that is worsened by the immunosuppressive drugs used in its treatment. In this context, the need to increase the nursing care becomes evident, without failing to observe the prescriptions by the other healthcare professionals, with a view to meeting the needs of these clients and fulfilling these needs in all of their dimensions. Therefore, the aim of this study is to propose a Nursing Care Technology for the Client with immunobullous dermatoses (TCECDI) that acknowledges comfort/welfare standards of the inpatient before and after its application. The constraint of working with inaccurate data such as the subjectivity of comfort/welfare, and with a group of diseases that affect people in an uncommon manner, has sparked the interest by the *fuzzy* logic, a theory that helps understand the concepts that extrapolate the barriers of formal logic, thus enabling the establishment of different degrees of pertinence of the attributes deemed relevant, representing a tool that may collect subjective data and convert them into pertinence values. The attributes established to assess the comfort in the three moments were: pain, mobility, sleep pattern, exposure of the body and the injuries, knowledge on the disease and self-care. That is a quasi-experimental, interinstitutional study, carried out from June 2012 to April 2013, in inpatient units specialized in dermatology located in the states of Rio de Janeiro and Mato Grosso do Sul. The alternative design for the clinical trial used was intended to a single non-randomized group of the time-series type. The calculations were made before (T_0), 24 hours later (T_1) and one week later (T_2) receiving the intervention. As there is no control group, each subject was regarded as his/her own control group. Based on the classifications derived from *fuzzy* logic, in the definition of comfort and in the three technical senses define by Kolcaba: relief, ease and transcendence, we observed a significant reduction in the discomfort pattern. Therefore, we may affirm that the implementation of the TCECDI interfered, in a explicit and positive manner, on the comfort needs of the study subjects. By favoring the autonomy of the nurse and his/her specific knowledge, this research contributed to nursing as a profession, filling gaps in the field of knowledge, enabling qualified training, as well as stimulating, among the healthcare professionals, the reflection, understanding and development of further research on the healthcare practice, mainly in dermatology.

Keywords: Nursing. Nursing care. Dermatology. Technology. Theory.

RESUMEN

BRANDÃO, Euzeli da Silva. **Evidencias del cuidado de enfermería para el confort/bienestar del clientes con dermatoses immunoampollosas**: ensayo clínico. 2014. 314 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

El contacto con personas acometidas por dermatoses immunoampollosas (DI) es impactante debido al sufrimiento causado por el desconforto/malestar y comprometimiento de la autoimagen. Se trata de un grupo de enfermedades de evolución crónica cuya manifestación primaria y fundamental consiste en el desarrollo de ampollas y menos frecuentemente de vesículas en la piel y/o mucosas. El desafío de cuidar de esta clientela se justifica por el carácter de desfiguración y desconforto, complejidad y vulnerabilidad a complicaciones, entre las cuales infecciones e infestaciones, principalmente en el ambiente hospitalario, hecho agravado por las drogas immunosupresoras usadas para el tratamiento. En este contexto, se destaca la necesidad de ampliación del cuidado de enfermería, sin limitarse al cumplimiento de las prescripciones de los otros profesionales de salud, objetivando atender a las carencias de esta clientela considerada en todas sus dimensiones. Por eso, este estudio tuvo como objetivo general: proponer una Tecnología de Cuidados de Enfermería al Cliente con Dermatosis Immunoampollosas (TCECDI) que reconozca patrones de confort/bienestar del cliente hospitalizado, antes y después de su aplicación. La necesidad de trabajar con datos imprecisos como la subjetividad del confort/bienestar, y con un grupo de enfermedades de acometimiento incomún a las personas, suscitó el interés por la lógica *fuzzy*, una teoría que ayuda en la comprensión de los conceptos que extrapolan las barreras de la lógica formal, permitiendo establecer diferentes grados de pertinencia de los atributos considerados relevantes, representando una herramienta que puede capturar informaciones subjetivas transformadas en valores de pertinencia. Los atributos establecidos para evaluación del confort en los tres momentos fueron: dolor, movilidad, patrón de sueño, exposición del cuerpo y de las lesiones, conocimiento sobre la enfermedad y autocuidado. Se trata de un estudio casi experimental, interinstitucional, realizado de junio de 2012 a abril de 2013, en unidades de internación especializadas en dermatología localizadas en Rio de Janeiro y Mato Grosso do Sul – Brasil. El delineamiento alternativo para el ensayo clínico utilizado fue destinado a un grupo único no randomizado del tipo serie temporal. Las afericiones hechas antes (T0), 24 horas después (T1) y una semana después (T2) del recibimiento de la intervención. Como no hay grupo control, en cada sujeto se consideró su propio control. Con base en las clasificaciones oriundas de la lógica *fuzzy*, en la definición de confort y en los tres sentidos técnicos preconizados por Kolcaba: alivio, calma y transcendencia, se constató reducción significativa en el patrón de desconforto. Así se puede afirmar que la implementación de la TCECDI interfirió de forma expresiva y positiva en las necesidades de confort de los sujetos del estudio. Privilegiando la autonomía del enfermero y su saber específico, esta investigación contribuyó para la enfermería como profesión, rellenando lagunas en esta área del conocimiento, posibilitando la enseñanza calificada, allén de estimular entre los profesionales de salud la reflexión, comprensión y desarrollo de otras pesquisas sobre la práctica del cuidado en salud, y en dermatología.

Palabras Clave: Enfermería. Cuidados de Enfermería. Dermatología. Tecnología. Teoría.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Características, níveis de evidências e cuidados de enfermagem recomendados nos artigos da revisão. Rio de Janeiro, 2009.....	40
Figura 2 -	Perfil das Produções científicas sobre o tema. Rio de Janeiro, 2011.....	51
Figura 3 -	Síntese e evidência dos artigos selecionados. Rio de Janeiro, 2011.....	52
Figura 4 -	Conjuntos <i>fuzzy</i>	83
Figura 5 -	Primeira máquina <i>fuzzy</i> para determinação dos padrões de conforto (consequente) segundo os termos linguísticos inferidos pelos atributos dor e mobilidade (antecedentes).....	86
Figura 6 -	Segunda máquina <i>fuzzy</i> para determinação dos padrões de conforto (consequente) segundo os termos linguísticos inferidos pelos atributos dor, mobilidade e padrão de sono (antecedentes).	86
Figura 7 -	Terceira máquina <i>fuzzy</i> para determinação dos padrões de conforto (consequente) segundo os termos linguísticos inferidos pelos atributos dor, mobilidade e exposição do corpo e das lesões (antecedentes).....	87
Figura 8 -	Etapas segundo aplicação da TCECDI.....	90

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1 -	Cliente 1: Momento T_0	250
Fotografia 2 -	Cliente 1: Momentos T_1 e T_2	251
Fotografia 3 -	Cliente 2: Momento T_0	254
Fotografia 4 -	Cliente 2: Momento T_1	255
Fotografia 5 -	Cliente 2: Momento T_2	256
Fotografia 6 -	Cliente 3: Momento T_0	259
Fotografia 7 -	Cliente 3: Momento T_1	260
Fotografia 8 -	Cliente 3: Momento T_2	261
Fotografia 9 -	Cliente 4: Momentos T_0 e T_1	264
Fotografia 10 -	Cliente 4: Momento T_2	265
Fotografia 11 -	Cliente 5.....	268
Fotografia 12 -	Cliente 5: Momento T_0	269
Fotografia 13 -	Cliente 5: Momento T_1	270
Fotografia 14 -	Cliente 5: Momento T_2	271
Fotografia 15 -	Cliente 6: Momentos T_0 e T_1	274
Fotografia 16 -	Cliente 6: Momento T_2	275
Fotografia 17 -	Cliente 7: Momento T_0	278
Fotografia 18 -	Cliente 8: Momento T_0	281
Fotografia 19 -	Cliente 8: Momento T_1	282
Fotografia 20 -	Cliente 9: Momentos T_0 e T_1	284
Fotografia 21 -	Cliente 9: Momento T_2	285
Fotografia 22 -	Cliente 10: Momento T_0	288
Fotografia 23 -	Cliente 10: Momento T_2	289
Fotografia 24 -	Cliente 11: Momento T_0	292
Fotografia 25 -	Cliente 11: Momento T_2	293
Fotografia 26 -	Cliente 12: Momento T_0	296
Fotografia 27 -	Cliente 12: Momento T_2	297
Fotografia 28 -	Cliente 13: Momento T_0	300
Fotografia 29 -	Cliente 13: Momento T_2	301
Fotografia 30 -	Cliente 14: Momento T_0	303

Fotografia 31 - Cliente 14: Momento T₂..... 304

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Naturalidade, local de residência dos sujeitos e instituição de atendimento.....	108
Quadro 2 -	Diagnósticos de enfermagem, respectivos domínios e classes encontrados em 14 sujeitos do estudo.....	121
Quadro 3 -	Diagnósticos de enfermagem, respectivos domínios e classes encontrados em 12 sujeitos do estudo.....	128
Quadro 4 -	Diagnósticos de enfermagem, respectivos domínios e classes encontrados em 11 sujeitos do estudo.....	132
Quadro 5 -	Diagnósticos de enfermagem, respectivos domínios e classes encontrados em nove, oito e sete sujeitos do estudo.....	134
Quadro 6 -	Diagnósticos de enfermagem, respectivos domínios e classes encontrados em seis, cinco e quatro e três sujeitos do estudo.....	138
Quadro 7 -	Diagnósticos de enfermagem, respectivos domínios e classes encontrados em dois e um sujeitos do estudo.....	142

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos artigos encontrados por Bases de Dados. Rio de Janeiro, 2011.....	50
Tabela 2 -	Levantamento dos clientes com dermatoses imunobolhosas hospitalizados. Rio de Janeiro, 2011.....	74
Tabela 3 -	Pontuação aferida às sugestões dos juízes por partes do protocolo de avaliação do cliente em dermatologia.....	102
Tabela 4 -	Matriz de correlação ordinal da avaliação atribuída aos juízes.....	103
Tabela 5 -	Rendimento e constelação familiar dos sujeitos.....	109
Tabela 6 -	Escolaridade e formação/ocupação dos sujeitos.....	110
Tabela 7 -	Distribuição dos sujeitos por ocorrência da doença.....	111
Tabela 8 -	Distribuição dos clientes por doença cutânea e frequência de internações.....	111
Tabela 9 -	Distribuição dos sujeitos segundo a realização de exames preventivos.....	112
Tabela 10 -	Distribuição dos sujeitos segundo queixa principal.....	113
Tabela 11 -	Distribuição dos sujeitos segundo doenças pregressas.....	113
Tabela 12 -	Distribuição dos sujeitos segundo o histórico de uso de produtos/medicamentos tópico e sistêmico para controle da doença cutânea antes da internação.....	115
Tabela 13 -	Distribuição dos sujeitos segundo medicamentos sistêmicos em uso no momento da internação.....	116
Tabela 14 -	Distribuição dos sujeitos segundo histórico de doenças na família.....	116
Tabela 15 -	Distribuição dos sujeitos por causa do adoecimento cutâneo sob a própria ótica.....	117
Tabela 16 -	Cuidados de enfermagem referentes ao Objetivo 1 do PCECDI...	148
Tabela 17 -	Cuidados de enfermagem referentes ao Objetivo 2 do PCECDI...	151
Tabela 18 -	Cuidados de enfermagem referentes ao Objetivo 3 do PCECDI...	152
Tabela 19 -	Cuidados de enfermagem referentes ao Objetivo 4 do PCECDI...	154

Tabela 20 -	Cuidados de enfermagem referentes ao Objetivo 5 do PCECDI...	156
Tabela 21 -	Cuidados de enfermagem referentes ao Objetivo 6 do PCECDI...	157
Tabela 22 -	Cuidados de enfermagem referentes ao Objetivo 7 do PCECDI...	158
Tabela 23 -	Cuidados de enfermagem referentes ao Objetivo 8 do PCECDI...	161
Tabela 24 -	Distribuição dos sujeitos por atributo dor nos momentos T_0, T_1 e T_2	164
Tabela 25 -	Evolução dos sujeitos segundo os termos linguísticos em relação ao atributo dor nos momentos T_0, T_1 e T_2 . com respectivas pertinências.....	165
Tabela 26 -	Distribuição dos sujeitos segundo os termos linguísticos em relação ao atributo mobilidade nos momentos T_0, T_1 e T_2	167
Tabela 27 -	Evolução dos sujeitos segundo os termos linguísticos em relação ao atributo mobilidade nos momentos T_0, T_1 e T_2 com respectivas pertinências.....	168
Tabela 28 -	Distribuição dos sujeitos segundo os termos linguísticos em relação ao atributo padrão de sono nos momentos T_0, T_1 e T_2	169
Tabela 29 -	Evolução dos sujeitos segundo os termos linguísticos em relação ao atributo padrão de sono nos momentos T_0, T_1 e T_2 com respectivas pertinências.....	170
Tabela 30 -	Distribuição dos sujeitos segundo os termos linguísticos em relação ao atributo exposição do corpo e das lesões nos momentos T_0, T_1 e T_2	171
Tabela 31 -	Evolução dos sujeitos segundo os termos linguísticos em relação ao atributo exposição do corpo e das lesões nos momentos T_0, T_1 e T_2 com respectivas pertinências.....	172
Tabela 32 -	Distribuição dos sujeitos segundo os termos linguísticos em relação ao atributo conhecimento sobre a doença e autocuidado nos momentos T_0, T_1 e T_2	173
Tabela 33 -	Evolução dos sujeitos segundo os termos linguísticos em relação ao atributo conhecimento sobre a doença e autocuidado nos momentos T_0, T_1 e T_2 com respectivas pertinências.....	174
Tabela 34 -	Distribuição dos sujeitos segundo os termos linguísticos no cruzamento entre os atributos dor e mobilidade nos momentos T_0, T_1 e T_2	176

Tabela 35 -	Padrão de desconforto em termos linguísticos dos sujeitos segundo o cruzamento entre os atributos dor e mobilidade nos momentos T ₀ , T ₁ e T ₂	177
Tabela 36 -	Distribuição dos sujeitos segundo os termos linguísticos no cruzamento entre os atributos dor, mobilidade e padrão de sono nos momentos T ₀ , T ₁ e T ₂	178
Tabela 37 -	Padrão de desconforto em termos linguísticos dos sujeitos segundo o cruzamento entre os atributos dor, mobilidade e padrão de sono nos momentos T ₀ , T ₁ e T ₂	179
Tabela 38 -	Distribuição dos sujeitos segundo os termos linguísticos no cruzamento entre os atributos dor, mobilidade e exposição do corpo e das lesões nos momentos T ₀ , T ₁ e T ₂	180
Tabela 39 -	Padrão de desconforto em termos linguísticos dos sujeitos segundo o cruzamento entre os atributos dor, mobilidade e exposição do corpo e das lesões nos momentos T ₀ , T ₁ e T ₂	181

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Ag	Antígeno
Bdenf	Base de Dados da Enfermagem
CINAHL	Cumulative Index in Nursing and Allied Health Literature
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CV	Coeficiente de Variação
DI	Dermatose Imunobolhosa
DE	Diagnóstico de Enfermagem
EBSCOhost	Online Research Databases
EMBASE	Excerpta Medica database
FS	Fogo Selvagem
HAP/MS	Hospital Adventista do Pênfigo - Mato Grosso do Sul
HUAP	Hospital Universitário Antônio Pedro
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
ICCMCPV	Índice de Comprometimento Cutâneomucoso do Cliente com Pênfigo Vulgar
IFD	Imunofluorescência Direta
IFI	Imunofluorescência Indireta
Ig	Imunoglobulina
IME	Instituto de Matemática e Estatística
IPD	Instrumento de Produção de Dados
IVC	Índice de Validade do Conteúdo
Kda	Kilo Dalton
LILACS	Literatura Latinoamericana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
OVID	Wolters Kluwer Health
PACD	Protocolo de Avaliação do Cliente em Dermatologia
PB	Penfigóide Bolhoso
PCECDI	Protocolo de Cuidados de Enfermagem ao Cliente com Dermatoses Imunobolhosas
PF	Pênfigo Foliáceo

PFB	Pênfigo Foliáceo Brasileiro
PubMed	United States National Library of Medicine
PV	Pênfigo Vulgar
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SCMRJ	Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SOBENDE	Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia
TC	Taxa de Concordância
TCECDI	Tecnologia de Cuidados de Enfermagem ao Cliente com Dermatoses Imunobolhosas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNF	Tax Necrosis Factor
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	22
1 REFERENCIAL TEMÁTICO.....	27
1.1 Evolução do cuidado de enfermagem ao cliente com com pênfigo: revisão integrativa de literatura.....	35
1.2 Evidências do cuidar de pessoas com pênfigo vulgar: desafio à enfermagem.....	46
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	58
2.1 Conceitos de Virgínia Henderson.....	59
2.2 A perspectiva estética no cuidar em enfermagem.....	59
2.3 Tecnologias para o cuidar em enfermagem.....	61
2.4 O conceito de conforto na Teoria de Kolcaba.....	62
3 MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	68
3.1 Conceitos da Teoria <i>fuzzy</i>	70
4 METODOLOGIA.....	73
4.1 Métodos de pesquisa.....	73
4.2 Sujeitos da pesquisa.....	73
4.3 Campos e amostra da pesquisa.....	75
4.4 Variáveis do estudo.....	76
4.5 A consulta de enfermagem como facilitador para produção dos dados....	77
4.6 Aplicação da lógica <i>fuzzy</i>	79
4.7 Etapas segundo aplicação da TCECDI.....	89
4.8 Validação do Protocolo de Avaliação do Cliente em Dermatologia (PACD) - Aplicação da técnica Delphi.....	91
4.9 Tratamento e apresentação dos dados produzidos.....	93
4.10 Aspectos éticos.....	93
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	94
5.1 Protocolo para avaliação do cliente em dermatologia: validação pela técnica Delphi.....	94
5.2 Características sociodemográficas dos clientes com dermatoses imunobolhosas.....	106

5.3	Características clínicas dos clientes com dermatoses imunobolhosas.....	110
5.4	Diagnósticos de enfermagem segundo NANDA identificados nos sujeitos do estudo após aplicação do PACD.....	120
5.5	Intervenções de enfermagem propostas no PCECDI, aplicadas a partir dos DE identificados.....	147
5.6	Resultados da lógica fuzzy.....	163
5.7	Resumo da evolução dos sujeitos após aplicação da TCECDI.....	183
	CONCLUSÃO.....	185
	REFERÊNCIAS.....	187
	APÊNDICE A - Protocolo de Avaliação do Cliente em Dermatologia (PACD).....	192
	APÊNDICE B- Protocolo de Cuidados de Enfermagem ao Cliente com Dermatoses Imunobolhosas (PCECDI.....	236
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	245
	APÊNDICE D - Formulário para avaliação dos atributos estabelecidos antes (T₀), durante – 24 horas (T₁) e uma semana após intervenção (T₂) (TCECDI).....	247
	APÊNDICE E - Descrição dos casos clínicos e respectivas fotos dos 14 sujeitos do estudo.....	248
	ANEXO A - Formulário - Índice de Comprometimento Cuaneomucoso do Pênfigo Vulgar (ICCOMPV).....	305
	ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.....	306
	ANEXO C - Declaração de Ciência da Chefia de Serviço de Dermatologia e Sifilografia do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.....	307
	ANEXO D – Declaração de Ciência da Chefia do Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense.....	308
	ANEXO E - Declaração de Ciência do Coordenador Técnico do Hospital Adventista do Pênfigo – Campo Grande - Mato Grosso do Sul.....	309

ANEXO F - Declaração de Ciência da Chefia do Serviço do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.....	310
ANEXO G – Relatórios de Ensaio/Testes de Esterilidade do curativo utilizado no estudo conforme PCECDI.....	311

INTRODUÇÃO

O primeiro contato com pessoas acometidas por dermatoses imunobolhosas é impactante, devido ao visível sofrimento advindo do constante desconforto/mal-estar, causado pelas características das lesões cutâneas e/ou mucosas normalmente apresentadas.

O desafio de cuidar desta clientela justifica-se não somente pelo caráter desfigurante e desconfortante das lesões, mas também pela complexidade da doença e vulnerabilidade do cliente a complicações, dentre as quais infecções e infestações, principalmente quando o mesmo se encontra no ambiente hospitalar. Tal fato é agravado pelas drogas imunossupressoras utilizadas para o tratamento, e pela manutenção das lesões expostas, orientação geralmente justificada pela fisiopatologia da doença e consequente fragilidade da epiderme, que pode ser facilmente lesada, inclusive pela mínima aderência do curativo no leito da lesão, agravando ainda mais a situação.

Nesse contexto, ressalta-se a responsabilidade da enfermagem de proteger essas pessoas, especialmente quando hospitalizadas, inclusive em unidades não especializadas, onde os recursos terapêuticos, de pessoal de saúde, de equipamentos e material, associados às condições ambientais e estruturais nem sempre são favoráveis.

Diante de clientes com quadro clínico, emocional e social complexos que necessitam de cuidados de enfermagem específicos e especializados, extrapolando as competências do enfermeiro generalista, torna-se imprescindível produzir conhecimentos para promoção do conforto e redução dos riscos.

A esse respeito destaca-se a escassez de estudos de enfermagem sobre o tema. As referências normalmente encontradas são predominantemente de autoria médica, consequentemente com conteúdo relacionado exclusivamente à etiologia, fisiopatologia e terapêutica medicamentosa. As raras literaturas de enfermagem destacam esse conteúdo sem privilegiar os aspectos fundamentais do cuidar em enfermagem, qual seja, ver no cliente a sua dignidade humana e não apenas a enfermidade que atinge o seu corpo biológico.

A disseminação de tais conhecimentos sobreleva a necessidade de realizar pesquisas clínicas de enfermagem, com níveis de evidência significativos, direcionando o uso de protocolos e tecnologias para promoção de conforto/bem-estar e consequente prevenção de agravos.

Apesar do caráter altamente desorganizador dessas afecções cutâneas, percebe-se que o atendimento à saúde das pessoas acometidas por estas tem sido potencialmente voltado para a administração de medicamentos^{1,2}.

Nesse contexto, ratifica-se a necessidade de ampliação do cuidado ao cliente, sem limitar-se, apenas, ao cumprimento das prescrições dos demais profissionais de saúde, mas sim, a especificidade do cuidar em enfermagem, objetivando atender as reais necessidades e desejos do enfermo, na tentativa de contemplar suas dimensões física, emocional, social e espiritual^{2,3,4}.

Desse modo, ressalta-se a precariedade de unidades de internação especializadas em dermatologia e de enfermeiros especializados nesta área de conhecimento, considerando que os usuários são geralmente tratados por médicos especializados, mas normalmente cuidados por enfermeiros generalistas, lotados nos serviços de emergência e/ou clínicas médicas. Sobre isso, menciona-se a observação durante as visitas técnicas em raras unidades de internação de dermatologia, inclusive fora do Rio de Janeiro, nas quais os cuidados realizados são predominantemente técnicos, em sua maioria limitados e restritos ao cumprimento da prescrição médica.

Portanto, alerta-se que, para o atendimento das necessidades do cliente com dermatoses imunobolhosas, o enfermeiro necessita de conhecimentos especializados, tendo em vista a efetivação de mudanças institucionais e estruturais que favoreçam a sua recuperação.

Diante do exposto, menciona-se que a aquisição de conhecimentos pela autora deste estudo sobre a fisiopatologia, características clínicas, epidemiológicas e tratamento medicamentoso ocorreu a partir da leitura de livros de dermatologia e da interação diária com a equipe médica da enfermaria de dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto/HUPE/UERJ, os quais se mostraram disponíveis para compartilhar conhecimentos. Os conhecimentos sobre as influências do acometimento cutâneo na vida das pessoas foram facilitados pela formação e realização de grupos de apoio semanais, contando com a participação da equipe de enfermagem, profissionais da área de ciências humanas e clientes hospitalizados⁵. Assim, os conhecimentos sobre o cuidar em enfermagem foram produzidos durante a prática diária, na convivência com profissionais de saúde lotados na dermatologia e principalmente durante a interação e cuidados diretos a essa clientela.

Além disso, durante o curso de mestrado, a autora realizou um estudo voltado para os clientes com afecções cutâneas, durante o qual foi possível aprofundar conhecimentos sobre as necessidades e os desejos dessa clientela em relação aos cuidados de enfermagem. Os resultados desse estudo revelaram a necessidade de extrapolar o modelo biomédico vigente no exercício dessa

profissão. Um conhecimento novo produzido junto aos clientes, componentes do grupo pesquisador refere-se ao seu desejo de maior solidariedade e dialogicidade durante o cuidar em saúde^{6,7}.

Em consequência da aplicação prática do conhecimento produzido, ao longo de dez anos, alternativas foram desenvolvidas visando avaliar o cliente de forma integral, além da realização de ações de enfermagem para aliviar o desconforto e reduzir as complicações das pessoas hospitalizadas em dermatologia, entre elas as que apresentam diagnóstico médico de dermatoses imunobolhosas. Para tanto, elaborou-se a proposta de formulário de admissão do cliente com afecção cutânea, publicado em periódico científico³, e também uma proposta de protocolo de enfermagem na assistência ao cliente com pênfigo, que foi publicada em capítulo de livro⁸.

Entretanto, ainda não se utilizou a pesquisa clínica para evidenciar os efeitos das avaliações/ações/intervenções de enfermagem propostas/recomendadas nestes instrumentos/protocolos.

Assim, a Tecnologia de Cuidados de Enfermagem ao Cliente com Dermatoses Imunobolhosas (TCECDI) proposta neste estudo é composta pelo Protocolo de Avaliação do Cliente em Dermatologia (PACD), e pelo Protocolo de Cuidados de Enfermagem ao Cliente com Dermatoses Imunobolhosas (PCECDI). Tais instrumentos foram elaborados a partir do Formulário de Admissão do Cliente com Afecção Cutânea³; e do Protocolo de Enfermagem no Atendimento ao Cliente com Pênfigo⁸. Ambos sofreram alterações, o primeiro durante a validação por especialistas, e o outro, a partir da ampliação e avaliação da aplicabilidade não somente nos clientes com pênfigo, mas nas dermatoses imunobolhosas.

Desse modo, questiona-se: quais são as evidências de conforto/bem-estar no cliente com dermatoses imunobolhosas antes e após a aplicação de tecnologia do cuidado de enfermagem para esta situação de adoecimento?

Nesta tese considera-se que a intervenção de enfermagem fundamentada nos princípios filosóficos de Henderson⁹ e na Teoria do conforto de Kolcaba¹⁰, para o cuidado aos clientes com dermatoses imunobolhosas, prescrita após o seu acurado exame clínico e determinação do diagnóstico de enfermagem, contribui para o conforto/bem-estar dessas pessoas.

Para defender essa tese considerou-se à semelhança da estatística inferencial, no desejo de avaliar a Hipótese Nula: inexistência da associação significativa entre as intervenções de enfermagem orientada pela tecnologia de cuidados aos clientes com dermatoses imunobolhosas - TCECDI (PACD + PCECDI) e o conforto/bem-estar; contra a Hipótese Alternativa da probabilidade de haver

associação significativa entre as intervenções de enfermagem orientada pela TCECDI e o conforto/bem-estar.

Por se tratar de um grupo de doenças raras, conduzindo a uma amostra reduzida de sujeitos, a inferência estatística perderia a credibilidade, uma vez que os resultados não convergiriam para distribuições de probabilidades utilizadas nos testes de hipótese.

Diante dessas considerações, os seguintes objetivos foram elaborados:

a) geral:

- propor uma Tecnologia de Cuidados de Enfermagem ao Cliente com Dermatoses Imunobolhosas (TCECDI) que reconheça padrões de conforto/bem-estar do cliente hospitalizado, antes e após a sua aplicação.

b) específicos:

- elaborar e validar o Protocolo de Avaliação do Cliente em Dermatologia (PACD);

- aplicar o Protocolo de Avaliação do Cliente em Dermatologia (PACD), registrando diagnósticos, intervenções e resultados evidenciados nos clientes com dermatoses imunobolhosas;

- aplicar o Protocolo de Cuidados de Enfermagem ao Cliente com Dermatoses Imunobolhosas (PCECDI), de acordo com os diagnósticos de enfermagem encontrados durante a aplicação do PACD;

- identificar as características sociodemográficas e clínicas dos sujeitos do estudo;

- avaliar a evolução do cliente e de suas lesões, antes e após a aplicação da TCECDI (PACD + PCECDI), relacionando-a à promoção de seu conforto/bem-estar;

- analisar as evidências do cuidado de enfermagem mediante a TCECDI, comparando a promoção de conforto/bem-estar nas fases: antes (T_0), 24 horas (T_1) e uma semana após (T_2) a aplicação desta tecnologia.

Este projeto se insere na Linha de pesquisa “Fundamentos filosóficos, teóricos, tecnológicos para cuidar em saúde e enfermagem”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e vincula-se ao Projeto de Pesquisa, apoiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), com Bolsa de Produtividade em Pesquisa intitulado “A perspectiva estética/sociopoética no cuidar em enfermagem: identificando necessidades de autocuidado para promoção da saúde”. Do mesmo

modo, faz parte do Grupo de Pesquisa UERJ/CNPq “Concepções Teóricas para cuidar em saúde e em enfermagem”.

Ressalte-se que foi aprovado apoio financeiro, pelo CNPq - Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, para seu desenvolvimento no período de 2012 a 2014, através da submissão ao Edital Universal 14/2011-Faixa B- Processo: 477063/2011-0.

1 REFERENCIAL TEMÁTICO

As dermatoses imunobolhosas são doenças de evolução crônica cuja manifestação primária e fundamental consiste no desenvolvimento de bolhas e menos frequentemente de vesículas na pele e/ou mucosas. Essas dermatoses são decorrentes da ativação do sistema imunológico contra constituintes próprios do organismo, neste caso, anticorpos são produzidos contra estruturas específicas da pele, consideradas autoantígenos^{11,12}. Esses autoantígenos podem estar localizados nas regiões intraepidérmica ou subepidérmica, sendo indispensável à identificação de sua localização para classificação do tipo de dermatose imunobolhosa^{11,12}.

Os pênfigos são dermatoses imunobolhosas intraepidérmicas, e por isso as lesões bolhosas são mais superficiais e conseqüentemente mais sensíveis, rompendo-se com mais facilidade que as de origem subepidérmicas. Existem diferentes tipos de pênfigo: vulgar, foliáceo, induzido por drogas, herpetiforme, paraneoplásico e por imunoglobulina A (IgA), sendo os dois primeiros considerados principais^{11,13}.

Apesar da etiologia desconhecida dos pênfigos, há referências de que a base do processo autoimune seriam as moléculas de adesão intercelular, denominadas caderinas, localizadas nos desmossomos. Estas agem como placas de aderência unindo as células epidérmicas (ceratinócitos), sendo estruturas visíveis apenas por microscopia eletrônica. Por motivo desconhecido, os desmossomos se tornam antigênicos, estimulando a produção de anticorpos, provocando a perda de adesão entre os ceratinócitos, processo chamado de acantólise^{11,13}.

Pênfigo vulgar

No pênfigo vulgar (PV) a acantólise ocorre nas camadas inferiores da epiderme, mais especificamente na camada supra basal, região de localização do antígeno (Ag) chamado desmogleína 3, uma caderina desmossômica de 130 KDa. Esta separação promove a perda do formato hexagonal das células acantolíticas, tornando-as arredondadas. Ressalta-se que este antígeno (desmogleína 3) apresenta-se de forma mais intensa na mucosa bucal e no couro cabeludo. Os auto-anticorpos são da classe IgG, predominando a subclasse IgG 4^{11,13}.

O PV é considerado a mais grave das dermatoses imunobolhosas, além de sua evolução crônica e ilimitada, pode atingir a pele e mucosas com prognóstico grave e potencialmente fatal. A

doença em geral inicia-se com a presença de lesões dolorosas e em número variável na mucosa bucal, fato que dificulta a deglutição de alimentos. Posteriormente a doença acomete a pele, e eventualmente outras mucosas como conjuntiva, colo uterino, reto, uretra e esôfago. Em alguns casos, as lesões cutâneas podem preceder as lesões mucosas ou surgir de forma concomitante¹³.

As lesões cutâneas do PV são caracterizadas por vesículas e/ou bolhas que podem atingir vários centímetros. Estas são efêmeras, pouco tensas, dolorosas, de conteúdo citrino ou turvo, podendo surgir de forma isolada ou generalizada na pele aparentemente sadia^{11,13}. O fácil rompimento dessas bolhas origina lesões erosivas exsudativas.

Indiscutivelmente, a situação se agrava quando a mucosa bucal é afetada, pois as lesões dificultam a deglutição dos alimentos. O envolvimento oral grave, por períodos longos pode exigir a reposição de líquidos e suporte nutricional⁸.

Diante das lesões cutâneas normalmente extensas e do quadro nutricional frequentemente debilitado, o indivíduo acometido por PV fica totalmente vulnerável a infecções, principalmente quando se encontra no ambiente hospitalar⁸. Esta vulnerabilidade é potencializada pelo tratamento a base de altas doses de corticosteroides e/ou de imunossupressores normalmente utilizados para controle da doença. Quando presentes, as lesões esofagianas, laríngeas e traqueobrônquicas podem ocasionar disfagia, rouquidão e tosse¹³.

No que diz respeito aos aspectos epidemiológicos, apesar de ser considerada doença relativamente rara, o PV possui distribuição universal, sendo o mais frequente no mundo, representando 70% dos casos de pênfigo. Embora possa acometer pessoas de qualquer idade, é mais comum em adultos de ambos os sexos na faixa etária entre 40 e 60 anos^{11,12}. Em países da América do Norte, Europa e Ásia os casos de PV são esporádicos, sendo a incidência maior entre judeus, estimando-se 1,6 por 100.000 habitantes ao ano em Jerusalém¹⁴.

No Brasil, um artigo publicado em 2011 descreve um estudo retrospectivo realizado em prontuários de clientes com pênfigo atendidos no período de 21 anos no ambulatório de doenças autoimunes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Este revela aumento na incidência do PV, inclusive ultrapassando o pênfigo foliáceo endêmico. Após rever 266 prontuários, observou-se 163 casos de PF e 103 de PV, mostrando uma mudança na epidemiologia dos pênfigos no Brasil¹⁵.

Em relação ao estado do Rio de Janeiro, dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de saúde – SIH/SUS revelam o número de internações hospitalares por pênfigo efetuadas no período de janeiro de 2008 a maio de 2013, sendo 82 em 2008; 168 em 2009; 114 em

2010; 52 em 2011; 54 em 2012 e 25 até maio de 2013, totalizando 495 casos¹⁶, porém não especificam o tipo de pênfigo.

Pênfigo foliáceo

O pênfigo foliáceo (PF) possui duas formas: o clássico ou doença de Cazenave e o endêmico, também conhecido como fogo selvagem (FS) ou pênfigo foliáceo brasileiro (PFB), possuindo relação com determinadas áreas geográficas. Ambos apresentam o mesmo quadro clínico, base imunológica e histológica, a diferença entre essas formas está nos aspectos epidemiológicos^{15,17}.

O PF clássico ou doença de Cazenave é universal, podendo atingir ambos os sexos, com predomínio na faixa etária entre 40 e 50 anos¹¹. Antes conhecido somente no Brasil, o PF endêmico ou FS ou PFB é considerado a única doença autoimune endêmica no mundo, ocorrendo também em países da África, como a Tunísia e da América do Sul, como Colômbia, Bolívia, Paraguai e Peru e Venezuela^{17,18}.

Quanto à sua frequência, trata-se de uma doença pouco comum. No Brasil, apresenta maior incidência no Distrito Federal, e nos estados de Goiás, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Tocantins, Minas Gerais, Paraná e São Paulo, acometendo pessoas de todos os grupos etários residentes em zonas rurais ou próximas a córregos e rios. A ocorrência entre membros da mesma família pressupõe relação genética^{12,13,18}.

Neste tipo de pênfigo, a acantólise acontece principalmente nas camadas superiores da epiderme, mais precisamente na camada granulosa. A pele do dorso superior é a região de localização mais intensa do antígeno (Ag) chamado desmogleína 1, uma caderina desmossômica de 160 KDa. Diferente da desmogleína 3, esse antígeno é praticamente ausente nas mucosas, por este motivo no PF não é comum a presença de lesões nesta região¹¹.

Como no PV, este antígeno leva à ativação dos anticorpos da classe IgG, com predomínio da subclasse IgG 4. Esses anticorpos patogênicos podem ser encontrados no soro das pessoas acometidas e também em pessoas sadias que residem em áreas endêmicas, podendo assim desenvolver doença. Estudos epidemiológicos pressupõem que o PFB ou FS poderia ser causado por repetidas picadas do mosquito *Simulium nigrimanum*, fato que provocaria mimetismo antigênico em indivíduos geneticamente predispostos^{11,12}.

Por estarem em um nível superior da epiderme, ou seja, logo abaixo da camada córnea, as lesões cutâneas do PF são mais superficiais do que as do PV, caracterizando-se por vesículas e/ou bolhas flácidas e fugazes, nem sempre visíveis, que se transformam em lesões erosadas, exulceradas e crostosas dolorosas, a queixa normalmente é de dor em queimação⁸.

No PFB ou FS, as características clínicas são semelhantes às do pênfigo foliáceo clássico, a queixa de queimação proveniente das lesões caracteriza a denominação fogo selvagem¹³.

Pênfigo eritematoso

Forma benigna e localizada do PF que ocorre na fase inicial ou regressiva da doença, podendo ser espontânea ou terapêutica. Destaca-se no pênfigo eritematoso, o aspecto morfotopográfico (lesão asa de borboleta na face) que recorda o lúpus eritematoso. Alguns clientes podem apresentar ambas enfermidades¹³.

Pênfigo induzido por droga

Devido à semelhança estrutural e presença do grupamento sulfidríla (tiol) que faz reação cruzada com as desmogleínas, a D-penicilamina e o captopril são as principais drogas que podem causar este tipo de pênfigo. Porém, outras drogas como penicilina, rifampicina, enalapril e Interferon também podem desencadear a doença. Somente a interrupção do uso da droga pode não ser suficiente para bloquear a evolução do processo¹³.

Pênfigo herpetiforme

A imunoflorescência é a mesma do pênfigo, pois trata-se de uma variante do PV ou do PF, mais comumente do PF. Porém, clinicamente lembra a dermatite herpetiforme¹³.

Pênfigo por IgA

Tipo raro, caracterizado por vesículas ou pústulas agrupadas com formato anular ou circinado em pele normal ou eritematosa, localizadas principalmente em áreas intertriginosas, laterais do tronco e região proximal dos membros¹³.

Pênfigo paraneoplásico

O linfoma não Hodgkin é a neoplasia associada em 40% dos casos, porém outras doenças linfoproliferativas podem estar relacionadas, como a leucemia linfocítica crônica, além do timoma, sarcoma e carcinomas (mama, brônquios e pâncreas). Clinicamente é caracterizado por mucosite erosiva e dolorosa intensa, além de lesões cutâneas polimórficas que lembram o eritema multiforme ou lúpus subagudo. O acometimento da traqueia e dos brônquios pode levar o cliente ao óbito, pois a resposta terapêutica não é satisfatória¹³.

Considerações gerais sobre os pênfigos

Em todos os tipos de pênfigo, a dor é típica, podendo também ocorrer queixa de prurido. Na maioria das vezes as lesões exalam um odor fétido característico, o que atrai insetos, e quando expostas, pode ocorrer infestação por miíase⁸. O odor pode ficar mais intenso quando na presença de infecção.

Além do risco de infecção e infestação por miíase, a exposição das lesões promove a dor, dificulta a mobilização e o repouso no leito, pois as mesmas aderem na roupa de uso pessoal e no lençol, que ficam sujos de exsudato e sangue. Nos casos de lesões extensas e disseminadas, pode ocorrer perda de líquidos e proteínas, predispondo o cliente à desidratação. A anemia e/ou desnutrição profunda pode estar presente, em especial, nos clientes com PV que apresentam lesões na mucosa bucal⁸.

Embora a pessoa acometida possa apresentar áreas extensas de pele sadia, ressalta-se que toda a epiderme está vulnerável a novas lesões, decorrente de qualquer pressão na pele, inclusive durante a realização de procedimentos técnicos comuns e frequentemente necessários, tais como aferição da pressão arterial, uso de garrote para punção venosa, transporte do leito para a cadeira e vice e versa, entre outros⁸.

A fragilidade da pele pode ser observada durante o exame físico da pessoa com pênfigo, pois, ao se exercer uma pressão com o dedo em pele perilesional, ou seja, na pele próxima a uma bolha recente, observa-se descolamento parcial ou total da epiderme, caracterizando o sinal de Nikolski+^{11,13}.

Dermatoses imunobolhosas subepidérmicas

Entre as dermatoses imunobolhosas subepidérmicas que compõem o complexo penfigóide estão o penfigóide bolhoso, o penfigóide das membranas mucosas, o penfigóide gestacional, a dermatite herpetiforme, a dermatose por IgA linear e a epidermólise bolhosa adquirida¹³.

Penfigóide bolhoso

O penfigóide bolhoso (PB) é uma doença relativamente rara que acomete principalmente pessoas idosas de ambos os sexos e de diferentes etnias. Neste caso, as bolhas cutâneas, geralmente são grandes e tensas, são mais profundas e por isso mais resistentes, podendo surgir de forma generalizada, atingindo a pele e ocasionalmente a mucosa bucal^{11,13}.

Destaca-se que no PB, a formação da bolha não acantolítica ocorre na região subepidérmica, a epiderme permanece intacta, porém ocorre inflamação na derme. Apesar de alguns relatos de associação do PB com neoplasia, não é possível afirmar essa correlação, mas sim investigar a presença de tumores nas pessoas acometidas pela doença¹².

Penfigóide cicatricial (penfigóide de membranas mucosas)

Doença vesicobolhosa crônica, de evolução ilimitada, predominantemente circunscrita às mucosas, com involução cicatricial, resultante da união de autoanticorpos contra antígenos da zona da membrana basal. Atinge adultos e idosos de todas as raças, com predomínio nas mulheres. As lesões bolhosas são efêmeras localizadas mais frequentemente nas mucosas oral, conjuntival e esofágica e menos frequente na laringe e genitália. Apesar do êxito cicatricial, formam sinéquias, podendo ocorrer cegueira, estenose esofágica, podendo exigir inclusive traqueostomia¹³.

Penfigóide gestacional

Erupção pruriginosa que surge normalmente após a 28ª semana de gestação ou imediatamente após o parto. Evidências mostram que se trata de patologia imunológica induzida por alteração antigênica na gravidez, embora um fator hormonal possa estar envolvido, particularmente o estrogênio. Caracteriza-se por eritema, lesões urticariformes, vesículas, bolhas, escoriações e

crostas, que surgem geralmente na região periumbilical, evoluindo para o tronco e extremidades. Geralmente, ocorre melhora clínica ou até cura três meses após o parto¹³.

Epidermólise bolhosa adquirida

Trata-se de uma doença crônica, normalmente com início na idade adulta, caracterizada pela presença de lesões bolhosas que surgem após traumas e envolvem com cicatriz atrófica. Diferencia-se normalmente do PB através da microscopia eletrônica de pele lesional¹³.

Dermatose por IgA linear

Quadro de erupção bolhosa ou vesicobolhosa que atinge crianças em idade pré escolar ou idosos a partir dos 60 anos de idade. Apresenta características imunológica próprias com depósito linear de IgA e C na zona da membrana basal¹³.

Dermatite herpetiforme

Doença rara benigna, de patogenia imunológica, caráter polimorfo, pruriginosa, que apresenta fases de exacerbação e remissão relativa, associada em 80 a 100% dos casos à enteropatia tipo glúten-sensível, normalmente assintomática. Embora seja mais frequente em adultos jovens do sexo masculino, pode ocorrer na criança e no adolescente, não possui predileção por raça¹³.

Diagnóstico médico das principais dermatoses imunobolhosas

Além da clínica, o diagnóstico médico das dermatoses imunobolhosas é realizado pelo exame citológico, histopatológico, imunofluorescência direta (IFD) e indireta (IFI). Nos casos de doenças imunobolhosas com acantólise, o exame citológico do líquido das bolhas mostra apenas a presença de células acantolíticas, arredondadas, porém não diferencia o tipo de dermatose imunobolhosa. O histopatológico, além das células acantolíticas, revela a localização da clivagem intra-epidérmica ou subepidérmica e conseqüentemente o tipo de dermatose imunobolhosa^{11,13}.

As IFD e a IFI não diferenciam o tipo de dermatose imunobolhosa. A IFD é feita através da biópsia da pele perilesional recente e íntegra, que pode apresentar depósito de IgG intercelular na epiderme, enquanto a IFI revela a presença de IgG no soro da pessoa acometida pela dermatose imunobolhosa^{11,13}.

Tratamento medicamentoso e prognóstico das principais dermatoses imunobolhosas

O tratamento das dermatoses imunobolhosas como PV, PF e PB é normalmente agressivo, sendo a prednisona a principal droga utilizada em doses elevadas de 1 a 2 mg/Kg, por pelo menos seis semanas. Nos casos irresponsivos, geralmente nos casos de pênfigo, após dez dias de tratamento, deve-se avaliar o aumento da dose para mais 40 a 60 mg¹³.

Devido ao risco de estrogiloidíase disseminada, que pode levar ao óbito, a investigação de parasitose intestinal e seu tratamento devem ser realizados antes de iniciar a administração da prednisona. Efeitos colaterais como hipertensão e diabetes mellitus, infecção, catarata cortisônica e osteoporose devem ser monitorados com exames clínicos e laboratoriais periódicos, além do uso de protetores da mucosa gástrica. Após controle da doença, a dose deve ser gradativamente reduzida¹¹.

Na ausência de resposta clínica, é comum a administração de pulsoterapia com corticoide, por exemplo, a metilprednisolona, além da associação de drogas consideradas adjuvantes como os imunossupressores e outras. Os imunossupressores são drogas que atuam na divisão celular, possuindo propriedades anti-inflamatórias¹⁹. Entre os imunossupressores mais utilizados no pênfigo destacam-se o metotrexato, a ciclofosfamida, a ciclosporina, a azatioprina e o micofenolato mofetil^{11,13}.

Porém, o tratamento com imunossupressores também pode trazer efeitos indesejáveis. Para minimizar os riscos do seu uso, recomenda-se que a equipe de saúde conheça suas indicações, contraindicações e efeitos adversos¹⁹. Entre os principais efeitos colaterais do uso dos imunossupressores estão a neutropenia e a infecção. Além disso, a azatioprina pode causar hepatotoxicidade, a ciclofosfamida cistite hemorrágica, e a ciclosporina nefrotoxicidade e hipertensão¹¹.

Apesar de ser considerada a melhor droga poupadora de corticosteroide nas doenças bolhosas, ressalta-se a inexistência de estudos de longo prazo sobre o micofenolato mofetil, em especial sobre a possibilidade de adquirir infecções e desenvolver doenças malignas, além do custo elevado. Entre os possíveis eventos adversos destacam-se náuseas, vômito, diarreia, alterações geniturinárias, hepatotoxicidade e mielossupressão, edema periférico, hipertensão arterial¹⁹.

Entre outras modalidades terapêuticas que podem ser associadas aos corticóides destacam-se a dapsona, a imunoglobulina e o rituximabe. Em relação à dapsona deve-se atentar para a ocorrência de hemólise e hepatotoxicidade. A imunoglobulina intravenosa vem sendo administrada no tratamento do PV com eficácia, porém apresenta custo elevado, além de apresentar entre os efeitos

colaterais cefaleia, urticária, febre, artralgias e mal-estar¹¹. O rituximabe (anti-TNF-alfa) é um anticorpo quimérico monoclonal anti-CD20 do linfócito B que tem sido administrado semanalmente, por quatro semanas, nos casos refratários de PV e PF¹³.

Embora o prognóstico do PV e do PF seja de uma doença potencialmente fatal, felizmente o número de óbitos foi reduzido para 10% após introdução dos corticoides sistêmicos. Devido as suas características, ressalta-se que o PV possui um prognóstico menos otimista que o PF e suas variantes. O óbito geralmente ocorre devido a quadro infeccioso ou complicações do tratamento¹³, fato que chama a atenção para a importância dos cuidados de enfermagem com vistas à prevenção.

Geralmente, os casos de PB são de mais fácil controle que os casos de PV, inclusive normalmente requerem doses diárias menos agressivas de corticosteroides. Apesar disso, exigem monitoração constante dos efeitos colaterais do tratamento, que constituem importante causa de morbimortalidade entre, normalmente, os clientes normalmente idosos¹³.

Pressupõe-se, que a complexidade do quadro nosológico apresentado pela pessoa com diagnóstico médico de dermatoses imunobolhosas se deve as características clínicas deste grupo de enfermidades e ao desenvolvimento de complicações decorrentes do tratamento. Ressalte-se o seu caráter desfigurante provocado pelas lesões, trazendo sérias repercussões nas esferas social e emocional, tanto para o cliente, e sua família, amigos e profissionais de saúde, que dele cuidam.

1.1 Evolução do cuidado de enfermagem ao cliente com pênfigo: revisão integrativa de literatura¹

Nursing care evolution to the client with Pemphigus: integrative literature review

Evolución del cuidado de enfermería al cliente con pênfigo: revisión integradora de literatura

RESUMO: O Pênfigo é uma doença autoimune caracterizada pelo aparecimento de bolhas na pele e/ou mucosas. O cliente acometido necessita de cuidados de enfermagem específicos. Objetivo: identificar os cuidados de enfermagem recomendados aos clientes com pênfigo. Método: revisão

¹ Artigo publicado: Brandão et al ²⁰.

integrativa de literatura, realizada nas bases de dados Scientific Eletronic Library Online (SciELO); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); Base de Dados de Enfermagem (Bdenf) e United States National Library of Medicine (PubMed), utilizando os descritores: enfermagem e pênfigo, *nursing and pemphigus*. Dos 31 artigos encontrados, apenas 06 atenderam aos critérios de inclusão. Apesar da importância do cuidado de enfermagem para promoção do conforto e prevenção de agravos ao cliente, verifica-se a escassez de artigos relacionados ao tema, principalmente nos últimos anos. Como consequência, observa-se a necessidade de rever técnicas antigas na tentativa de oferecer um cuidado digno a esses clientes.

Palavras-Chave: Enfermagem; cuidado de enfermagem; dermatologia; pênfigo

ABSTRACT: Pemphigus is an autoimmune disease characterized by the appearance of blisters on the skin and/or mucous membranes. The affected client needs specific nursing care. Objective: to identify recommended nursing care for the client with pemphigus. Method: an integrative review literature. The search for articles was performed in Scientific Eletrônico Library Online (SciELO); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); Base de Dados de Enfermagem (Bdenf) e United States National Library of Medicine (PubMed) using the keywords: nursing and pemphigus, in english and portuguese. It was found 31 articles; however, only 06 were selected. Despite the importance of nursing care to provide comfort and prevent injuries, there was a shortage articles published about the subject. As a consequence, observed the need for replacing older techniques in an attempt to offer a worthy care for this subset of clients.

Keywords: Nursing; nursing care; dermatology, pemphigus

RESUMEN: El Pénfigo es una enfermedad autoinmune caracterizada por el aparecimiento de ampollas en la piel y/o mucosas. El cliente acometido necessita de atención de enfermería específica. Objetivo: identificar los cuidados de enfermería recomendados a los clientes con pénfigo. Método: Revisión integradora de literature. La búsqueda de los artículos fue realizado en las bases Scientific Eletrônico Library Online (SciELO); Literatura Latino-americana y del Caribe en Ciencias de la Salud (Lilacs); Base de Datos de Enfermagem (Bdenf) e U.S. National Library of Medicine (PubMed) utilizando los descriptores: atención de enfermería y pénfigo. Fueron encontrados 31 artículos, sólo 06 fueron seleceonados. A pesar de la importância de la atención de enfermería para la comodidad y prevención de agravios, fue verificado una escasez de artículos

publicados en el temático. Como consecuencia, se observa la necesidad de substituir técnicas anticuas en la tentativa de ofrecer un cuidado digno a eses clientes.

Palabras Clave: Enfermería; cuidado de enfermería; dermatología; pênfigo.

Introdução

Este trabalho surgiu a partir da observação de clientes com pênfigo hospitalizados em uma clínica médica de um Hospital Universitário. Uma clientela que, devido a sua peculiaridade, exige cuidados de enfermagem específicos e especializados, indispensáveis para a promoção de conforto e prevenção de agravos, extrapolando muitas vezes a competência de enfermeiros com formação generalista.

Nesse contexto, destaca-se a precariedade de enfermeiros especializados na área de dermatologia e conseqüentemente a falta de direcionamento da equipe de enfermagem para promover um cuidado qualificado às pessoas com pênfigo, cuja principal característica é a presença de lesões bolhosas. Ao se romperem as bolhas dão origem a lesões erosadas dolorosas, que podem ser localizadas ou generalizadas, deixando o indivíduo predisposto à dor, infecções e infestações, principalmente no ambiente hospitalar. As bolhas decorrem da separação das células epidérmicas, processo chamado de acantólise, induzido por autoimunidade.

Existem duas variantes clínicas mais frequentes de pênfigo, o vulgar e o foliáceo¹. Na variante vulgar a acantólise ocorre na camada basal, a mais profunda da epiderme, podendo acometer pele e mucosas, sendo considerada a forma mais grave. No pênfigo foliáceo, a acantólise ocorre abaixo da camada córnea, que é mais superficial, e por isso, as lesões bolhosas não são frequentes à observação. Diferente do vulgar, o pênfigo foliáceo raramente acomete mucosas^{1,2}.

A variante vulgar é relativamente rara, ocorre mais frequentemente após os 40 anos, acometendo ambos os sexos. O pênfigo foliáceo possui as mesmas características epidemiológicas do vulgar em todas as partes do mundo, entretanto, no Brasil, possui aspectos epidemiológicos distintos, com elevada frequência na zona rural de alguns estados brasileiros. Acomete todos os grupos etários e possui provável conotação genética, tendo em vista sua elevada frequência familiar (12% dos casos)¹.

A vulnerabilidade e complexidade apresentada por esta clientela e a necessidade de implementação de cuidados de enfermagem especializados³ despertou nas autoras o desejo de encontrar respostas para a seguinte questão norteadora: Quais os cuidados de enfermagem

recomendados para o cliente com pênfigo? Diante desse questionamento elaborou-se o objetivo: identificar os cuidados de enfermagem ao cliente com pênfigo recomendados na literatura.

Acredita-se que este estudo possa contribuir para a fundamentação dos enfermeiros e equipe no que diz respeito aos cuidados de enfermagem ao cliente com pênfigo, norteando o atendimento e o ensino em enfermagem acerca desta temática, além de favorecer a produção de novas questões de pesquisa.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que tem como principal característica utilizar-se de artigos científicos existentes em importantes fontes, proporcionando ao investigador uma seleção objetiva e minuciosa dos estudos até então publicados, permitindo assim uma maior compreensão do assunto⁴. Este tipo de revisão exige o cumprimento de seis etapas distintas: elaboração da questão norteadora da pesquisa; busca ou amostragem; coleta de dados; análise crítica dos artigos selecionados; discussão dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento⁵.

Para a busca de artigos científicos foram utilizadas as seguintes bases de dados eletrônicas: Scientific Electronic Library Online (SciELO); Literatura Latino-americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Lilacs); Base de Dados de Enfermagem (Bdenf) e United States National Library of Medicine (PubMed), utilizando os seguintes descritores: *enfermagem e pênfigo; nursing and pemphigus*. A busca e seleção dos artigos foram realizadas no mês de maio de 2009.

Durante a seleção dos artigos foram adotados os seguintes critérios de elegibilidade: indexação nas bases de dados citadas; abordar o cuidado de enfermagem ao cliente com pênfigo; disponibilidade na íntegra em bibliotecas ou *on-line*; texto em língua portuguesa e/ou inglesa. Diante da carência de referências encontradas, optou-se por realizar a pesquisa do ano de 1955 a maio de 2009. Para organização dos artigos selecionados, foi elaborado um instrumento de coleta de dados, contendo as variáveis: título dos artigos, categoria dos autores, ano de publicação, nome da revista, método de pesquisa, síntese dos resultados.

Para análise dos artigos selecionados, optou-se pela análise de conteúdo, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Por serem criteriosos e com muitos aspectos observáveis, esses procedimentos colaboram no desvendar dos conteúdos dos documentos pesquisados⁶.

Para avaliação dos estudos selecionados, utilizou-se a classificação hierárquica da qualidade das evidências, que inclui os estudos com abordagens quantitativa e qualitativa. Esta considera seis níveis, nível 1: evidências resultantes de metanálise de múltiplos estudos controlados e randomizados; nível 2: evidências de estudos individuais com desenho experimental; nível 3: evidência de estudos quase experimentais, séries temporais ou caso-controle; nível 4: evidências de estudos descritivos (não experimentais ou abordagem qualitativa); nível 5: evidências de relatos de caso ou de experiência; nível 6: evidências baseadas em opiniões de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas; opiniões reguladoras ou legais⁷.

Dos 31 artigos obtidos, 25 foram excluídos por não atenderem aos seguintes critérios de inclusão: repetição em bases de dados (13); publicação em idiomas, além do português e inglês (três); indisponibilidade na íntegra (um); inadequação ao objeto de estudo (oito). Total de trabalhos investigados: seis.

Os artigos excluídos por inadequação ao objeto de estudo referem-se exclusivamente a descrição da doença, fisiopatologia, características clínicas, recursos diagnósticos/diagnóstico diferencial e propostas relacionadas à terapêutica medicamentosa.

Após análise, foi realizada síntese dos artigos selecionados, sendo organizada em dois eixos: perfil das publicações científicas sobre pênfigo e o cuidado de enfermagem ao cliente com pênfigo- resultados em evidência. A figura 1 apresenta os seis (100%) artigos selecionados, considerando o título, a fonte, o ano de publicação, a categoria do autor, o método, o nível de evidência e os resultados em tradução livre para o português.

Figura 1 - Características, níveis de evidências e cuidados de enfermagem recomendados nos artigos da revisão. Rio de Janeiro, maio, 2009

TÍTULO/ANO DE PUBLICAÇÃO	FONTE	CATEGORIA	MÉTODO/NÍVEL
Pemphigus vulgaris: a short review for the practitioner/2007⁸ Cuidados recomendados	Medline Pubmed	Médico	Revisão De
Condutas médicas e tratamento das lesões são essenciais. Cuidado de enfermagem ajuda a aumentar a remissão/cura.			Literatura 4
Autoimmune bullous diseases: diagnosis and management/2006⁹ Cuidados recomendados	Medline Pubmed	Médico	Revisão De
Hidratação e curativo oclusivo evitam a perda de fluidos. Limpeza das lesões com compressa de água morna 2x/dia Uso de gaze impregnada com antibiótico tópico ou óleo hidrofílico. Prevenir crostas e “escaras” para evitar infecções.			Literatura 4
Aspectos básicos de enfermagem no pêfigo foliáceo sul americano/1981¹⁰ Cuidados recomendados	Pubmed Bdenf	Enfermeira docente	Revisão De
Ações de enfermagem objetivam o cuidado holístico e autocuidado Manter isolamento preventivo e ambiente livre de fontes de infecção Ajustar o paciente à nova situação Explicar e observar efeitos dos corticoides Manter o equilíbrio hídrico Tratar as lesões orais com água bicarbonatada a 2% e Xilocaína Controlar sinais vitais, evolução das lesões e sinais de infecção Banhar com água estéril morna ou com KMnO ₄ ⁽¹⁾ em banheira forrada com plástico estéril Usar toalhas e roupas estéreis; Usar vaselina estéril ou pomada de corticoide nas lesões Usar lençóis de plástico estéreis para evitar aderência Movimentar cuidadosamente.	Lilacs		Literatura 4
Nursing care study: pemphigus vulgaris. A reassuring touch/1980¹¹ Cuidados recomendados	Pubmed	Estudante enfermagem	Estudo de caso 5
Banhos com iodo-povidona 7,5% e KMnO ₄ ⁽¹⁾ . Propriionato de clobetasol, sulfato de neomicina e nistatina 2x/dia nas lesões			
Dermatological nursing – 3/1962¹² Cuidados recomendados	Pubmed	Enfermeira	Revisão De
Banho com água morna e KMnO ₄ ⁽¹⁾ (controle da infecção). Na boca, bicarbonato de sódio ou glicerina e glicotimol. Nas lesões cutâneas, antibióticos tópicos e/ou hidrocortisona.			Literatura 4
Pemphigus II - Nursing care/1955¹³ Cuidados recomendados	Pubmed	Enfermeira	Revisão De
Água boricada e colírios antimicrobianos Solução alcalina nas lesões orais, após as refeições. Banho com KMnO ₄ ⁽¹⁾ 1. 10000 Utilizar óleos nas lesões cutâneas			Literatura 4

Legenda: (1) KMnO₄= permanganato de potássio

Resultados e Discussão

Perfil das publicações científicas sobre pênfigo

Todos os artigos selecionados foram publicados no Pubmed. Nenhum artigo foi encontrado na base de dados SciELO. Verificou-se, que a maioria - 4 (66,6%)¹⁰⁻¹³ foi publicada há mais de dez anos. Quanto ao idioma, constatou-se que 5 (83,3%) artigos foram publicados em língua inglesa^{8,9,11-13} e 1 (16,7%) em português¹⁰, tendo como autora uma professora de enfermagem da Universidade de São Paulo. Apenas 2 (33,3%) abordam especificamente o pênfigo vulgar^{8,11}, enquanto 3 (50%) não especificam a variante clínica^{9,12,13} e 1 (16,7%) refere-se ao pênfigo foliáceo¹⁰. Ressalta-se a predominância das publicações procedente da área de enfermagem, sendo 3 (50%) de autoria da enfermeiros^{10,12-13} e 1 (16,7%) de estudante de enfermagem¹¹. As 2 (33,3%) publicações de 2006 e 2007 são de médicos dermatologistas⁸⁻⁹. Releva-se a ausência de estudos quantitativos e predominância de revisões de literatura 4 (66,6%), caracterizando-se o nível de evidência 4.

Sendo reduzido o quantitativo de artigos selecionados, destaca-se a escassez de referências disponíveis abordando o cuidado de enfermagem ao cliente com pênfigo. Inclusive, observam-se várias lacunas na produção de conhecimentos sobre o tema, a maior delas de 25 anos, período compreendido entre os anos de 1981 a 2006.

Cuidado de enfermagem ao cliente com pênfigo: resultados em evidência

A análise dos 6 artigos selecionados revela, a começar do publicado em 1955, a importância dos cuidados de enfermagem ao cliente com pênfigo. A esse respeito observa-se em todos os artigos uma preocupação com a necessidade de implementar ações preventivas relacionadas à infecção⁸⁻¹³. Preocupação justificada não somente pela extensão das lesões normalmente apresentadas por esta clientela, mas também pelo uso de altas doses diárias de corticoides normalmente utilizados para controle da doença, desde a década de 50. Alerta-se a predominância no conteúdo dos artigos, para a utilização de antissépticos nas lesões cutâneas e mucosas e de antibióticos tópicos e sistêmicos. Entre os produtos indicados, o permanganato de potássio diluído em água foi citado em 4 (66,6%) artigos investigados¹⁰⁻¹³. Devido o seu poder antisséptico, este produto foi muito utilizado com a intenção de prevenir ou diminuir complicações infecciosas, além de suavizar o odor característico da doença¹⁴. Porém, adverte-se que este possui ação germicida limitada para eliminar *pseudomonas*

aeruginosa, permitindo o seu crescimento^{15,16}, fato que merece ser avaliado inclusive no caso do cliente com pênfigo.

Ainda em relação aos antissépticos, observa-se que 1 (16,7%) artigo publicado na década de 80, recomenda o uso de iodo-povidona para uso durante o banho e também para a limpeza das lesões¹¹. Por mais de um século o iodo, descoberto em 1812, foi considerado como um dos antissépticos mais eficazes, sendo utilizado na prevenção de infecção e tratamento de feridas¹⁵. Porém, atualmente sabe-se que o iodo-povidona é citotóxico para fibroblastos, retarda o processo cicatricial, além de reduzir a força tênsil da ferida, a menos que diluído a 0,001%¹⁷.

Ressalte-se ainda que a solução fisiológica a 0,9% é a solução de escolha para limpeza de lesões cutâneas de diversas etiologias, inclusive as lesões causadas por pênfigo³.

Observou-se, desde 1955, uma preocupação com a higiene ocular e oral, sendo que 4 (66,6%) artigos analisados recomendam o uso da água bicarbonatada.¹⁰⁻¹³, que promove um ambiente alcalino, interferindo na proliferação microbiana¹⁸.

Outro cuidado citado no artigo publicado em 1955 refere-se à limpeza da mucosa ocular com água boricada, além de colírios antimicrobianos¹³. O ácido bórico é um antisséptico que possui propriedades microbiostática nas primeiras 24 horas de exposição e microbicida após um maior período de uso¹⁹.

Para reduzir a aderência das lesões no lençol, dois autores de artigos sugerem a oclusão das mesmas^{9,13}; um deles não especifica o tipo de material a ser utilizado⁹, o outro, sugere o uso de papel impregnado com pomada, sem especificar o tipo de papel e pomada a ser utilizada¹³. Em um dos artigos recomenda-se o uso de vaselina esterilizada ou pomada à base de corticoide após o banho¹⁰; enquanto o uso de antibióticos tópicos foi indicado em 3 artigos^{8,9,12}. Sobre isso destaca-se a necessidade de considerar as indicações dos produtos e de realizar estudos clínicos para comprovar os efeitos dos mesmos nesta clientela. Pois o uso indiscriminado de antibióticos tópicos pode resultar em resistência bacteriana, fato que levou à restrição nos dias de hoje de muitos antibióticos utilizados nas décadas passadas²⁰. Atualmente preconiza-se o uso de antibióticos sistêmicos para o tratamento de infecções em lesões, em detrimento do uso de antibióticos tópicos²¹.

A indicação de uso de lençol de plástico estéril para evitar aderência e movimentação do cliente no leito¹⁰ denuncia a não recomendação de um curativo oclusivo, o que facilita a aderência das lesões no próprio plástico, dificultando conseqüentemente o repouso e a mudança de decúbito, além de facilitar a instalação de infecções, infestações e úlceras por pressão.

A dimensão do cuidado de enfermagem foi descrita mais integralmente no artigo publicado no Brasil e por enfermeira docente. Referindo-se ao atendimento global do indivíduo, a autora cita a brasileira Wanda de Aguiar Horta e a aplicação de sua Teoria Necessidades Humanas Básicas, ressaltando a propriedade desta, visto que o desequilíbrio de uma necessidade afeta as demais, tanto em nível fisiológico como psicossocial. Assim, destaca que o êxito do atendimento de enfermagem é dependente da correta identificação dos problemas do cliente¹⁰.

Nesse sentido, além de descrever aspectos relacionados às necessidades físicas, a autora¹⁰ valoriza outros aspectos como a insegurança do cliente sobre sua condição, incluindo o estigma social, a perda da autonomia e a ameaça à vida.

Assim, considera-se importante mencionar que os cuidados de enfermagem se fazem necessários à humanidade por sua sensibilidade e solidariedade com as pessoas, observando-as sob a óptica da integralidade, considerando sua objetividade e subjetividade, atentando para a vulnerabilidade do corpo²². Vulnerabilidade esta explícita no cliente com pênfigo, não somente pela falta da integridade da pele, mas também pelas repercussões do acometimento cutâneo na vida dos mesmos. Assim, considera-se que o enfermeiro deve estar capacitado para promover o conforto, prevenir agravos, estimular o cliente a enfrentar os problemas decorrentes desta patologia, além de promover a aquisição de novos conhecimentos necessários para o seu autocuidado²³.

A esse respeito constata-se não somente a carência de estudos que contemplem o atendimento integral, voltado e adequado à realidade brasileira. Neste contexto, cita-se que, através da realização de trabalhos, se busca a análise de práticas do cotidiano e emerge a possibilidade de reorientar seus sentidos, atuando como facilitador das ações educativas em saúde, com vista a incentivar a realização de tais práticas²⁴.

Conclusão

Apesar da importância do cuidado de enfermagem para a manutenção da vida do cliente com pênfigo, este trabalho revela a precariedade de publicações direcionadas especificamente para esta temática.

Portanto, referente às práticas de educar/cuidar/pesquisar, ainda temos muito que evoluir para oferecer um atendimento integral e qualificado a essa clientela. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de realizar não somente estudos clínicos, com níveis de evidência mais significativos que direcionem o uso de produtos e as ações para promoção de conforto e prevenção de agravos. Do

mesmo modo, há que se ampliar o desenvolvimento do cuidado ao cliente, estendendo-o para a integralidade do ser.

Torna-se um imperativo a qualificação profissional para transcender, no seu cotidiano do cuidar de pessoas o cumprimento das prescrições de outros profissionais; e assim dedicando-se mais à especificidade do cuidar em enfermagem com o objetivo de atender às reais necessidades e desejos do cliente, na tentativa de contemplá-lo nas dimensões física, social, emocional e espiritual.

Referências

1. Porro AM. Dermatoses imunobolhosas. In: Rotta O. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da Unifesp. Dermatologia: clínica, cirúrgica e cosmiátrica. Barueri (SP): Manole; 2008. p. 259-66.
2. Azulay-Abulafia L, Azulay RD, Azulay DR. Buloses. In: Azulay RD, Azulay DR. Dermatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 100-11.
3. Brandão ES. O cuidar do cliente com pênfigo: um desafio para a enfermagem. In: Brandão ES, Santos I dos. Enfermagem em dermatologia: cuidados técnico, dialógico e solidário. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2006. p. 109-30.
4. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004. p. 137-8.
5. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010; 8: 102-6.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009. p. 38.
7. Galvão CM, Sawada NO, Mendes IAC. A busca das melhores evidências. *Rev esc enferm USP*. 2003; 37: 43-50.
8. Guillen S, Khachemoune A. Pemphigus vulgaris: a short review for the practitioner. *Dermatol nurs*. [PubMed - U.S. National Library of Medicine] 2007 [citado em 15 mai 2009. 19: 269-72. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17626506>.
9. MacCuin JB, Hanlon T, Mutasin DF. Autoimmune bullous diseases: diagnosis and management. *Dermatol nurs*. [PubMed - U.S. National Library of Medicine] 2006 [citado em 20 set 2008]; 18: 20-5. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16550892>.
10. Kamyama Y. Aspectos básicos de enfermagem no pênfigo foliáceo Sul Americano. *Rev esc enf USP*. 1981; 15: 257-66.
11. Eaves D. Nursing care study: pemphigus vulgaris – a reassuring touch. *Nurs mirror*. 1980; 1.150: 45-6.
12. Houlihan M. Dermatological Nursing – 3. *Nurs Times*. 1962; 58: 749-50.

13. Wallace R. Pemphigus II - nursing care. *Am J nurs.* 1955; 55: 678-9.
14. Huckbody E. Cuidados de enfermagem nas doenças de pele. 4ª ed. Edimburgh: Longman group limited; 1977. p. 126-7.
15. Oliveira AS, Santos VLCCG. Uso de iodóforo tópico em feridas agudas. *Rev esc enf USP.* [SciELO - Scientific Electronic Library Online] 2008 [citado em 20 jul 2009] 42: 193-201. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/26.pdf>.
16. Graziano KU, Silva A, Bianchi ERF. Limpeza, desinfecção, esterilização de artigos e anti-sepsia. In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Filho NR. *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde.* São Paulo (SP): Atheneu; 2000. p. 266-307.
17. Lineaweaver W, Howard R, Soucy D. Topical antimicrobial toxicity. *Arch. Surg.* 1985; 120: 267-70.
18. Albuquerque ILS, Camargo TC. Prevenção e tratamento da mucosite oral induzida por radioterapia: revisão de literatura. *Rev bras cancerol.* [Portal Inca online] 2007 [citado em 18 jul 2009]; 53: 195-209. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v02/pdf/revisao4.pdf.
19. José ACK, Castelo Branco B, Ohkawara LE, Yu MCZ, Lima ALH. Uso ocular de água boricada: condições de manuseio e ocorrência de contaminação. *Arq. bras. oftalmol.* [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2007 [citado em 20 jul 2009]; 70: 201-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427492007000200004&lng=en.
20. Katzung BG. *Farmacologia básica e clínica.* 6ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1998. p. 530-1.
21. Dealey, C. *Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras.* 3 edª. São Paulo (SP): Atheneu, 2008. p. 56-82.
22. Santos I, Brandão ES, Clos AC. Enfermagem dermatológica: competências e tecnologia da escuta sensível para atuar nos cuidados com a pele. *Rev enferm UERJ.* 2009; 17: 124-9.
23. Valadares GV, Viana LO. Vivendo o choque da realidade: a inserção do enfermeiro na especialidade. *Rev enferm UERJ.* 2009; 17: 81-5.
24. Lopes EM, Anjos SJSB, Pinheiro AKB. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. *Rev enferm UERJ.* 2009; 17: 273-7.

1.2 Evidências do cuidar de pessoas com pênfigo vulgar: desafio à enfermagem²

Evidences of taking care of people with pemphigus vulgar: challenge to the nursing

Pruebas del cuidar de personas con pênfigo vulgar: reto a la enfermería

Introdução

A vivência de cuidar de pessoas acometidas por pênfigo vulgar ao longo de doze anos revelou a importância de cuidados especializados de enfermagem para a prevenção de agravos, promoção do bem-estar/conforto e manutenção da vida das mesmas. A complexidade do quadro apresentado pelo cliente hospitalizado com a patologia citada deve-se ao sofrimento pela dor, prognóstico fatal, caráter desfigurante provocado pelas lesões extensas e suas repercussões na esfera social e na emocional. Assim, para cuidar dessas pessoas são imprescindíveis ao enfermeiro conhecimento e sensibilidade, exigidos devido à fragilidade da epiderme, características das lesões e vulnerabilidade do cliente a complicações. O quadro normalmente apresentado por esta clientela torna o cuidar de enfermagem um verdadeiro desafio.

Entendendo o cuidado como um fenômeno resultante do processo de cuidar, pode-se descrevê-lo como o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos no sentido de promover, manter ou recuperar a dignidade e totalidade humana. Essas ações têm como base o conhecimento científico, a experiência, a intuição e o pensamento crítico, realizadas para e com a pessoa que necessita de cuidados¹.

Na realidade multifacetada do cotidiano da enfermagem, o enfermeiro é considerado um agente do processo de trabalho em saúde, com formação generalista². Neste universo de atuação destaca-se a dermatologia, que se tornou uma especialidade com atuação nas áreas clínica, cirúrgica e cosmética, tendo sua inserção no âmbito hospitalar nas últimas quatro décadas.

Diante da precariedade de enfermeiros especialistas na área de dermatologia, uma área ainda pouco explorada por esses profissionais, um dos desafios que se apresenta para o enfermeiro generalista é desenvolver um cuidado carente de conhecimentos específicos, que extrapolam as suas competências, levando-o a dilemas de ordem ética e moral no enfrentamento das exigências impostas. Portanto, ter sob sua responsabilidade clientes acometidos por afecções cutaneomucosas, tais como o pênfigo vulgar, significa deparar-se com o despreparo da equipe, com a falta de

² Artigo publicado: Brandão, Santos.²¹

ambiente adequado e do domínio da tecnologia do cuidado como prerrogativas a uma assistência livre de riscos².

O pênfigo é uma doença caracterizada clinicamente por bolhas, de natureza autoimune, de evolução ilimitada e com prognóstico grave. Existem duas formas clínicas mais comuns, o vulgar e o foliáceo. Apesar da etiologia desconhecida, há referência de que a base do processo autoimune seria os desmossomos, agindo como placas de aderência unindo as células epidérmicas, denominadas ceratinócitos³. Por motivo desconhecido, os desmossomos tornam-se antigênicos, estimulando a produção de anticorpos que provocam a destruição dos mesmos e, conseqüentemente, a perda de adesão, processo chamado de acantólise. No caso do pênfigo foliáceo, a acantólise ocorre na camada granulosa, enquanto no pênfigo vulgar ocorre na camada mais profunda da epiderme, a supra basal, sendo esta última considerada a forma mais grave³.

No pênfigo vulgar, este processo leva à formação de lesões bolhosas efêmeras, pouco tensas que surgem de forma isolada ou generalizada na pele aparentemente sadia. A fragilidade e conseqüente rompimento dessas bolhas dão origem a lesões erosadas e exulceradas exsudativas, podendo ocorrer perda de líquidos e proteínas, quadro que predispõe a pessoa à desidratação, anemia e desnutrição profunda³.

Embora o indivíduo com esta patologia possa apresentar áreas extensas de pele sadia, ressalta-se que toda a epiderme está vulnerável a novas lesões. Assim, qualquer pressão na pele, até mesmo durante os cuidados de enfermagem rotineiros, pode aumentar a área lesada, sendo este fato constatado pelo sinal de Nikolski positivo (+). Este sinal caracteriza-se pelo descolamento parcial ou total da epiderme, através da pressão com o dedo em pele perilesional³.

Outro agravante comum no caso da citada doença, é o aparecimento de lesões na mucosa bucal, dificultando a deglutição dos alimentos⁴. Também podem estar presentes lesões esofagianas, laríngeas e traqueobrônquicas, ocasionando disfagia, rouquidão e tosse. Eventualmente podem surgir lesões na conjuntiva, no colo uterino, na uretra e no reto.³

Diante das lesões cutâneas e/ou mucosas normalmente extensas e do quadro nutricional frequentemente debilitado, a pessoa acometida pelo pênfigo vulgar torna-se totalmente vulnerável a diversos riscos, entre eles a infecção, principalmente quando esta se encontra no ambiente hospitalar. Tal vulnerabilidade é potencializada pelo tratamento a base de altas doses de corticosteróides normalmente utilizados para controle da doença⁴. Nas formas irresponsivas, é comum a administração de metilprednisolona, algumas vezes, associam-se imunossuppressores, como metotrexato ou ciclofosfamida³.

A dor é típica, também, ocorrendo queixa de prurido. Na maioria das vezes as lesões exalam um odor fétido característico, o que leva a atração de insetos, podendo inclusive ocorrer infestação por miíase⁴.

O desconhecimento da equipe de enfermagem, em especial do enfermeiro em relação a esta clientela, pode provocar sensações de insegurança, medo e até repugnância durante o atendimento. As expressões e ações fruto dessas sensações provocam aumento do estigma e do sofrimento, contrariando uma cultura voltada para a melhoria da qualidade do cuidado com vistas à humanização⁵.

Entendendo que os profissionais dessa área possuem papel de fundamental importância na promoção do conforto, na prevenção de complicações e até mesmo na manutenção da vida da pessoa com esta patologia, apresenta-se a questão de pesquisa: Quais são os cuidados de enfermagem recomendados para as pessoas com pênfigo vulgar? Para respondê-la o seguinte objetivo foi elaborado: Identificar os cuidados de enfermagem recomendados para as pessoas com pênfigo vulgar.

Marco referencial

Diante da compreensão da enfermagem como profissão que possui funções próprias e específicas, que vão além da administração de medicamentos prescritos, e da importância dessas funções para a recuperação dos clientes, optou-se por utilizar a filosofia de Virgínia Henderson como referencial teórico desta pesquisa. A escolha ocorreu principalmente pelo fato de que Henderson visualizava a função do enfermeiro como específica, autônoma e independente⁶.

Sobre a autonomia e independência, Henderson destaca que é necessário compreender o enfermeiro como elemento central na vida da pessoa doente. Trata-se de um profissional que além de possuir funções próprias, ainda que as partilhe com outros profissionais, garante que as prescrições da equipe de saúde sejam cumpridas. Assim, refere que as funções do enfermeiro e do médico se superpõem, e que a sociedade conta com o enfermeiro, tendo em vista a inexistência de outro profissional tão preparado para desempenhar tais funções⁷.

Henderson utiliza os seguintes conceitos: Pessoa: considera que mente e corpo inseparáveis, destaca os componentes fisiológicos, psicológicos, sociológicos e espirituais. Sociedade/ambiente: possui como foco os indivíduos e refere que a sociedade precisa de enfermeiros com educação do mais alto nível. Saúde: define saúde como a habilidade do indivíduo em se tornar independente.

Enfermagem: destaca a necessidade da cultura, com embasamento para a prática do cuidado individualizado e para solucionar problemas científicos⁶.

Método

Estudo descritivo, realizado através de revisão integrativa da literatura (RIL), que proporciona a incorporação das evidências científicas na prática da enfermagem. Tal método proporciona a síntese do conhecimento produzido e a incorporação da aplicabilidade de resultados de pesquisas na prática⁸.

Nesse sentido, destaca-se a prática baseada em evidências, um processo cíclico de identificação de problemas clínicos, seguido pela busca rigorosa de provas de avaliação, crítica e síntese de resultados para tomar decisões na prática clínica⁹.

Assim, os resultados obtidos com este método podem subsidiar a implementação de intervenções no cuidado às pessoas, no caso desse estudo, aquelas com pênfigo vulgar, sendo necessário o desenvolvimento de artifícios no contexto da pesquisa cientificamente embasada, capazes de delimitar etapas metodológicas mais concisas e propiciar melhor utilização das evidências.

Desse modo, torna-se necessário cumprir seis etapas distintas: 1) elaboração da questão norteadora da pesquisa; 2) busca ou amostragem; 3) coleta de dados; 4) análise crítica dos artigos selecionados; 5) discussão dos resultados e; 6) apresentação da revisão / síntese do conhecimento.⁸

Diante do exposto, na primeira etapa foi considerada a questão de pesquisa, já apresentada na introdução, qual seja: Quais são os cuidados de enfermagem recomendados à pessoa com pênfigo vulgar?

Na segunda etapa foram estabelecidos os critérios de inclusão: artigos sobre pênfigo vulgar, disponíveis na íntegra on-line, em periódicos nacionais e internacionais, publicados em português, inglês e espanhol, no período de 2006 a 2010, relacionados ao tema da pesquisa. As Bases de dados eletrônicas utilizadas foram: *SciVerse* (SCOPUS), *EBSCOhost On-line research databases*, *U.S. National Library of Medicine* (PUBMED), *Wolters Kluwer Health* (OVID), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Scientific Electronic Library On-line* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). A busca ocorreu no mês de janeiro de 2011, utilizando os seguintes descritores “nursing care” and “pemphigus”.

Foram encontrados 91 artigos na Base de dados Scopus; 24 artigos na EBSCOhost; 07 artigos, respectivamente, na PUBMED e na Ovid; e nenhum artigo na BDENF, SciELO e LILACS, totalizando 129 artigos. Diante do predomínio de artigos encontrados na Scopus, optou-se pela

utilização desta como primeira para a seleção dos artigos, seguida pela EBSCOhost e PUBMED. A partir da leitura dos resumos, 121 artigos foram descartados por não atenderem aos critérios de inclusão mencionados. Dos oito artigos selecionados, observou-se que dois se repetiam em duas bases de dados, reduzindo o número para quatro artigos. A distribuição dos artigos incluídos encontra-se representada na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos artigos encontrados por Bases de Dados.
Rio de Janeiro, 2011

Bases de dados	Artigos			
	Encontrados	Selecionados	Repetidos	Incluídos
Sci Verse SCOPUS	91	3	2	1
EBSCOhost	24	3	2	1
PUBMED	7	2	0	2
OVID	7	0	0	0
BDENF	0	0	0	0
SciELO	0	0	0	0
LILACS	0	0	0	0
Cochrane	0	0	0	0
Total	129	8	4	4

Na terceira etapa, foi realizada a coleta de dados. Para definir as informações a serem extraídas dos estudos selecionados foi elaborado um formulário composto com as seguintes variáveis: Base de dados; periódico, título do artigo, nome do (s) autor (es), categoria profissional, ano de publicação, tipo de estudo e país de procedência, síntese dos resultados, evidências dos estudos. Assim, os dados foram coletados de cada artigo, utilizando-se o critério para análise de comunicações científicas¹⁰.

Na quarta etapa, realizou-se a análise crítica fundamentada em conceitos de abordagens de pesquisas qualitativas. No processo de análise, escolheu-se a análise de conteúdo, um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Tais procedimentos são criteriosos e colaboram no desvendar dos conteúdos de seus documentos⁷. Destaca-se, que a utilização do sistema de classificação hierárquica da qualidade das evidências, inclui os estudos com abordagens quantitativa e qualitativa para avaliação dos trabalhos selecionados.

Esta classificação é feita em seis níveis: nível 1: evidências resultantes de metanálise de múltiplos estudos controlados e randomizados; nível 2: evidências de estudos individuais com

desenho experimental; nível 3: evidência de estudos quase-experimentais, séries temporais ou caso-controle; nível 4: evidências de estudos descritivos (não experimentais ou abordagem qualitativa); nível 5: evidências de relatos de caso ou de experiência; nível 6: evidências baseadas em opiniões de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas; opiniões reguladoras ou legais¹².

Referente à interpretação dos resultados, quinta etapa da RIL, alerta-se que os dados evidenciados na análise dos artigos foram comparados com o referencial teórico. A partir desta análise, tornou-se possível identificar prováveis lacunas do conhecimento, levantar sugestões para realização de outros estudos, além de expor conclusões, como também os vieses da pesquisa⁸.

Na última etapa, realizou-se a síntese dos principais resultados evidenciados, um trabalho de extrema importância, pois reúne o acúmulo do conhecimento existente sobre o tema pesquisado. Esta síntese foi organizada em duas categorias temáticas: A-Perfil das produções científicas sobre cuidado ao cliente com pênfigo vulgar- 2006 a 2010 e B- Resultados sobre cuidado ao cliente com pênfigo vulgar em evidência, que apresenta duas subcategorias: A-Cuidados com terapia medicamentosa; B-Cuidados com procedimentos de enfermagem.

Resultados

Figura 2 - Perfil das produções científicas sobre o tema. Rio de Janeiro, 2011

<i>BASE DE DADOS</i>	<i>PERIÓDICO</i>	<i>TÍTULO</i>	<i>AUTOR (ES)</i>	<i>CATEGORIA PROFISSIONAL</i>	<i>TIPO DE ESTUDO/ PAÍS</i>
Science Verse (Scopus)	Koohsiung J Med Sci 2009; 25(11)	Silver-containing hidrofiber dressing is an effective adjunct in the treatment of pemphigus vulgaris	Chich-Shan, Hui-Yu Hsu, Stepen Chu-Sung Hu, Hsiu-Hui Chiu, GwoShing Chen ¹³	Médicos e enfermeiros	Estudo de caso China (Taiwan)
Pubmed	Dermatology Nursing. 2007; 19(3):269-272.	Pemphigus vulgaris: A short review for the practioner	Guillen S, Khachemoune A ¹⁴	Médico dermatologista	Estudo de caso EUA
	Dermatology	Autoimmune	McCuim JB, Hanlon T, Mutasin DF ¹⁵		Artigo de

Pubmed	Nursing, 2006;18(1): 20- 25	Bullous Diseases: Diagnosis and management	Médico residente e Médicos dermatologistas	revisão EUA
Ebsco host	Nursing 2006; 36 (8)	Wound & skin care.Understan- ding pemphigus	Não especifi- cado ¹⁶ Não especificado	Artigo de revisão EUA

Todos os artigos foram publicados em inglês, sendo dois de autores norte-americanos, um de autores Chineses e um sem identificação de autoria. Sobreleva-se que, apesar da predominância de artigos publicados em revistas de enfermagem (dois na *Dermatology nursing*, e um na *Nursing*), se observa, o predomínio de autores e/ou coautores médicos. Constata-se que somente um artigo possui coautoria de enfermeira. Em relação ao método, relevam-se, dois estudos de caso e duas revisões de literatura, caracterizando sua classificação nos níveis de evidência 4 e 5¹². (Ver Figuras 2 e 3)

Figura 3 - Síntese e evidência dos artigos selecionados. Rio de Janeiro, 2011

TÍTULO DO ARTIGO	SÍNTESE DOS ARTIGOS E EVIDÊNCIAS
Silver-containing hidrofiber dressing is an effective adjunct in the treatment of pemphigus vulgaris ¹³	Comparação da evolução de um cliente com pênfigo vulgar com 62% da superfície corporal acometida. Antes utilizava o tratamento convencional com hidroterapia e posterior aplicação de sulfadiazina de prata e gaze. Foi sugerido o uso de hidrofibra com prata após limpeza com soro fisiológico estéril e troca do curativo a cada 03 dias. Apesar da melhora do quadro após quatro semanas, redução da dor, desconforto e economia tempo, conclui-se que outros estudos são necessários para avaliar sua eficácia. Estudo de caso - Nível de evidência 5.
Pemphigus vulgaris: A short review for the practitioner ¹⁴	Privilegia aspectos clínicos, diagnóstico, tratamento sistêmico, cita o tratamento tópico com antibióticos e corticóides como adjuvante, objetivado a analgesia local e prevenção de infecção secundária. Estudo de caso - Nível de evidência 5.
Autoimmune Bullous Diseases: Diagnosis and management ¹⁵	Descrição das buloses, incluindo o pênfigo vulgar, privilegiando o diagnóstico, fisiopatologia e tratamento medicamentoso, incluindo o tópico com corticosteróides. Cita o cuidado com as lesões como componente importante no plano de tratamento. Refere o uso de curativos oclusivos (lesões extensas) para absorção dos fluidos. Recomenda o tratamento de erosões e ulcerações com compressas de água limpa e aquecida 02 vezes ao dia, seguida pela aplicação de gaze com antibióticos ou pomadas hidrofílicas. Refere a importância da prevenção de úlceras por pressão e de infecções secundárias. Revisão de literatura - Nível de evidência 4.
Wound & skin care. Understanding pemphigus¹⁶	Descreve os sinais e sintomas e complicações da doença. Cita o controle da perda de fluidos, prevenção de infecções e promoção da reepitelização. Refere o uso de altas

	<p>doses de corticosteróides, imunossupressores, imunoglobulina e plasmaferese. Cita a importância de monitorar peso, pressão arterial e realizar balanço hídrico, além da administração do corticóide após as refeições. Contra-indica o uso de fitas adesivas na pele e refere prevenção de hipotermia. Recomenda a administração de analgésicos antes dos cuidados com as lesões. Alerta para a possibilidade de perda de peso e hipoproteïnemia nos casos de lesões orais, destacando a necessidade de higiene bucal, além do uso de analgésicos ou anestésicos orais. Contra-indica o uso de bochechos com soluções anti-sépticas que contenham álcool, indica o uso do gluconato de clorexidina. Sugere dieta fracionada não irritante, fria, hiperproteica e hipercalórica, além do uso de suplementos ou nutrição parenteral. Sugere o uso de lanolina ou petrolato para hidratação dos lábios. Recomenda grupo de apoio. Revisão de literatura - Nível de evidência 4.</p>
--	---

Discussão

A- Cuidados com terapia medicamentosa

Embora um dos artigos destaque que os três principais objetivos do tratamento do cliente com pênfigo vulgar são: suprimir a resposta imune (produção de anticorpos), inibir a resposta inflamatória e cuidar das lesões¹⁵, constata-se que mesmo aqueles publicados em revistas de enfermagem possuem como foco predominante aspectos relacionados à doença. Esses abordam de forma privilegiada a definição da doença, fisiopatologia, características clínicas, sinais e sintomas e principalmente o tratamento medicamentoso sistêmico^{13,14,15,16}, considerando o tratamento tópico como complementar. Tal fato deve-se certamente à constatação de que as publicações selecionadas possuem autoria predominante de profissionais médicos.

Os corticosteroides sistêmicos são citados como base do tratamento^{13,14,15,16} e os imunossupressores como coadjuvantes, na tentativa de reduzir a dose dos corticosteróides e conseqüentemente os seus efeitos colaterais. Outras medicações como o metotrexato, ouro e tetraciclina com niacinamida também são citados como complementares¹⁴, além da plasmaferese, imunoglobulina e rituximab^{14,15}. A escolha da terapêutica medicamentosa está associada à avaliação do cliente e da gravidade da doença^{14,15}.

Outro fato que chama a atenção é a inexistência nos artigos de outros aspectos relacionados diretamente a administração dessas medicações, restringindo-se ao mecanismo de ação e efeitos colaterais.

Em relação à terapia tópica, dois trabalhos citam o uso de corticóides tópicos e de antibióticos^{14,15}, sendo que um deles recomenda os corticóides tópicos para controle da doença

branda a moderada¹⁵. Um dos artigos cita que a aplicação de um imunossupressor tópico chamado tacrolimus pode ser bem sucedida¹⁴. Apenas um artigo recomenda o uso de pomada hidrofílica nas lesões cutâneas¹⁴ e outro petrolato ou lanolina nos lábios¹⁶.

Ressalta-se que, embora recomendem a aplicação tópica desses medicamentos, não contemplam aspectos relacionados à limpeza das lesões, à aplicação do produto e proteção das lesões^{14,16}, que são extremamente importantes durante o cuidado a esses clientes. Apenas um dos artigos refere que as erosões e as ulcerações devem ser tratadas com compressas de água morna limpa duas vezes ao dia, com posterior aplicação da pomada antibiótica ou hidrofílica e gaze¹⁵. Somente um artigo descreve um estudo que teve como objetivo avaliar o uso de um curativo composto por carboximetilcelulose, polímero de hidrocolóide, água e íons de prata¹³. Apesar dos aspectos positivos apontados nos resultados, este estudo, por ter sido realizado em um único sujeito, não comprova a eficácia desta cobertura, havendo a necessidade de realização de outros estudos.

Diante da complexidade que envolve o cuidado a esta clientela e da amplitude da atuação da enfermagem na promoção de conforto e prevenção de agravos, pode-se afirmar que os artigos encontrados refletem um paradigma de cuidar totalmente voltado para o modelo biomédico, com foco na doença e na administração da terapêutica medicamentosa, sem contemplar outros aspectos que envolvem a integralidade do ser humano.

B- Cuidados com procedimentos de enfermagem

Observa-se que os artigos selecionados citam os cuidados de enfermagem de forma discreta, em poucas linhas, normalmente ao final dos artigos, destacando o cuidado tópico como terapia complementar ao tratamento medicamentoso^{14,15,16}.

Um dos artigos destaca a necessidade de prevenir a infecção bacteriana secundária, destacando que esta pode levar a sepse, além da importância de evitar a formação de crostas nas lesões, uma vez que retarda a cicatrização¹⁵. Esse artigo refere ainda a necessidade de mudanças de decúbito frequentes para prevenção das úlceras por pressão, porém não relaciona as especificidades dessa ação de enfermagem em uma clientela que já apresenta fragilidade da epiderme, além de lesões cutâneas extensas. No que diz respeito aos cuidados com as lesões, recomenda o uso de curativo hidratante, na tentativa de impedir fluido excessivo e perda de eletrólitos, além do uso de compressas de água morna limpa duas vezes ao dia, e posterior aplicação de pomada antibiótica ou hidrofílica e gaze¹⁵.

Outro artigo, embora privilegie aspectos relacionados à doença, ao citar os cuidados de enfermagem, não os limita aos cuidados com as lesões, citando outros cuidados como aferir a pressão arterial, controlar a glicose, administrar medicação analgésica antes da execução dos cuidados com as lesões, não usar fita adesiva na pele, prevenir hipotermia, aplicar analgésicos tópicos ou anestésicos na boca, após higiene cuidadosa, orientar bochechos com soluções antissépticas, como gluconato de clorexidina, evitando os que contenham álcool, incentivar a ingestão de alimentos frios, não irritantes e refeições fracionadas hiperproteicas, hipercalóricas, suplementos orais ou nutrição parenteral, se necessário, hidratar os lábios com lanolina, petrolato ou batom, oferecer apoio emocional e encaminhar o cliente a um grupo de apoio¹⁶.

Ressalta-se, ainda, que os aspectos sociais, emocionais, espirituais e referentes à educação do cliente e sua família não são privilegiados em nenhum dos artigos.

Diante destes resultados constata-se a precariedade de referenciais bibliográficos e de estudos clínicos voltados para o cuidar de enfermagem à pessoa com pênfigo vulgar, fato que contribui para um atendimento baseado no modelo biomédico, ou seja, fortemente voltado para o cumprimento das prescrições médicas e para os cuidados básicos como higiene, aferição de sinais vitais e encaminhamentos para exames.

Diante do compromisso histórico da enfermagem com a manutenção e recuperação da integridade da pele, surge a necessidade de realizar uma crítica reflexiva. Esta reflexão pode se centralizar na complexidade que envolve o cuidado de enfermagem a esta clientela, e na necessidade de construção de um corpo de conhecimentos próprios, considerando a autonomia e independência do enfermeiro preconizada por Henderson⁸.

Nesse sentido, destaca-se que o conteúdo dos artigos analisados são superficiais e sem contemplar as minúcias exigidas e a complexidade, envolvendo o processo do trabalho de enfermagem à estas pessoas, considerando suas dimensões física, emocional/mental, social e espiritual.

Além do exposto, menciona-se a importância do conhecimento científico, da experiência e do pensamento crítico realizados para e com a pessoa¹ na tentativa de promover uma assistência digna, como merece o ser humano. Assim, destaca-se que a presença do enfermeiro ao lado do cliente é de fundamental importância. Pois somente através deste contato direto será possível construir um corpo de conhecimentos próprios.

Desse modo, tal construção será elaborada no contexto do processo de trabalho e recomendada pelos próprios executores da arte de cuidar, e, portanto, voltada para as reais

necessidades da pessoa. Como dizia Virgínia Henderson: “Creio que a função executada pelo enfermeiro é, basicamente, uma função de independência – a de agir em lugar do paciente, quando a este faltar conhecimento, força física ou vontade de agir por si mesmo, tal como ele normalmente faria, estando saudável, ou na execução da terapia prescrita. Essa função é encarada como complexa e criativa, como se oferecesse oportunidades limitadas à aplicação das ciências físicas, biológicas e sociais, bem como o desenvolvimento de habilidades nela baseadas⁷”. Para a autora citada, o profissional de enfermagem nunca deve esquecer que o cuidado é o fundamento da ciência e da arte da enfermagem. O compromisso com o cuidado envolve também o autocuidado, a auto-estima, a autovalorização, a cidadania do outro e da própria pessoa que cuida⁶.

Conclusões

Apesar da significativa e indiscutível importância dos cuidados de enfermagem às pessoas com pênfigo vulgar, concluiu-se que há precariedade de publicações e principalmente de pesquisas abordando o referido tema. Evidenciou-se, também a predominância de publicações com níveis de evidência 4 e 5. Tal fato denuncia a ausência de estudos clínicos e a necessidade urgente de realizá-los, visto a sua importância para a tomada de decisões para proporcionar o bem-estar/conforto dos clientes hospitalizados com esta patologia, e assim reduzir seu sofrimento provocado pela doença, e conseqüentemente, reduzindo o tempo de hospitalização, bem como os custos hospitalares.

Apesar da pequena amostra sobre este assunto analisada neste trabalho, sobretudo por nela não se incluir publicações de origem brasileira, ressalta-se que esta realidade aponta para a necessidade de construir um corpo de conhecimentos próprios, específicos da enfermagem, preenchendo, assim, uma lacuna no conhecimento. Estes devem contemplar o bem-estar físico, emocional, social, espiritual, ou seja, a integralidade do ser humano, que em algum momento de sua vida foi acometido por esta enfermidade.

Referências

1. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.
2. Oliveira EB, Brandão ES, Ferreira ARA. Peculiaridades no contexto do cuidado do cliente dermatológico: disseminando novas práticas e novos saberes. In: Brandão ES, Santos I. Enfermagem em Dermatologia – Cuidados técnico, dialógico e solidário. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2006. p.201-22.

3. Azulay-Abulafia L, Azulay RD, Azulay DR. Buloses In: Azulay RD, Azulay DR. *Dermatologia*. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p.100-111.
4. Brandão ES. O cuidar do cliente com pênfigo: um desafio para a enfermagem. In: Brandão ES, Santos I. *Enfermagem em Dermatologia – Cuidados técnico, dialógico e solidário*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2006. p.109-30.
5. Oliveira EB, Brandão ES. Abordagem psicossocial: o grupo de apoio ao cliente dermatológico em regime de internação como estratégia de intervenção. In: Brandão ES, Santos I. *Enfermagem em Dermatologia – Cuidados técnico, dialógico e solidário*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2006. p.179-200.
6. Rodrigo MTL, Ferrín CF, Gómez MVN. *De La teoria a la práctica – El pensamiento de Virginia Henderson em el siglo XXI*. Barcelona (ES): Masson; 1998.
7. Marriner-Tomey A, Alligood A. *Nursing Theorists and their work*. 6 ed. Philadelphia, USA: Mosby-Elsevier, 2006. p.55-7.
8. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010; 8(1 Pt 1):102-6.
9. Moola, S. Evidence-based practice. *Online Brazilian Journal of Nursing, North America*, 9, nov. 2010. Available at: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3138>>. Date accessed: 12 Nov. 2011.
10. Santos I dos. *Qualidade dos resumos de comunicação científica em enfermagem*. [tese]. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1994.
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
12. Galvão CM, Sawada NO, Mendes IAC. A busca das melhores evidências. *Rev Esc Enferm USP*. 2003; 37(4):43-50.
13. Chich-Shan, Hui-Yu H, Stepen Chu-Sung Hu, Hsiu-Hui C, GwoShing C. Silver-containing hidrofiber dressing is an effective adjunct in the treatment of pemphigus vulgaris. *Kaohsiung J Med Sci*. 2009; 25(11): 622-26.
14. Guillen S, Khachemoune A. Pemphigus vulgaris: a short review for the practioner. *Dermatology nursing*. 2007; 19(3): 269-72.
15. McCuim JB, Hanlon T, Mutasin DF. Autoimmune bullous diseases: diagnosis and management. *Dermatology nursing*. 2006; 18(1): 20-5.
16. *Wound & skin care*. Understanding pemphigus. *Nursing*. 2006; 36 (8): 26.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A enfermagem é uma profissão que possui funções próprias e específicas para o desenvolvimento das práticas de cuidar, educar, gerenciar e pesquisar, visando à qualidade do atendimento de saúde/bem-estar junto ao cliente hospitalizado, em acompanhamento/tratamento ambulatorial, em domicílios e comunidades. Entende-se que tais práticas vão além do cumprimento das prescrições médicas, incluindo, a exemplo desta pesquisa, a utilização de uma Tecnologia de cuidado de Enfermagem, que envolve a avaliação do cliente e a implementação de cuidados que visam a abordagem do mesmo na sua totalidade, e conseqüentemente a promoção do seu conforto/bem-estar.

O desempenho das práticas citadas, tendo em vista a restauração do equilíbrio das dimensões física, mental e espiritual das pessoas, em especial das acometidas pelas dermatoses imunobolhosas, exige uma fundamentação filosófica, teórica e tecnológica que propicie autonomia e independência ao enfermeiro, levando-o às inovações características de um enfrentamento para uma enfermagem pós-moderna e futura conforme recomenda Jean Watson²².

Esta fundamentação encontra respaldo na filosofia de Virgínia Henderson, autora que visualizava a função da enfermeira como específica, autônoma e independente. Entre suas suposições destaca-se: uma definição de enfermagem deveria considerar o princípio do equilíbrio fisiológico²³. Baseando-se na medicina psicossomática e suas implicações para a enfermagem, Henderson considera que o equilíbrio emocional é inseparável do equilíbrio fisiológico²³.

Referente à autonomia e independência, é necessário compreender o enfermeiro como elemento central na vida do cliente. Trata-se de um profissional que, além de possuir funções próprias, ainda que as compartilhando com outros profissionais, garante que as prescrições da equipe de saúde sejam cumpridas. Assim, as ações do enfermeiro e do médico se superpõem, sendo que a sociedade conta com o enfermeiro, visto a inexistência de outro profissional tão preparado para desempenhar tais funções²³.

2.1 Conceitos de Virginia Henderson

Pessoa: um ser integral com componentes fisiológicos, psicológicos, sociológicos e espirituais inseparáveis. O cliente e sua família formam uma unidade⁹.

Sociedade/ambiente: conjunto de todas as condições e influências exteriores que afetam a vida e o desenvolvimento de um organismo. Possui como foco os indivíduos. Por isso, a sociedade precisa de enfermeiros com educação do mais alto nível⁹.

Saúde: a independência do indivíduo para realização de suas necessidades básicas⁹. É a qualidade da saúde, mais que a vida em si mesma, a reserva de energia mental e física que permite à pessoa trabalhar de forma mais efetiva e alcançar seu maior potencial de satisfação na vida.

Enfermagem: A enfermeira possui como função ajudar ao indivíduo, enfermo ou sadio, na realização de atividades que contribuam para a saúde, para sua recuperação, ou para uma morte tranquila. Atividades estas que ele realizaria se tivesse força, vontade ou conhecimentos necessários. E fazer isto de tal forma que lhe ajude a ser independente²³.

Esta definição revela a necessidade da aquisição de competência para entender a diversidade cultural das pessoas e habilidades específicas para desenvolver a prática do cuidado individualizado bem como para solucionar problemas científicos. Nesse sentido, vale lembrar que Hildegard Peplau questionava: o que sabem as enfermeiras e como usam estes conhecimentos para ajudar as pessoas?²⁴

2.2 A perspectiva estética no cuidar em enfermagem

Diante de uma proposta de cuidar na área de dermatologia e compartilhando com a ideia da obrigatoriedade do cuidado livre de preconceitos, que tem como principal objetivo a promoção do conforto/bem-estar e conseqüentemente a qualidade de vida das pessoas, considera-se importante apresentar aspectos referentes à perspectiva estética, buscando a sua utilidade no cuidar em enfermagem, e mais especificamente em dermatologia.

A estética nos remete ao belo, tratando-se, portanto, de uma visão simplista e inadequada, pois esta palavra de origem grega significa faculdade de sentir, compreender pelos sentidos, perceber de forma totalizada²⁵.

Considerado um fenômeno universal, cuidar é um atributo humano, inato e essencial para a existência e sobrevivência humana²⁶. O cuidar em enfermagem é conceituado como ciência e arte, pois, ao ter como foco a experiência humana na saúde e na doença, utiliza instrumentos, métodos e processos que favorecem a compreensão do ser, do saber, do fazer e do saber fazer²⁷. O cuidado estético é aquele que considera no Ser cliente, a sua condição humana²⁸.

O cuidado estético, vinculado à enfermagem advém da ética subjetiva (interna dos seus profissionais), que se exterioriza no ato de fazer, ressaltando o seu produto: o cuidado estético. Assim, a estética proporciona aos enfermeiros vivenciar a objetividade e subjetividade, diferenciando-as, tornando-se necessário o uso da criatividade, sensibilidade, intuição, conhecimentos entre outros²⁷.

Assim, a promoção de um ambiente terapêutico é somente a moldura do cuidado estético, pois o cuidado transcende da mera administração de recursos materiais e ambientais, que favorecem as forças da natureza, visando o bem-estar, e que são considerados fatores influentes na restauração do equilíbrio físico, mental e espiritual²⁷.

Diante do caráter crônico das dermatoses imunobolhosas e da perda do direito do cliente de não tornar público um problema de saúde, uma vez que está impresso em sua pele, acaba por promover curiosidade, repugnância, medo, dificultando a relação social, familiar e até mesmo com profissionais de saúde não capacitados para atendimento a esta clientela^{6,29}. Conseqüentemente, as pessoas acometidas por estas dermatoses ficam vulneráveis ao isolamento e aversão, inclusive dentro das próprias unidades de saúde.

Nesse sentido, considera-se relevante destacar que a proposta de cuidar numa perspectiva estética mobiliza os afetos e aversões dos profissionais para atender os clientes de maneira bela/justa, de forma digna, como merece o ser humano. Nesta proposta o afeto/sentimento é o de justiça e a aversão refere-se à eliminação do feio/injusto, inadequado, incoerente e sem humanidade²⁷.

Esta perspectiva é dependente da intencionalidade da instituição e da orientação dos profissionais, no que diz respeito à sua compreensão e aceitação do que lhe significa a ideologia ética para cuidar junto às pessoas²⁷.

A implementação da perspectiva estética no ambiente institucional, no caso desta pesquisa, no hospital, significa romper com o instituído, instaurando outras formas de cuidado, criativos e libertadores. Acredita-se que essa perspectiva favorece não somente os clientes, pois respeita a integralidade e singularidade do mesmo, favorecendo o compartilhamento de saberes, a compreensão de valores, crenças e culturas, entre outros, mas favorece também a enfermagem como profissão, pois valoriza a autonomia do enfermeiro a partir da aplicação de sua competência e habilidade na sua arte/ofício.

2.3 Tecnologias para o cuidar em enfermagem

O processo de enfermagem é um instrumento metodológico que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou predizer como o cliente responde aos problemas de saúde ou aos seus processos vitais, determinando quais aspectos dessas respostas exige uma intervenção profissional. E, assim, ele implica a existência dos elementos que lhe são inerentes: o que os profissionais de enfermagem fazem (ações e intervenções de enfermagem) fundamentadas no julgamento sobre fenômenos humanos específicos (diagnóstico de enfermagem), para alcançar os resultados esperados (resultados de enfermagem)²⁶.

Portanto, a prática de enfermagem demanda habilidades e capacidade cognitivas, psicomotoras e afetivas, além de conhecimento e perícia no uso de técnicas de resolução de problemas e de coordenação/gerenciamento do plano de cuidado ao cliente²⁴. Com isso vê-se que a prática de enfermagem envolve ações investigativas, administrativas, educativas e cuidativas.

No que diz respeito às tecnologias, destaca-se que historicamente o modelo assistencial para a saúde teve seu foco nas tecnologias duras e leve-duras, onde o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais. O atendimento fruto desta estrutura é centrado no ato prescritivo, com modelo que possui em sua natureza o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos³⁰.

As tecnologias podem ser classificadas em tipos associados ao processo de trabalho: as duras são representadas por máquinas e instrumentos; as leve-duras relacionam-se ao conhecimento técnico; e as tecnologias leves são representadas pelas relações³⁰.

Nesse contexto, diferencia-se, também, o trabalho morto e o trabalho vivo que compõem um núcleo tecnológico no microespaço do trabalhador da saúde. O trabalho morto é composto por

instrumentos, que para sua elaboração já se aplicou um trabalho prévio. A composição técnica que favorece o trabalho morto reflete um processo de trabalho voltado para a produção de procedimentos³¹.

Além dos instrumentos e do conhecimento técnico (tecnologias mais estruturadas) existe o lugar das relações, considerado fundamental para a produção do cuidado. Neste, há predominância do trabalho vivo, ou seja, o trabalho no momento em que está sendo produzido, configurando-se numa produção de cuidados que possui caráter relacional centrada, portanto nas tecnologias leves³¹.

Assim, entende-se que o processo de trabalho de enfermagem deve ter em seu núcleo de cuidado a hegemonia do trabalho vivo, garantindo aos clientes a integralidade da atenção^{4,29}.

Desse modo, nesta tese foram utilizados recursos de todos os níveis tecnológicos, ressaltando o foco terapêutico relacional com o cliente, considerando sua subjetividade, sua origem social, suas relações familiares, valores e crenças ao compartilhar saberes para o autocuidado, e assim, aumentar o seu conforto/bem-estar, e conseqüentemente, a sua autoestima no sentido da promoção da autonomia. Exemplificando-se tais recursos, descreve-se a Tecnologia de Cuidado de Enfermagem ao Cliente com Dermatoses Imunobolhosas, a qual consiste em: Protocolo de Avaliação do Cliente em Dermatologia (PACD) e Protocolo de Cuidados de Enfermagem ao Cliente com Dermatoses Imunobolhosas (PCECDI), conforme Apêndices A e B.

Lembra-se que o Protocolo de Avaliação do Cliente em Dermatologia (PACD) surgiu após modificação, ampliação e validação da proposta de formulário de admissão do cliente com afecção cutânea³; e o Protocolo de Cuidados de Enfermagem ao Cliente com Dermatoses Imunobolhosas (PCECDI) foi modificado e ampliado a partir do Protocolo de Enfermagem no Atendimento ao Cliente com Pênfigo⁸.

2.4 O conceito de conforto na Teoria de Kolcaba

Na enfermagem, o uso do conceito de conforto foi encontrado no histórico livro de Florence Nightingale “*Notas de Enfermagem*” (1859), evidenciando que esta autora já reconhecia o conforto como essencial para os clientes. Naquela época, o diagnóstico de enfermagem tinha foco no “conforto alterado”, considerando especificamente: dor, náusea e vômito e coceira³².

No início do século 20, o termo foi utilizado de forma geral. Em 1908, por exemplo, Aikens apud Kolcaba destacou que nada relacionado ao conforto do paciente é pequeno ou suficiente para ser ignorado. Uma boa enfermeira é aquela que torna os pacientes confortáveis, sendo a promoção do conforto o fator principal para determinar a habilidade da enfermeira.

Percebe-se que, naquela época, o conforto do cliente já era altamente valorizado pelas enfermeiras, que consideravam isto como a sua principal missão. Isso porque o mesmo ampliava a possibilidade de cura, sendo resultado de intervenções de ordem física, emocional e ambiental, além de outras específicas realizadas sob autoridade do médico, como uso de cataplasmas, aplicação de calor e posicionamento no leito³².

O significado e a importância do conforto passaram por mudanças consideráveis, tendo em vista a evolução dos cuidados com a saúde. Do seu significado geral, o conforto tinha um valor significativo para a enfermagem no início do século, passando para um valor menos importante e com uma conotação mais específica ao sentido físico. Para exemplificar, em 1950, com a maior popularidade dos analgésicos para controle da dor, poucos tratamentos para a promoção do conforto foram descritos. Naquela época, apesar de as enfermeiras ainda não poderem falar com os seus pacientes sobre suas condições, tomaram para si maior responsabilidade em relação aos sentimentos dos mesmos³².

Na década de 70, as enfermeiras adquiriram maior autonomia e puderam implementar medidas de conforto sem as ordens médicas. No entanto, a motivação para melhorar o conforto diminuiu. Com a intensificação da tecnologia dura, muitas medidas de conforto tradicionais foram consideradas simples e relegadas a menor importância, sendo então implementados por pessoal de apoio. O conforto não era mais considerado um foco da enfermagem especializada, nem incluído nas definições de cuidados especializados. Assim, qualquer pessoa poderia proporcionar conforto. O termo ainda estava indefinido na disciplina e semanticamente diversificado, com interpretação restrita, escrito raramente, e, claro, não mensurado³².

Na década de 80, ocorreram muitos avanços na medicina e a cura tornou-se mais provável através da cirurgia, dos antibióticos, da radiação e da quimioterapia. Narcóticos passaram a ser usados para a dor severa. Assim, o conforto tornou-se uma estratégia secundária em relação ao propósito de cura. Descrições de conforto em enfermagem eram limitadas, referindo-se principalmente ao estado físico do indivíduo. Nessa época, a importância do conforto da família começou a surgir, sendo esta considerada como legítima destinatária dos cuidados e medidas de conforto³².

Destaca-se que nessa década a promoção do autocuidado e do conforto era considerada uma meta menor. O conforto era o principal objetivo de enfermagem apenas quando os clientes estavam em fase terminal, havendo reversão da meta da enfermagem para conforto quando não havia mais a possibilidade de cura³².

A conexão na literatura de enfermagem entre o conforto da pessoa e do seu bem-estar para a reabilitação foi sutil, mas constante ao longo da história da enfermagem³².

De acordo com Kolcaba, as sementes da Teoria do conforto foram plantadas no início da década de 80 em isolamento aparente, mas coletivamente permitiu uma compreensão mais profunda, além de crescimento teórico. Segundo ela, dez anos depois tal conceito na área de enfermagem foi ampliado e promovido em novas formas³².

A revisão que mais tarde apoiou e influenciou o trabalho de Kolcaba começa em 1982, quando Janet Morse despertou a atenção da enfermagem contemporânea em relação ao conforto, e termina com 1992, quando Kolcaba operacionaliza o conceito. Além de Janet Morse, Kolcaba refere que contou com a contribuição de Benner; Rankin-Box; Donahue; Arrington and Walborn; Andrews and Chrzanowki; Hamilton; Gopper; a enfermeira brasileira Neves-Arruda, Larson, and Afaf Meleis³².

Conceituando o conforto

A existência de necessidades de conforto não atendidas pressupõe a necessidade de intervenção para maximizar o conforto, ratificando a relação entre conforto e cuidado, e a preocupação em estabelecer medidas de conforto como sinônimo de intervenção de enfermagem¹⁰.

A tecnologia para o atendimento ao cliente com dermatoses imunobolhosas proposta neste estudo visa o seu conforto/bem-estar, o que traduz sua qualidade de vida no seu próprio conceito. Neste sentido, ressalte-se a análise conceptual do termo conforto, realizado por Kolcaba^{10,32-33}.

Para Kolcaba, conforto e cuidados de conforto são conceitos complexos, individuais e holísticos, trata-se de um estado desejável para nossos clientes, representando uma condição individual, relaxada, saudável e pacífica³².

Para analisar o conceito de conforto, seu marido, especializado em epistemologia aconselhou que Kolcaba realizasse uma busca para encontrar as diferentes maneiras que o conceito de conforto é utilizado, não somente na enfermagem, como também em outras disciplinas. Em

relação à enfermagem, esta autora queria descobrir a época em que o conceito de conforto começou a ser utilizado e se o era de forma holística³².

O conforto pode ser considerado uma sensação de relaxamento experimentado no corpo seguido de bem-estar físico, psicoespiritual e social – proporcionado pelo cuidado de enfermagem^{34:109}.

Kolcaba define conforto como uma experiência imediata de ter atendidas as necessidades humanas básicas, possuindo três sentidos técnicos: *relief* - alívio (o estado de ter um desconforto específico aliviado), *Easy* - calma (estado de tranquilidade), e *transcendence* - transcendência (o estado no qual alguém está acima dos problemas ou dor)^{10,32,33}. Para ela, as necessidades de conforto podem ser experienciadas em quatro contextos: físico, psicoespiritual; ambiental e sociocultural, conforme se descreve a seguir^{10,32,33}.

Conforto físico

Relacionado às sensações do corpo, Kolcaba sabia que a dimensão fisiológica inerente aos fatores que afetam o estado físico do cliente, como descanso e relaxamento, nível de nutrição e hidratação e eliminação de resíduos era o contexto mais óbvio e consensual de conforto³².

Esta autora cita que esta dimensão ampla do conforto físico foi reforçado pela introspecção de seu próprio conforto físico, além dos achados de enfermeiras escritoras como Joan Hamilton, Patricia Benner, e Donahue Marilyn. O trabalho destes estudiosos e de outros que desenvolvem a estrutura taxonomica, indicaram para ela que estava no caminho certo. O primeiro tema relacionava-se as necessidades de conforto no que diz respeito a doença, sendo o detrator mais prevalente o alívio da dor, entre outros fatores que contribuem para o conforto físico como a função intestinal regular, a prevenção ou tratamento de desconfortos relacionados com problemas médicos, entre outros³².

Os resultados de pesquisas desenvolvidas por Joan Hamington, apoiaram a visão de Kolcaba de que o conforto físico engloba todas as ramificações fisiológicas de problemas médicos, o que pode ou não resultar em sensações físicas imediatas. Exemplos de condições necessárias para o conforto físico, neste sentido amplo, são mecanismos hemostáticos tais como o equilíbrio hídrico e eletrolítico e bioquímica do sangue normal, saturação de oxigênio adequada, e outros indicadores metabólicos de saúde. Anormalidades em qualquer um desses mecanismos fisiológicos devem ser tratados (alívio) ou mantidos à distância (calma), a fim de manter o conforto físico³².

Uma visão adicional sobre o conforto físico veio da pesquisadora citada sobre posicionamento. Pois os sujeitos de pesquisa declararam que, sentar corretamente, ter liberdade para se movimentar, de forma independente, em suas cadeiras e ser capaz de voltar para a cama são condições fundamentais para o seu conforto. A definição de conforto físico a partir de Hamilton e posteriormente de outros escritores está relacionada "às sensações corporais e aos mecanismos homeostáticos que podem ou não estar relacionados a diagnósticos específicos"^{10,32-33}.

Conforto psicoespiritual

O segundo tema de Hamilton sobre conforto foi relacionado a autoestima, incluindo a fé em Deus, ser independente, sentir-se relaxado, informado e útil, havendo uma mistura de conforto espiritual e psicológico - um dilema que Kolcaba encontrou em sua revisão de literatura sobre holismo, a partir da qual foi impossível diferenciar as experiências da mente daquelas do espírito e das emoções. As definições sobre espiritualidade eram amplas. Além disso, não haviam indicadores específicos para a transcendência. Por estas razões, Kolcaba combinou os contextos de conforto psicológico e espiritual, formando o contexto psicoespiritual, agregando os componentes mental, emocional e espiritual. A definição de conforto psicoespiritual refere-se à conscientização interna do eu, incluindo autoestima, autoconceito, sexualidade e significado na vida do indivíduo e ao seu relacionamento com uma ordem superior de ser^{10,32-33}.

Conforto ambiental

Um ambiente adequado foi considerado importante para promoção da saúde e da cura pelos enfermeiros interessados em cuidar do cliente de forma holística. O conforto ambiental, atualmente é um aspecto-chave. A definição de conforto ambiental relaciona-se as condições e influências externas, ou seja, dizem respeito a fatores como ruído, cor, luz, temperatura, vista de janelas, acesso à natureza e aos elementos natural versus sintético^{10,32,33}.

Conforto sociocultural

O conceito de conforto sociocultural refere-se as relações interpessoais, familiares e sociais, incluindo relações financeiras, educacionais e de apoio. A idéia de cultura foi adicionada, para incluir histórias familiares, tradições, língua, uso de roupas e costumes, aspectos considerados importantes e facilitadores para a equipe de saúde durante a internação hospitalar para aumentar o conforto social^{10,32,33}.

A partir da compreensão do conforto como resultado dos cuidados de enfermagem têm-se as proposições da teoria que podem ser divididas em três momentos³².

No primeiro momento, o enfermeiro avalia o cliente de forma holística, integral, identificando às necessidades de conforto a partir dos quatro contextos. Paralelamente, implementa intervenções, avaliando o conforto proporcionado pelas mesmas³².

No segundo momento, as atividades que promovem conforto são intensificadas e o cliente é estimulado a desenvolver comportamentos para promoção do seu bem-estar e conforto. Esses comportamentos podem ser internos (cura, função imune...), externas (atividades de saúde), ou morte tranquila³².

O terceiro momento corresponde à integridade institucional, quando instituição e equipe de cuidados são preparadas para aperfeiçoar a qualidade dos serviços, o que resulta na satisfação do cliente, na redução de custos e de morbidade e reinternações, assim como melhores políticas e práticas de saúde³².

3 MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO

A necessidade de trabalhar com dados imprecisos como a subjetividade do conforto, e com um grupo de doenças de incomum acometimento às pessoas, despertou o interesse pela lógica *fuzzy*, uma teoria que auxilia na compreensão dos conceitos que extrapolam as barreiras da lógica formal, tendo em vista a sua contribuição significativa para a compreensão de fenômenos que envolvem a imprecisão³⁵.

Assim, destaca-se a impossibilidade de utilizar como método para análise dos dados desta pesquisa apenas propostas que utilizam o conceito dicotômico (sim/não, verdadeiro/falso) normalmente utilizado nos estudos quantitativos, pois a busca pelas informações no estudo proposto rompe com as fronteiras e limitações impostas por esta quantificação binária.

A lógica *fuzzy*, também conhecida como Lógica nebulosa, surgiu na década de 60, mais precisamente em 1964, lançada por Lotfi A. Zadeh, um professor do Departamento de Engenharia Elétrica e Ciências da Computação da Universidade da Califórnia, que na época estava pesquisando os problemas de classificação de conjuntos que não apresentavam fronteiras bem definidas^{35,36}.

Considerando que muitas experiências humanas não podem ser simplesmente classificadas como verdadeiras ou falsas; positivas ou negativas, sendo impossível definir se o elemento pertence ou não pertence a um determinado conjunto, Zadeh colocou-se contra as suposições rígidas impostas pela lógica formal binária. Assim, propôs a flexibilização da pertinência de elementos aos conjuntos, ou seja, sugeriu a utilização do grau de pertinência, tendo em vista que um elemento pode pertencer parcialmente a um conjunto^{35,36}.

Nessa perspectiva, deve ser considerada uma função de pertinência que forneça o grau de pertinência dos diferentes elementos considerados no conjunto. O grau de pertinência permite classificar, agrupar os elementos de maneira diferente da lógica clássica, favorecendo a reinterpretação de antigos conceitos. Assim, a lógica *fuzzy* difere da lógica convencional, trabalhando com o conceito de verdade parcial, quer dizer, com valores de verdade que variam entre o completamente verdadeiro e o completamente falso da lógica Booleana, possibilitando trabalhar com variáveis linguísticas³⁷.

Resgatando brevemente o desenvolvimento dessa teoria e a abrangência de suas aplicações, descreve-se resumidamente a sua história. Apesar da resistência inicial enfrentada diante da comunidade científica, principalmente por parte de estatísticos norte-americanos, muitos trabalhos surgiram em todo o mundo, principalmente no Japão, país em que foi formado o primeiro grupo de

pesquisas em sistemas *fuzzy* coordenado pelo Professor Toshiro Terano, em 1972, e apresentação do primeiro controlador *fuzzy*, criado por E Mandani, no Reino Unido³⁷.

Desde então vários pesquisadores na área de engenharia buscaram aplicar a teoria para controle de sistemas. Em 1985, Masaki Togai e Hiroyuke Watanabe criaram no Laboratório Bell, localizado nos Estados Unidos da América (EUA), o primeiro *chip fuzzy*. Em 1987, foi inaugurado o primeiro trem controlado com lógica *fuzzy* no Japão, país onde os eletrodomésticos são baseados em controle *fuzzy*, com empresas que possuem laboratório de pesquisa em lógica *fuzzy* para desenvolvimento de produtos³⁷.

Pode-se constatar o interesse crescente pela lógica *fuzzy* por profissionais e pesquisadores de diferentes áreas, tendo em vista a capacidade de explorar capacidades linguísticas, de desenvolver raciocínios mais próximos do humano, da diversidade de operações e da grande capacidade de aplicação. Tal lógica auxilia os pesquisadores na produção de modelos de acordo com a sua necessidade e realidade, principalmente nas áreas do conhecimento em que é necessário trabalhar com a imprecisão e subjetividade, entre elas, a engenharia, a química, a biologia, a medicina, a economia, a psicologia, as ciências sociais, a educação e a saúde pública³⁷.

A existência de problemas cotidianos geralmente descritos com a utilização de termos linguísticos vagos, muitas vezes são variáveis qualitativas, representando dificuldades na utilização de métodos quantitativos. Assim, a lógica *fuzzy* pode ser considerada uma ferramenta útil na abordagem de problemas na área médica, possibilitando lidar com as imprecisões e incertezas de maneira mais crítica e realista, facilitando as interpretações. Assim esta lógica tem demonstrado a sua capacidade para aprimoramento e desenvolvimento de equipamentos e modelos nas diversas atividades no âmbito hospitalar e de pesquisa³⁷.

No que diz respeito à enfermagem, uma revisão integrativa de literatura (RIL) publicada em 2011 com o objetivo de evidenciar como a citada lógica tem sido utilizada em pesquisas com participação de enfermeiros revelou que o uso como recurso metodológico ainda é recente e pouco explorado por estes profissionais. Nesta RIL, apesar da ausência de limite temporal, foram encontrados apenas 49 artigos nas bases de dados: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Excerpta Medica database*, (EMBASE), *Sciverse* (SCOPUS) e *United States National Library of Medicine* (PubMed)³⁸.

Desses trabalhos, obteve-se uma amostra de 21 artigos, sendo 16 autorias e 5 colaborações de enfermeiros, ou seja, auxiliando a coleta de dados. Para seleção dos artigos foram considerados

os critérios: publicação nos idiomas português, inglês e espanhol, temática relacionada à enfermagem e/ou a lógica *fuzzy* e autoria ou colaboração de enfermeiro³⁸.

O primeiro artigo apresentado nesta revisão foi publicado na Espanha em 1993, possuindo um enfermeiro apenas como colaborador. Os dois primeiros artigos com a autoria de enfermeiro foram publicados nos Estados Unidos em 1995, pelo mesmo enfermeiro, ambos relacionados à área de terapia intensiva neonatal. Posteriormente surgiram outras publicações de autores ou colaboradores de outros países como Reino Unido, Nova Zelândia, Brasil, Grécia, Taiwan e Irlanda do Norte³⁸.

Ressalta-se, ainda, a presença de dois artigos publicados por enfermeiros brasileiros, o primeiro em 2005 e o mais recente em 2009. Os 21 artigos analisados nesta revisão revelam a utilização da lógica *fuzzy* para o processo de tomada de decisão e desenvolvimento de modelos. Esta Teoria compartilha com a visão epistemológica e filosófica da enfermagem, permitindo a compreensão de como os enfermeiros lidam com os fenômenos complexos, ambíguos e imprecisos da profissão³⁸.

Embora promissor, constata-se que o uso da lógica *fuzzy* ainda é pouco explorado. Face ao exposto, o autor da revisão integrativa sugere o estudo e a aplicação desta lógica, seja em seus aspectos teóricos, metodológicos ou no desenvolvimento de modelos, visando trazer contribuições para a prática de enfermagem³⁸.

Corroborando esta ideia, outro autor cita que ao considerar que muitas situações do cotidiano da prática de enfermagem são permeadas por informações ambíguas ou imprecisas, a lógica *fuzzy* possibilita uma abordagem de relativa facilidade para modelar o processo decisório³⁸.

3.1 Conceitos da Teoria *fuzzy*

A Teoria de medida *fuzzy*

Introduzido por Sugeno em 1974, o conceito de medida *fuzzy* é uma forma natural utilizada para avaliação de graus de incertezas, principalmente quando os valores são dependentes da subjetividade da pessoa que está realizando a medida. Um exemplo de medida subjetiva é a

avaliação da dor, do desconforto do bem-estar. Considera-se, portanto, que, apesar da subjetividade que envolve a avaliação, determinadas características podem ser unânimes³⁷.

Variáveis linguísticas *fuzzy*

As operações básicas dos conjuntos clássicos são união, intersecção e o complemento. Para obter os conjuntos *fuzzy* e suas operações, é necessário generalizar a função característica da lógica clássica para o intervalo $[0,1]$, o que implica em considerar um contínuo de valores de pertinência e não apenas os valores extremos zero e um, *pertence ou não pertence* ao conjunto. Assim, uma variável linguística *fuzzy* é expressa por um termo linguístico, que concede um conceito à variável, e quantitativamente por uma função de pertinência. Uma variável linguística é caracterizada por $\{n,T,X,\mu(n)\}$, n é o nome da variável, por exemplo, dor, T é o conjunto de termos linguísticos de n (alta, média, baixa), X é o universo de valores de n sobre o significado do termo linguístico, por exemplo, uma escala cromática ou outro recurso considerado adequado, e $\mu(x)$ o valor da pertinência relativa ao termo linguístico³⁷.

O uso do termo linguístico, frequente no nosso cotidiano para expressão de conceitos e conhecimentos durante a comunicação entre as pessoas, em muitas áreas, pode ser considerado a maneira mais importante de quantificar as informações. Normalmente, o especialista, no caso desta pesquisa, o enfermeiro especialista em enfermagem em dermatologia possui um papel fundamental na modelagem *fuzzy*, pois é o próprio que define esse domínio e realiza sua partição *fuzzy*. As variáveis numéricas são bastante úteis nas Ciências Exatas, porém, as variáveis simbólicas mostram a sua importância, sobremaneira em desenvolvimento das áreas de inteligência artificial e processos de decisão³⁷.

Conjuntos *fuzzy*

São conjuntos que permitem a visualização gráfica de variáveis linguísticas *fuzzy*, não possuem fronteiras bem definidas, e que foram introduzidos para lidar com problemas em que as transições de uma classe para outra ocorrem de maneira suave³⁵. Estes conjuntos podem ser representados por figuras geométricas, neste estudo optou-se por trapézios com suporte constituído por uma escala cromática.

A lógica *fuzzy* permite estabelecer diferentes graus de pertinência dos atributos julgados relevantes e específicos em relação a essas pessoas. Esta consiste em uma ferramenta que pode capturar informações vagas, descritas em linguagem natural, convertendo-as a valores de pertinência facilmente compreensíveis em uma escala de zero a um (*Fuzzificação*)⁴⁰.

Regras *fuzzy*

As regras *fuzzy* descrevem situações específicas cuja inferência conduz a algum resultado desejado. Trata-se de uma unidade capaz de capturar um conhecimento específico. Um conjunto de regras é capaz de descrever um sistema em suas várias possibilidades, sendo que cada regra é composta por uma parte antecedente (Se), e uma parte conseqüente (Então), que descreve uma condição (premissa) e uma conclusão ou uma ação, respectivamente³⁵.

Os antecedentes de uma regra *fuzzy* descrevem uma condição elástica, não rígida, que pode ser parcialmente satisfeita, eles definem uma região *fuzzy* no espaço das variáveis de entrada do sistema. Desse modo, a elaboração dos antecedentes muitas vezes se caracteriza por um trabalho de classificação, enquanto a elaboração dos conseqüentes exige conhecimento sobre a dinâmica do sistema. Após construção do conjunto de regras *fuzzy*, é necessária a utilização de uma “máquina de inferência” para extrair dela a resposta final³⁷.

Assim a inferência *fuzzy* consiste na determinação da força que cada regra possui: se (antecedente)..., então (conseqüente)... A recomendação que se origina desta inferência estabelece o grau de pertinência e a classificação de forma simultânea. Existem diferentes métodos de inferência, a escolha depende do que está sendo analisado³⁷.

As regras são processadas de forma paralela, ou seja, considerando todas ao mesmo tempo. Ao final, pode-se obter um valor numérico ou um conjunto *fuzzy*, dependendo do tipo de conseqüente utilizado. Nos casos de conjunto *fuzzy* na saída do sistema, pode ser necessário realizar o processo de defuzzificação para obtenção de um número³⁷.

4 METODOLOGIA

4.1 Métodos de pesquisa

Estudo quase experimental, interinstitucional, aferindo-se os resultados antes, durante e após os sujeitos de pesquisa, clientes hospitalizados com dermatoses imunobolhosas, receberem a intervenção, ou seja, a avaliação e os cuidados de enfermagem segundo a proposta de Tecnologia de Cuidado de Enfermagem ao Cliente com Dermatoses Imunobolhosas (TCECDI: PACD + PCECDI), conforme Apêndices A e B, caracterizando um ensaio clínico^{41,42}.

As modalidades quase experimental e interinstitucional foram escolhidas, considerando que se trata de enfermidades de incomum acometimento às pessoas. Nesse caso, identificou-se uma dificuldade ética e humanista⁴³ o fato de estabelecer um grupo controle com pessoas também acometidas pela mesma doença, mas que não seriam beneficiadas com um cuidado de enfermagem inovador que supostamente promoveria seu conforto.

Assim, o delineamento alternativo para ensaio clínico utilizado neste estudo foi destinado a um único grupo não randomizado do tipo série temporal. As aferições foram realizadas junto aos sujeitos antes (T₀), 24 horas após (T₁) e uma semana após (T₂) o recebimento da intervenção. Como não existe grupo controle, em cada sujeito, considerou-se o seu próprio controle^{41,42} nos momentos de avaliação dos efeitos das intervenções (TCECDI).

O estudo também é longitudinal, prospectivo e naturalista, pois foi desenvolvido no ambiente hospitalar⁴¹, no período de junho de 2012 a abril de 2013, mais especificamente em unidades de internação especializadas em dermatologia, que atendem à clientela citada.

4.2 Sujeitos da pesquisa

Diante da proposta de trabalhar com sujeitos que possuem um problema cutâneo pouco comum, foi realizado levantamento nos livros de registros das enfermarias de dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto/ HUPE/UERJ e da Santa Casa de Misericórdia do Rio de

Janeiro, nos anos de 2006 a 2011 e 2006 a 2010, respectivamente, conforme representado na Tabela 2.

Tabela 2 - Levantamento dos clientes com dermatoses imunobolhosas hospitalizados. Rio de Janeiro, 2011

ANO	PÊNFIGO VULGAR	PÊNFIGO FOLIÁCEO	PENFIGÓIDE BOLHOSO	PENFIGÓIDE CICATRICIAL	TOTAL
ENFERMARIA DE DERMATOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO/ HUPE/UERJ ⁽¹⁾					
2006	4	1	2	-	7
2007	6	4	3	1	14
2008	5	2	3	-	10
2009	5	7	6	1	19
2010	11	2	4	-	17
2011	1	-	-	-	1
Total	32	16	18	2	68
ENFERMARIA DE DERMATOLOGIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RIO DE JANEIRO ⁽²⁾					
2006	4	-	1	-	5
2007	4	1	2	-	7
2008	1	1	3	-	5
2009	1	1	-	-	2
2010	1	-	1	-	2
Total	11	3	7	-	21

Nota: (1) jan/2006 a jan/2011; (2) mai/2006 a mai/2010

No levantamento realizado no HUPE/UERJ, com subtração das reinternações, destacam-se 68 clientes internados neste período, sendo 32 com pênfigo vulgar; 16 com pênfigo foliáceo; 18 com penfigóide bolhoso e dois com penfigóide cicatricial. Assim, observa-se que neste período a média anual de clientes com dermatoses imunobolhosas foi de 11.

De acordo com o livro de registro de internações da equipe médica da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, encontrou-se um total de 21 clientes internados no período citado, sendo 11 com pênfigo vulgar; três com pênfigo foliáceo e sete com penfigóide bolhoso. Neste período observou-se que a média anual de clientes com dermatoses imunobolhosas foi ainda menor, quatro.

4.3 Campos e amostra da pesquisa

Diante do exposto justifica-se o quantitativo de 14 sujeitos que participaram do presente estudo. Entre eles, nove com pênfigo vulgar, dois com pênfigo foliáceo e três com penfigóide bolhoso, sendo 11 clientes do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (HUPE/UERJ), dois do Hospital Adventista do Pênfigo/Campo Grande/Mato Grosso do Sul (HAP/MS), e um do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense (HUAP/UFF).

Os referidos campos de pesquisas foram selecionados considerando a possibilidade de contemplar instituições que possuem enfermarias de dermatologia, localizadas em diferentes regiões brasileiras, ou que possuem leitos especificamente destinados a esta clientela, como no caso do HUAP/UFF. Além disso, considerou-se importante a disponibilidade de equipe de enfermagem específica para atendimento aos clientes com problemas dermatológicos.

A realização do estudo em três instituições distintas caracterizou o estudo como interinstitucional. Apesar da obtenção da autorização para realizar a pesquisa na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro/SCMRJ, este campo não foi utilizado, tendo em vista a realização de obras no setor durante o período da pesquisa.

O grupo de sujeitos do estudo foi obtido segundo amostragem por conveniência⁴², nela incluíram-se os que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: indivíduos adultos com hipótese diagnóstica ou com diagnóstico definitivo de dermatose imunobolhosa em atividade, hospitalizados nas enfermarias das instituições citadas no período determinado para realização da pesquisa, independente de histórico de internações prévias, do sexo, faixa etária e do uso ou não de medicação sistêmica que, após conhecerem os objetivos, riscos, benefícios da pesquisa, concordaram em dela participar.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de exclusão: pessoas em tratamento e acompanhamento ambulatorial, internadas em unidades/ou leitos não especializadas em dermatologia, em tratamento psiquiátrico, desorientadas no tempo e no espaço, e que se recusaram a participar da pesquisa.

4.4 Variáveis do estudo

Análise exploratória de dados sociodemográficas e clínicos

A análise exploratória de dados sociodemográficos e clínicos foi realizada mediante o uso de tabelas de frequência absoluta para as variáveis contidas no PACD. Considerando o reduzido número de sujeitos, cabe lembrar que esta descrição é essencialmente para os dados amostrais, sem inferência para a população acometida por este tipo de dermatose.

Variáveis em escala categórica e intervalar:⁴²

- a) Sociodemográficas: sexo, faixa etária, cor/etnia autodeclarada, união consensual, escolaridade, profissão, renda familiar, nacionalidade, naturalidade, crença religiosa, constelação familiar, local de moradia.
- b) Clínicas: queixa principal, diagnóstico médico, comorbidades, alergias, doenças pregressas, doenças na família, internação anterior, terapia medicamentosa, uso de álcool e drogas, exames preventivos, quadro da doença cutânea, aspectos fisiológicos (necessidades humanas) e, características das afecções cutâneas, aspectos sociais, emocionais e espirituais, de acordo com o Apêndice A.

Variável independente/causa

Neste trabalho, considerou-se a TCECDI (PACD + PCECDI) como preditores, variável independente/causa, caracterizada nas intervenções de enfermagem a serem implementadas aos sujeitos de pesquisa; enquanto que a variável dependente/efeito presumido^{41,42}, as alterações evidenciadas nos clientes em relação ao padrão de conforto após as intervenções. Pois, utilizando a manipulação da variável independente, modificadora da realidade, o pesquisador controla e varia de forma consciente, observando o seu efeito sobre a variável dependente⁴².

A TCECDI foi aplicada segundo as fases do processo de enfermagem, conforme se descreve: histórico do cliente, seguindo a avaliação das dimensões corporais física, mental e espiritual; definição dos diagnósticos de enfermagem (PACD, Apêndice A); elaboração do plano de cuidados, de acordo com os diagnósticos formulados e o PCECDI, Apêndice B.

Destaca-se que os cuidados/intervenções de enfermagem guiados pela tecnologia proposta foram implementados de acordo com a avaliação do enfermeiro especialista e/ou capacitado para aplicá-la, em relação às necessidades humanas identificadas no cliente, ou seja, de forma criteriosa

e personalizada. Todos os clientes foram avaliados e cuidados utilizando-se a TCECDI, conforme descrito nos Apêndices A e B, avaliando-se seu padrão de conforto antes e após as intervenções.

Variável dependente/efeito presumido

São variáveis dependentes/efeito, os resultados obtidos pelas intervenções de enfermagem, no caso deste estudo, no padrão de conforto, após a aplicação da TCECDI.

4.5 A consulta de enfermagem como facilitador para produção dos dados

Como estratégia de pesquisa escolheu-se a consulta de enfermagem, uma atividade do enfermeiro, que lhe proporciona autonomia nos campos de prática para aplicar seu conhecimento específico e independente das prescrições de outros profissionais de saúde⁴⁴. Seu principal enfoque considera a integralidade do cliente além da doença, privilegiando as suas diferentes dimensões corporais⁴.

A consulta se encontra regulamentada na Lei do Exercício Profissional n.7. 498/86⁴⁵. Os aspectos éticos e legais desta lei são ratificados na Resolução 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN): Art. 1 Ao enfermeiro incumbe privativamente: A implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem, que compreende as seguintes etapas: Consulta de Enfermagem, que compreende o histórico (entrevista), exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem; Art. 2 A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada⁴⁶⁻⁴⁷.

Justifica-se, ainda a estratégia escolhida, relevando que ao aplicar o saber este é considerado tanto científico como humano, pois as ações envolvidas no cuidar em enfermagem devem se dar de forma sensível e cuidadosa. A consulta, portanto, tem o propósito de maximizar as interações do cliente com seu ambiente, atingir o máximo bem-estar deste, viabilizar estratégias de valorização de si e de autorealização⁴⁷. A disponibilidade da enfermeira para utilizar os seus sentidos corporais, a sensibilidade, intuição e a solidariedade, características do seu saber/fazer⁴³, irá configurar o cuidar/educar/pesquisar, já desenvolvido por outros pesquisadores^{44,48,49}.

A consulta de enfermagem foi implementada, seguindo as fases do próprio processo de trabalho fundamentado na sistematização da assistência de enfermagem (SAE), orientada pelos

sistemas de classificação dos elementos da prática profissional, os quais configuram a utilização de específicos instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar^{26,44,50}.

Lembra-se que o processo de enfermagem é um instrumento metodológico porque possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como o cliente responde aos problemas de saúde ou aos seus processos vitais, e determina quais aspectos dessas respostas exigem uma intervenção profissional²⁶. Os dados produzidos utilizando a citada estratégia foram registrados em dois formulários específicos:

O primeiro formulário: Protocolo de Avaliação do Cliente em Dermatologia (PACD), validado por enfermeiros especialistas em dermatologia, conforme se apresenta no Apêndice A para, inicialmente, entrevistar os sujeitos de pesquisa, considerando sua disponibilidade para tanto, visando obter dados referentes às suas características sociodemográficas e clínicas.

Registrou-se a produção dos dados referentes ao exame clínico no PACD, considerando as dimensões corporais física, mental e espiritual. Em relação à avaliação das lesões cutaneomucosas, informa-se que além do registro de suas características no PACD, foi realizado registro fotográfico antes (T₀) e após uma semana (T₂) das intervenções de enfermagem propostas. O resumo dos casos clínicos (PACD) e respectivas fotografias dos 14 sujeitos podem ser consultados no Apêndice E.

Considerando a existência na literatura de um instrumento para avaliação do Índice de Comprometimento Cutaneomucoso dos Clientes com Pênfigo Vulgar (ICCMCPV), utilizou-se ainda para classificação específica destes sujeitos, um formulário já validado e publicado^{51,52}, conforme o Anexo A.

Além dos dados referente ao exame clínico, o PACD (Apêndice A) visa o registro da classificação da produção obtida em diagnósticos de enfermagem que determinam e fundamentam as intervenções/cuidados de enfermagem e seus posteriores resultados segundo a NANDA⁵³. Assim, os diagnósticos de enfermagem segundo NANDA⁵³ foram obtidos a partir da avaliação de cada sujeito mediante a aplicação do PACD. Ressalte-se que a TCECDI é investigativa e integra uma proposta de cuidado específico, inclusive de curativo oclusivo. Tal curativo foi preparado pela própria autora da pesquisa seguindo um protocolo a ser divulgado, detalhando a quantidade do material utilizado e técnica de preparo. O processo de esterilização do mesmo foi realizado no Centro de Material do HUPE/UERJ. Após passar pelo processo, o material foi submetido à testes de esterilidade pelo Laboratório de Bacteriologia Clínica e de Controle de Qualidade do HUPE/UERJ. Os resultados dos testes realizados são apresentados no anexo G.

Ressalta-se que as intervenções realizadas seguiram as recomendações descritas na PCECDI, conforme se observa no Apêndice B, que tem como objetivos: aliviar o desconforto provocado pelas lesões cutâneas mucosas; promover a cicatrização das lesões existentes; prevenir o aparecimento de novas lesões; controlar possíveis efeitos colaterais do tratamento; avaliar as influências sociais e emocionais das dermatoses imunobolhosas na vida do cliente e de sua família; orientar o cliente e sua família, na tentativa de reduzir a ansiedade e aumentar a sua capacidade para lidar com o problema⁸.

4.6 Aplicação da lógica *fuzzy*

O ensaio clínico foi realizado, sendo os dados produzidos, também, tratados mediante a aplicação da lógica *fuzzy*. Para reconhecimento dos padrões de conforto do cliente antes e após a aplicação da TCECDI, utilizou-se um segundo formulário, que foi construído baseando-se nos princípios da lógica *fuzzy* e na análise conceitual do termo conforto, realizado pela teórica Kolcaba³²⁻³³.

Assim, além dos dados de identificação do cliente, instituição de saúde, data, momento da avaliação (T_0 , T_1 ou T_2), o segundo formulário contém uma escala cromática, que se inicia pela cor branca, seguida por diferentes tonalidades de amarelo, posteriormente laranja e vermelho, que corresponde ao suporte dos conjuntos *fuzzy*. Para avaliação de cada atributo estabelecido, esta escala cromática foi utilizada nos três momentos: antes da intervenção (T_0), durante – 24 horas (T_1) e uma semana após intervenção (T_2).

A autora optou pelo uso da escala cromática, por considerar que esta facilitaria o entendimento dos sujeitos do estudo em relação a intensidade de cada atributo a ser avaliado pelos mesmos. Assim, cada sujeito de pesquisa marcou nos três momentos, a cor correspondente à intensidade de cada atributo. O aumento na tonalidade da cor significou maior intensidade, por outro lado, a redução na tonalidade significou menor intensidade de cada atributo avaliado. O grupo de conjuntos *fuzzy* serviu para avaliar as condições de cada enfermo em cada um dos três momentos.

Para determinação dos atributos considerados relevantes para o reconhecimento do padrão de conforto do cliente com dermatoses imunobolhosas, foi considerada não somente a experiência

da pesquisadora no cuidado a esta clientela, mas o fato de ser especialista na área de dermatologia. Baseando-se no exposto e na representação de expansibilidade na determinação do conforto do cliente com dermatoses imunobolhosas, a pesquisadora estabeleceu os atributos dor; mobilidade; padrão de sono; exposição do corpo e das lesões; conhecimento sobre a doença e autocuidado.

Além disso, utilizou-se a análise conceptual do termo conforto, proposto por Kolcaba, incluindo os seguintes três sentidos técnicos:

Easy - calma (estado de tranquilidade); *relief* – (alívio de um desconforto específico) e *transcendence* - (estado no qual alguém está acima dos problemas ou dor).

A esse respeito, destaca-se ainda que para Kolcaba as necessidades de conforto podem ser experienciadas em quatro contextos: físico, psicoespiritual; ambiental; e social^{10,32,33}.

Breves considerações sobre os atributos selecionados pela autora

Dor

Por se tratar de uma experiência subjetiva e pessoal associada a dano real ou potencial nos tecidos, como, por exemplo, na pele, a dor é caracterizada por uma experiência multidimensional, podendo variar na intensidade sensorial, além de sofrer interferências afetivo-motivacionais. Descrita como quinto sinal vital pela Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e Sociedade Americana de Dor, a dor aguda ou crônica deve ser avaliada e registrada desde a admissão do cliente⁵⁴.

A avaliação da dor favorece o conhecimento da origem da dor, considerando fatores emocionais, motivacionais, cognitivos e até mesmo de personalidade. Porém, devido à sua subjetividade, inexistente um instrumento padrão para sua mensuração objetiva. Entre os métodos disponíveis para mensurar a percepção/sensação de dor, existem os que avaliam somente a sua intensidade e/ou severidade, considerados unidimensionais, como escalas de categoria numérica/verbal e analógico-visual e os que avaliam além dos fatores sensoriais, fatores afetivo-emocionais, sendo considerados multidimensionais⁵⁴.

Por se tratar de uma das mais relevantes causas do sofrimento, a dor compromete a qualidade de vida das pessoas, provoca incapacidades, além de sérias repercussões psicossociais e econômicas⁵⁵.

Diante das características das lesões cutaneomucosas das dermatoses imunobolhosas, considerou-se essencial estabelecer a dor como um atributo na avaliação do conforto do cliente antes e após intervenções de enfermagem propostas neste estudo.

Mobilidade

A mobilidade é um dos aspectos da vida que contribui para a autovalorização e conforto/bem-estar, sendo utilizada para diferentes e múltiplos propósitos como satisfazer necessidades, realizar atividades básicas, expressar autodefesa, participar de atividades físicas, recreativas, sociais, entre outras⁵⁶.

Por outro lado, a imobilidade pode ser responsável por alterações comportamentais variadas, como hostilidade, medo, ansiedade, além de afetar a capacidade de enfrentamento, podendo chegar a um quadro de depressão⁵⁶.

A fragilidade da pele e as lesões cutâneas normalmente extensas e disseminadas do cliente com dermatoses imunobolhosas podem afetar consideravelmente a mobilidade em diferentes graus, fato que causa desconforto e complicações. Além disso, destaca-se a necessidade de movimentar o cliente com segurança, evitando inclusive a fricção e o desprendimento da epiderme e conseqüentemente o aumento das áreas lesadas. Menciona-se ainda o risco aumentado para desenvolvimento de úlceras por pressão, atribuído não somente à dificuldade de mudança de decúbito, mas também a existência de outros fatores de risco preexistentes, como a integridade da pele já comprometida, o uso de corticoide/imunossuppressores em altas doses, idade avançada nos casos dos clientes com penfigóide bolhoso, e até mesmo desnutrição, quando nos casos de pênfigo vulgar com presença de lesões na mucosa bucal, que dificultam a ingestão de alimentos.

A falta de proteção das lesões cutâneas pode contribuir para a redução da mobilidade, tendo em vista que as lesões ressecam, causando dor durante movimentação dos membros (extensão e/ou flexão), além de ficarem aderidas nas superfícies de contato, como roupas de uso pessoal e de cama, causando dor durante o deslocamento. Tal fato pode fazer com que o cliente permaneça em igual posição durante longos períodos, podendo causar alterações no ciclo sono vigília, caracterizando outro fator a ser discutido no próximo atributo estabelecido: padrão de sono.

Padrão de sono

O repouso está relacionado ao ato de sentar-se ou deitar-se confortavelmente em uma cama, momento em que as pessoas sentem-se relaxadas mentalmente, livres de ansiedade e fisicamente calmas. Ao descansar, apresentam um estado de atividade mental, física e espiritual que promove a renovação⁵⁷.

Qualquer doença que cause dor, desconforto físico ou ansiedade e depressão resulta frequentemente em transtornos do sono⁵⁷. Assim, quando de forma inesperada as pessoas se deparam com o adoecimento cutâneo, em especial com as dermatoses imunobolhosas, que trazem sérias repercussões físicas, emocionais e sociais, são fortemente afetadas em seu padrão de sono e repouso, fato que inevitavelmente pode agravar a doença. Além da dor física causada pelas lesões cutâneas, os clientes apresentam preocupações reais, como as limitações físicas, o caráter desfigurante das lesões, o medo do desconhecido, o medo de não conseguir retornar ao seu estilo de vida habitual, entre outros que impedem o seu relaxamento.

Exposição do corpo e das lesões

O significado da mudança na aparência para o indivíduo é influenciado pela percepção de mudança e importância atribuída à imagem corporal. Neste sentido, ressalta-se o caráter crônico e desfigurante das dermatoses imunobolhosas, além da perda do direito de omitir da sociedade um problema cutâneo, pois está impresso na pele. A exposição inevitável das lesões pode promover curiosidade, repugnância, medo, entre outros sentimentos normalmente perceptíveis na maneira de agir e de olhar⁶. A esse respeito cita-se que o problema da pessoa estigmatizada pode ser percebido simplesmente pelo ato de dirigir-lhe atenção (geralmente visual), pois o fato de estar presente entre os “normais” a expõe cruelmente a invasões de privacidade⁵⁸.

Esta situação pode provocar no cliente sentimento de tristeza, ansiedade, vergonha, fato que interfere diretamente na sua autoestima e conseqüentemente no seu conforto, afetando conseqüentemente as relações sociais, de trabalho, familiar e até mesmo com profissionais de saúde, quando não disponíveis e preparados para atender a esta clientela.

A forma como o ser humano se sente acerca dele mesmo é algo que afeta crucialmente todos os aspectos da sua experiência de vida, refletindo inclusive na capacidade de entender e dominar os problemas, defender os próprios direitos e necessidades⁵⁹.

Ciente das inevitáveis influências do comprometimento da autoimagem e consequente exposição do corpo e das lesões provocadas pelas dermatoses imunobolhosas, considerou-se este um atributo de extrema relevância na avaliação do conforto dos sujeitos do estudo.

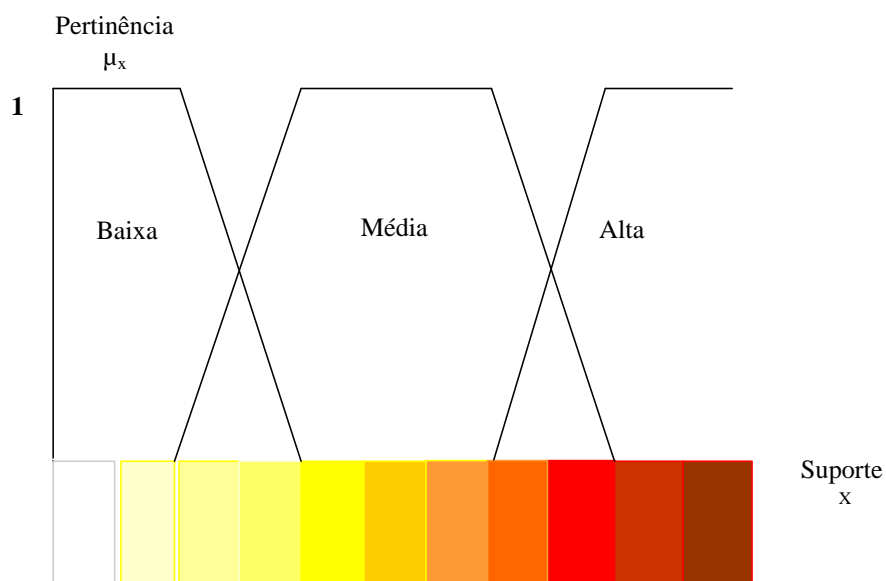
Conhecimento sobre a doença e autocuidado

Diante do início normalmente insidioso e quadro desfigurante provocado pelas dermatoses imunobolhosas, considera-se que os clientes necessitam obter conhecimentos básicos que esclareçam o processo de adoecimento e que facilitem a promoção do autocuidado. A esse respeito, menciona-se que nesta avaliação foi considerado o nível de conhecimento sobre a doença/autocuidado atribuído pelo próprio cliente, ou seja, a percepção que o próprio possui em relação ao seu conhecimento.

Conjuntos *fuzzy* do estudo

Para permitir a visualização gráfica das variáveis linguísticas *fuzzy* (“Baixa” “Média” e “Alta”), como no caso da subjetividade do conforto, que não possuem fronteiras bem definidas, neste estudo a pesquisadora optou pela utilização de trapézios com suporte constituído por uma escala cromática, conforme Figura 4.

Figura 4 - Conjuntos *fuzzy*



Assim, o valor de pertinência foi obtido mediante os conjuntos *fuzzy*, variáveis linguísticas *fuzzy*. Cada escala cromática (Apêndice D) com as respectivas marcações realizadas pelos clientes referentes a cada atributo foi superposta ao suporte cromático do gráfico. O reconhecimento de padrões para os atributos dor, mobilidade, padrão de sono, exposição do corpo e das lesões e conhecimento sobre a doença e autocuidado foi traduzido de acordo com a classificação dos termos linguísticos “Baixa”, “Média” e “Alta” com as respectivas pertinências, conforme verbalização/marcação da cor apontada pelos sujeitos do estudo. O grupo de conjuntos *fuzzy* serviu para avaliar as condições de cada sujeito em cada um dos três momentos T_0 , T_1 e T_2 .

Diante das características clínicas inerentes às dermatoses imunobolhosas e suas repercussões nas esferas física, mental, social e espiritual, considerou-se inadequado avaliar o padrão de conforto dos sujeitos, mas sim o seu padrão de desconforto, visando a redução do mesmo a partir das intervenções de enfermagem. Assim, neste estudo optou-se pela designação “desconforto” com respectivos termos linguísticos mínimo, médio e máximo para avaliar o padrão apresentado pelos sujeitos nos três momentos. Além disso, apesar da promoção do conforto ser o objetivo do TCECDI (PACD+PCECDI) considerou-se que a avaliação do mesmo a partir da realização das intervenções propostas no período estabelecido, ou seja, em sete dias, poderia não necessariamente promover o conforto, mas sim reduzir, manter ou aumentar o desconforto dos sujeitos. Esta avaliação foi realizada conforme as regras estabelecidas nas máquinas de inferência *fuzzy*, considerando o cruzamento entre os atributos considerados relevantes.

Por exemplo, se uma pessoa foi classificada para o atributo, dor, em condição “alta” com grau de pertinência 1,0, no momento T_0 , ou seja, antes da intervenção e “média” 24 horas após (T_1) com pertinência 0,8 e a mesma classificação após uma semana (T_2), então ela passou de um quadro de desconforto “máximo” (T_0) para um quadro de desconforto “Médio” (T_1) e mantendo-se nesta condição no momento T_2 , caracterizando uma evolução positiva no padrão de conforto.

Reaplicando estes procedimentos para os demais atributos, verificou-se se os cuidados propostos no PCECDI aplicado modificaram o padrão de desconforto dos sujeitos do estudo, analisando a evolução positiva e/ou negativa de cada atributo avaliado. As diferenças positivas e/ou negativas das pertinências observadas nos três momentos (T_0 , T_1 e T_2) relacionadas às classificações dos antecedentes para cada atributo em questão, permitiram graduar a classificação consequente: desconforto máximo, médio ou mínimo.

Na interseção dos conjuntos *fuzzy*, utilizou-se o critério da pertinência máxima em função do gradiente das tonalidades das cores da escala cromática, ou seja, da cor mais fria (branca) para as mais quentes (diferentes tons de amarelo, laranja e vermelho), atribuindo-se a maior pertinência encontrada na área nebulosa.

Para exemplificar, na Figura 4, caso o cliente marcasse na escala cromática a terceira cor à esquerda, estaria localizado em uma área nebulosa existente entre os termos linguísticos “Baixa” e “Média”. Seguindo o critério classificatório estabelecido utilizou-se a pertinência máxima que conduz a classificação “Baixa”, isto é, o cliente possui uma tendência para ser classificado neste termo linguístico.

Cabe ressaltar que nesta proposta, os sujeitos apenas visualizaram a escala cromática (Apêndice D) e não os conjuntos *fuzzy*, estratégia utilizada para inibir a curiosidade que poderia advir dos mesmos.

Estabelecendo as regras *fuzzy*

A inferência *fuzzy* foi ativada por três máquinas *fuzzy* que determinaram as regras *fuzzy* “Se... então”, “Antecedentes...consequentes”. A primeira somente com dois atributos antecedentes, dor e mobilidade, tendo como consequente padrão de conforto (baixo, médio ou alto). Nas outras duas máquinas, foram utilizados três atributos antecedentes, em uma delas, os atributos dor, mobilidade e padrão de sono e na outra dor, mobilidade e exposição. A opção por conjugar no máximo três atributos ocorreu para evitar um número excessivo de regras, fato que dificultaria a designação dos consequentes para determinação do padrão de conforto.

A primeira máquina *fuzzy* foi elaborada a partir dos atributos dor e mobilidade, tendo em vista que a dor interfere na mobilidade e a mobilidade pode causar dor, ou seja, a intensa associação entre os mesmos, Figura 5.

Figura 5 - Primeira máquina *fuzzy* para determinação dos padrões de conforto (consequente) segundo os termos linguísticos inferidos pelos atributos dor e mobilidade (antecedentes)

DOR									
ALTA			MÉDIA			BAIXA			
MOBILIDADE									
ALTA	MÉDIA	BAIXA	ALTA	MÉDIA	BAIXA	ALTA	MÉDIA	BAIXA	
MÁXIMO			MEDIANO			MÁXIMO	MÍNIMO	MEDIANO	MÁXIMO

Foram estabelecidas as seguintes regras *fuzzy*:

- se Dor baixa e Mobilidade baixa, então: Desconforto máximo;
- se Dor baixa e Mobilidade média, então: Desconforto mediano;
- se Dor baixa e Mobilidade alta, então: Desconforto mínimo;
- se Dor média e Mobilidade baixa, então: Desconforto máximo;
- se Dor média e Mobilidade média ou alta, então: Desconforto mediano;
- se Dor alta e Mobilidade baixa, média ou alta, então: Desconforto máximo.

Na segunda máquina de inferência *fuzzy* além dos atributos dor e mobilidade, incluiu-se o atributo padrão de sono, uma vez que a dor interfere na mobilidade e conseqüentemente no padrão de sono, Figura 6.

Figura 6 - Segunda máquina *fuzzy* para determinação dos Padrões de Conforto (consequente) segundo os termos linguísticos inferidos pelos atributos dor, mobilidade e padrão de sono (antecedentes)

PADRÃO DE SONO	DOR								
	ALTA			MÉDIA			BAIXA		
	MOBILIDADE								
	ALTA	MÉDIA	BAIXA	ALTA	MÉDIA	BAIXA	ALTA	MÉDIA	BAIXA
BAIXO	MÁXIMO			MÁXIMO			MÁXIMO		
MÉDIO	MÁXIMO			MEDIANO			MEDIANO		
ALTO	MÁXIMO			MEDIANO			MÍNIMO	MEDIANO	

Foram estabelecidas as seguintes regras *fuzzy*:

- a) se Dor baixa e Mobilidade baixa, média ou alta e Padrão de sono baixo então Desconforto máximo;
- b) se Dor baixa e Mobilidade média ou alta e Padrão de sono médio então Desconforto mediano;
- c) se Dor baixa e Mobilidade baixa e Padrão de sono médio ou alto então: Desconforto máximo;
- d) se Dor baixa e Mobilidade média e Padrão de sono alto então: Desconforto mediano;
- e) se Dor baixa e Mobilidade alta e Padrão de sono alto então Desconforto mínimo;
- f) se Dor média e Mobilidade baixa, média ou alta e Padrão de sono baixo então Desconforto máximo;
- g) se Dor média e Mobilidade baixa e padrão de sono médio ou alto então Desconforto máximo;
- h) se Dor média e Mobilidade média ou alta e padrão de sono médio ou alto então Desconforto mediano;
- i) se Dor alta e Mobilidade baixa, média ou alta e padrão de sono baixo, médio ou alto então Desconforto máximo.

Na terceira máquina de inferência fuzzy, além dos atributos dor e mobilidade, incluiu-se o atributo exposição do corpo e das lesões, uma vez que a dor interfere na mobilidade e a exposição das lesões pode inibir a mobilidade motivada pelo constrangimento, Figura 7.

Figura 7 - Terceira máquina *fuzzy* para determinação dos Padrões de Conforto (consequente) segundo termos linguísticos inferidos pelos atributos dor, mobilidade e exposição do corpo e das lesões (antecedentes)

EXPOSIÇÃO DO CORPO E DAS LESÕES	DOR								
	ALTA			MÉDIA			BAIXA		
	MOBILIDADE								
	ALTA	MÉDIA	BAIXA	ALTA	MÉDIA	BAIXA	ALTA	MÉDIA	BAIXA
ALTA	MÁXIMO			MÁXIMO			MÁXIMO		
MÉDIA				MEDIANO			MEDIANO		
BAIXA				MÍNIMO			MÍNIMO		

Foram estabelecidas as seguintes regras *fuzzy*:

- a) se Dor baixa e Mobilidade baixa, média ou alta e Exposição do corpo as lesões é alta então Desconforto máximo;
- b) se Dor baixa e Mobilidade baixa e Exposição do corpo e das lesões é alta, média ou baixa então, Desconforto máximo;
- c) se Dor baixa e Mobilidade média ou alta e Exposição do corpo as lesões é média, então Desconforto mediano;
- d) se Dor baixa e Mobilidade média e Exposição do corpo as lesões é baixa então, Desconforto mediano;
- e) se Dor baixa e Mobilidade alta e Exposição do corpo as lesões é baixa então, Desconforto mínimo;
- f) se Dor média e Mobilidade baixa, média ou alta e Exposição do corpo as lesões é alta então, Desconforto máximo;
- g) se Dor média e Mobilidade baixa e Exposição do corpo e das lesões é alta, média ou baixa então, Desconforto máximo;
- h) se Dor média e Mobilidade média ou alta e Exposição do corpo e das lesões é média ou baixa então, Desconforto mediano;
- i) se Dor alta e Mobilidade baixa, média ou alta e Exposição do corpo e das lesões é baixa, média ou alta então, Desconforto máximo.

Apesar do atributo “conhecimento sobre a doença e autocuidado” ser considerado importante para a avaliação do conforto dos sujeitos, não foi contemplado nas máquinas *fuzzy*, tendo em vista que a associação entre este atributo e os demais não foi considerada relevante, sendo avaliada somente de forma isolada.

Análise retrospectiva documental

A análise documental dos prontuários dos 14 sujeitos da pesquisa foi realizada mediante a aprovação da direção do campo de pesquisa, sendo fundamental para complementar informações nos casos de desconhecimento ou dúvidas em relação às características sociodemográficas, como, por exemplo, data de nascimento, endereço completo; e clínicos como diagnóstico ou hipótese diagnóstica, doenças pregressas, uso de medicamentos, entre outros.

4.7 Etapas segundo aplicação da TCECDI

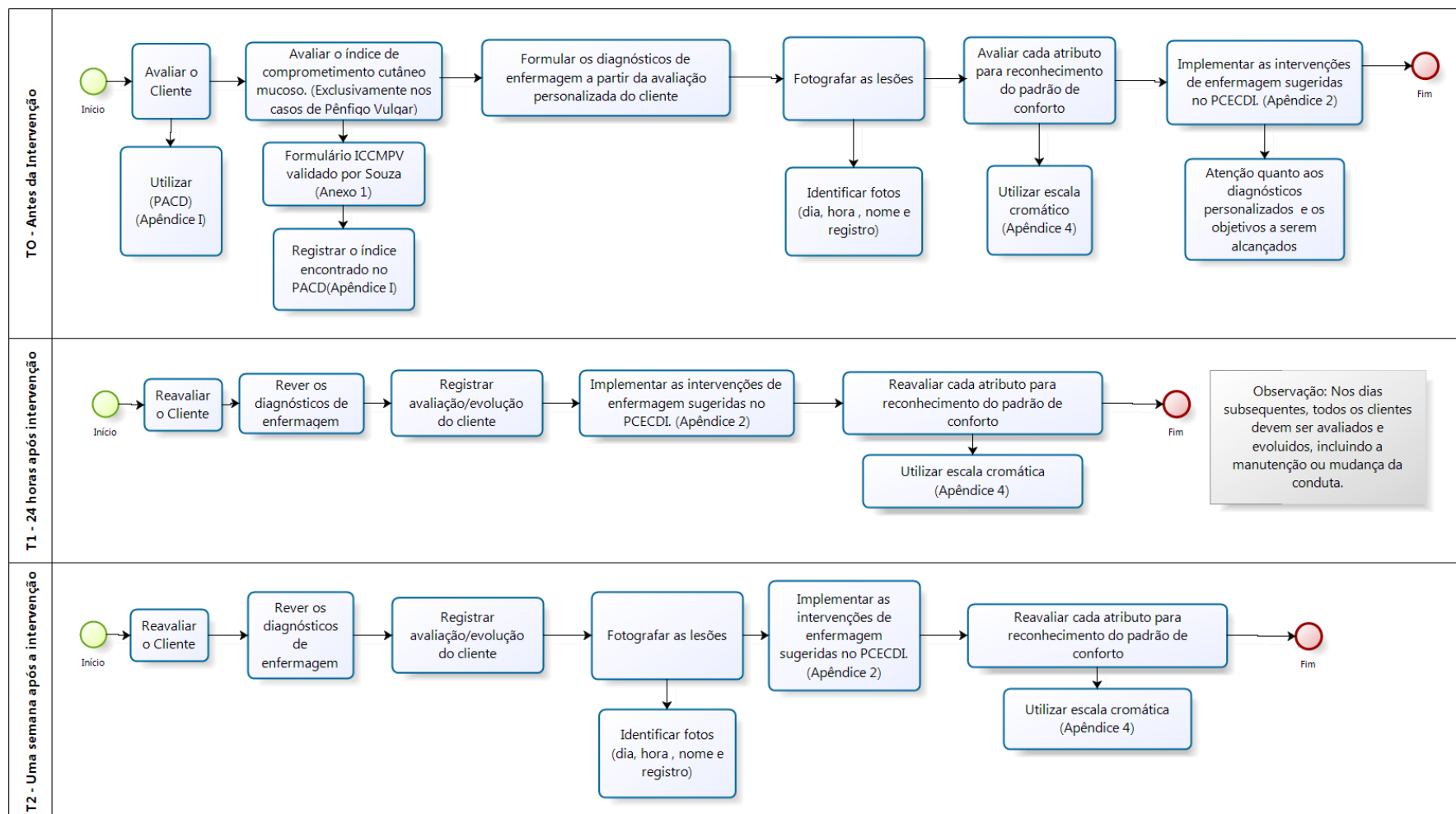
Releva-se que, para viabilizar a implementação da pesquisa, a pesquisadora realizou capacitação prévia, mediante a ministração de cursos com conteúdo pertinente à enfermidade citada e sua terapia medicamentosa e de enfermagem utilizando estratégias pedagógicas teóricas e práticas, para todos os enfermeiros das instituições envolvidas, os quais foram considerados copesquisadores do estudo, além das respectivas equipes de enfermagem que atuaram nesta investigação como colaboradoras.

Para maior entendimento dessa capacitação, registra-se que se realizou no Rio de Janeiro, em 2011 e 2012, e em Campo Grande/MS em 2012, Cursos de capacitação sobre exame clínico e sobre os cuidados de enfermagem ao cliente com dermatoses imunobolhosas, especialmente o pênfigo vulgar.

Esse curso encontra-se cadastrado no Núcleo de Extensão e Cultura da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Sobreleva-se que o referido curso consta de ensino teórico e prático, incluindo a orientação, e a aplicação dos instrumentos/protocolos (Apêndices A e B) já descritos anteriormente.

Participaram do curso teórico 60 profissionais de saúde, sendo 18 do HUPE/UERJ. Destes, três enfermeiros e cinco técnicos de enfermagem lotados especificamente na enfermaria de dermatologia. 26 profissionais do HUAP/UFF, dois (enfermeira e técnica de enfermagem) lotadas na enfermaria de clínica médica que recebem os clientes com afecções cutâneas; e 16 do Hospital Adventista do Pênfigo/MS, sendo que três atuam especificamente na enfermaria de dermatologia da instituição (duas como supervisoras de enfermagem e uma médica). Ressalta-se ainda a participação no curso realizado em 2011 de profissionais de enfermagem da enfermaria de dermatologia da Santa Casa de Misericórdia.

Figura 8 - Etapas segundo aplicação da TCECDI



Registra-se, ainda, que a pesquisadora e sua orientadora também foram convidadas para ministrar esse curso durante o XLIX Congresso de Doenças Tropicais, ocorrido em Campo Grande-Mato Grosso do Sul, em 07 de agosto de 2013, em consequência do impacto favorável obtido com a realização deste no Hospital do Pênfigo, situado na cidade citada. Sobreleva-se que houve avaliação formativa dos alunos, considerando a aprendizagem sobre a situação do cliente com dermatoses imunobolhosas, em especial o pênfigo, e a implementação dos respectivos cuidados de enfermagem. Foram emitidos certificados pela Faculdade de Enfermagem/UERJ aos alunos aprovados.

4.8 Validação do Protocolo de Avaliação do Cliente em Dermatologia (PACD) -Aplicação da técnica Delphi

Para validar o Protocolo de Avaliação do Cliente em Dermatologia (PACD) após inclusão de variáveis no formulário de admissão do cliente com afecção cutânea³ que contemplem as dimensões física, mental e espiritual dos clientes aplicou-se a técnica de Delphi, utilizada para obtenção de opiniões de pessoas que compõem um painel de juízes com saber reconhecido em determinado campo de estudo^{60,61}, neste caso, enfermeiros especialistas em dermatologia.

Tais pessoas, cujos julgamentos e opiniões são relevantes para o desenvolvimento da pesquisa devem ser anônimas e sem encontros face-a-face, entre si e com os pesquisadores⁶².

Essa técnica utiliza questionários que vão sendo reelaborados a partir da análise das respostas dos juízes com a finalidade de obter consenso. Para sua condução são necessários dois grupos: o grupo executor, composto pelos pesquisadores que tem como funções contatar os respondentes, elaborar o questionário inicial, analisar os dados obtidos, resumir e elaborar os demais questionários; e o grupo respondente formado pelos juízes selecionados. O número de membros desse grupo depende do fenômeno que se pretende estudar, podendo variar de sete a doze juízes⁶¹. Nesta validação participaram sete pessoas.

Além da avaliação qualitativa do conteúdo do protocolo proposta pela técnica Delphi, utilizou-se medidas quantitativas para avaliar e complementar a validade de conteúdo: Índice de Validade do Conteúdo (IVC) e Taxa de Concordância (TC)⁶¹.

Ressalta-se ainda uma apreciação da coerência na avaliação entre os juízes pela obtenção do

coeficiente de correlação ordinal de Spearman⁶⁴, utilizadas nas fases 1 e 2 da validação.

Estratégia para validação do PACD

A validação do PACD foi realizada em cinco etapas conforme preconiza a técnica de Delphi^{60,61}.

Na primeira foi realizada a seleção de possíveis componentes do grupo de juízes especialistas, estabelecendo-se contato com a Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE) que forneceu uma lista com nomes e e-mails de enfermeiros brasileiros titulados na área.

Assim, foram convidados via *e-mail* 16 juízes, considerando os seguintes critérios de inclusão: obtenção do título em 2002 (por conseguinte, ter mais de dez anos de experiência na área); aceitar participar da validação e concordar em apresentar contribuições ao protocolo proposto.

Inicialmente, apenas dez especialistas concordaram em participar, pois dos 16 juízes convidados um não respondeu, outro relatou não ser mais atuante na área de dermatologia há quase dez anos. A correspondência eletrônica de quatro juízes retornou com justificativa de ocorrência de problemas técnicos da rede.

Na segunda etapa, correspondente à elaboração e encaminhamento do protocolo construído pela doutoranda, principal pesquisadora, os dez especialistas selecionados receberam e-mail com três arquivos anexados: o primeiro com o termo de consentimento livre e esclarecido com exposição do objetivo e método, além das vantagens da realização da pesquisa; o segundo constava do formulário contendo as variáveis sociodemográficas e profissionais dos respondentes. O terceiro versava sobre o instrumento de produção de dados (IPD) propriamente dito para análise dos dez aspectos do PACD. Alertou-se, que caso houvesse dúvidas seriam realizados maiores esclarecimentos sobre o estudo e o método escolhido. As sugestões que conduziram as alterações referentes a cada aspecto foram registradas pelos juízes em espaços específicos, inclusive estes opinaram sobre a manutenção ou não de cada aspecto.

Foi solicitada a devolução dos IPD no prazo de 30 dias, permitindo-se a renovação do prazo por mais um mês. Apesar da aceitação em participar, três especialistas não enviaram as respostas nos prazos estabelecidos, sendo excluídos do estudo, resultando em sete juízes.

A terceira etapa da técnica utilizada, relacionada à análise das respostas dos juízes sobre a avaliação do protocolo, foi realizada após a devolução dos questionários para os pesquisadores. Nesta, as sugestões dos juízes foram analisadas e os conteúdos modificados quando considerados

procedentes. As sugestões de cada juiz foram observadas na primeira e segunda fase, sendo organizadas considerando todas as partes do protocolo e seus respectivos itens, incluindo a tomada de decisão em relação à aceitação ou não dos pesquisadores.

4.9 Tratamento e apresentação dos dados produzidos

Para o tratamento dos dados produzidos contratou-se os serviços de Regina Lanzillotti, professora doutora do Instituto de Matemática e Estatística (IME) da UERJ, com experiência na aplicação da lógica *fuzzy*, bem como de estatística descritiva, fórmulas matemáticas para testes de significância. Ressalta-se, que para compreender a aplicação da lógica *fuzzy* e outros aplicativos estatísticos, a pesquisadora cursou a disciplina de estatística ministrada pela professora citada, no IME/UERJ.

4.10 Aspectos éticos

O projeto desta tese foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sendo aprovado conforme o protocolo 0258.0.228.000-11 (Anexo B), além da ciência e aprovação dos chefes dos serviços das instituições campos de pesquisa, apresentados nos Anexos C,D, E e F. Ressalta-se que os clientes que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), descrito no Apêndice C. Nos resultados obtidos foi mantido o sigilo de sua identidade, e eles tiveram o direito de recusar a participação a qualquer tempo havendo para tanto a assinatura de uma testemunha.

Ressalte-se, ainda, que os sujeitos de pesquisa autorizaram a publicação de suas repostas, e das fotografias das lesões cutâneas e mucosas, respeitando-se seu anonimato. Tais providências, portanto, atenderam às Normas de pesquisa em seres humanos seguindo a Resolução 466/2012⁶⁵.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atendendo ao objetivo: elaborar e validar o Protocolo de Avaliação do Cliente em Dermatologia (PACD), apresenta-se a seguir o artigo referente a esta validação.

5.1 Protocolo para avaliação do cliente em dermatologia: validação pela técnica Delphi³

Protocol for client assessment in dermatology: validation by the Delphi technique

Resumo

Objetivo: validar conteúdo e aplicabilidade do protocolo de avaliação do cliente em dermatologia, considerando dimensões clínicas, mentais e espirituais. **Método:** técnica Delphi, sendo juízes sete enfermeiros especialistas. Utilizou-se avaliação qualitativa e medidas quantitativas: índices médios de validade do conteúdo (IMVC), e de taxa de concordância (IMTC), além do coeficiente de correlação ordinal de Spearman. **Resultados:** sobre IMTC na fase 1, duas partes do protocolo alcançaram o corte de qualidade - 0,9, enquanto na 2, três partes necessitaram revisão. O IMVC nos aspectos avaliados atingiu 0,6 nas fases 1 e 0,9 na 2, tendo variabilidade de 30% com queda para 10%. No IMTC, na fase 1, o valor foi idêntico ao do IMVC com variabilidade de 40%, enquanto na fase 2, alcançou 0,8 com variação de 20%. **Conclusão:** utilizando a técnica Delphi foi validado um instrumento acessível considerado pelos juízes um protocolo aplicável e analisável mediante os métodos qualitativo e quantitativo.

Descritores: Enfermagem; Cuidados de enfermagem; Avaliação em enfermagem; Registros de enfermagem; Dermatologia.

Abstract

Objective: To validate content and applicability of client protocol in dermatology, considering clinical dimensions, mental and spiritual. **Method:** Delphi technique, with seven judges nurse specialists. We used qualitative and quantitative measures: average rates of content validity (IMVC), and concordance rate (IMTC), and the correlation coefficient Spearman ordinal. **Results**

³ Artigo aceito para publicação em 2013 pela Acta Paulista de Enfermagem.

of phase 1 IMTC two parts of the form cutting quality achieved - 0.9, while in the second, three shares requiring revision. The aspects evaluated in IMVC reached 0.6 in phases 1 and 2 in 0.9, and variability of 30%, drop to 10%. In IMTC, in stage 1, the amount was identical with that of IMVC variability of 40%, while in the second phase reached 0.8 with 20% variation. **Conclusion:** using Delphy technique was validated an instrument accessible considered by the judges and a protocol applicable analyzable by the qualitative and quantitative methods.

Keywords: Nursing; Nursing care; Nursing assessment; Nursing records; Dermatology.

Introdução

Cuidar de pessoas com afecções cutâneas durante a hospitalização propicia o conhecimento de suas necessidades, desejos, e das influências físicas, emocionais, sociais e espirituais do adoecimento cutâneo, visando o preparo para o autocuidado com possibilidades de êxito. A observação e a constatação da precariedade de instrumentos específicos de avaliação da clientela na área de dermatologia incentivaram a criação de um protocolo para aquisição de informações indispensáveis ao planejamento de um atendimento de enfermagem personalizado e integral.

A exposição das lesões cutâneas e consequente impossibilidade de mantê-las em sigilo podem promover associação com contágio, modificar as relações laborais, sociais e as de convívio com o parceiro e a família. Acredita-se que, antes de aliviar a dor provocada pelas lesões de pele, é indispensável uma abordagem sensível e solidária, mediante a escuta sensível, demonstrando disponibilidade para ouvir os problemas vivenciados pela pessoa. A fala traduz aspectos relacionados à dor física, aos fatores emocional, social e espiritual. Nesse contexto, destaca-se a avaliação do cliente relacionada à implementação de cuidados técnicos, e à representação da doença e da internação, aspectos que se negligenciados retardam ou inviabilizam a recuperação ⁽¹⁾.

Foi elaborado o protocolo para avaliação do cliente em dermatologia (PACD) na tentativa de compreender a história clínica verbalizada pelo indivíduo. Este visa contemplar a fala e um conjunto de manifestações gestuais e comportamentais emitidas pelo corpo humano, considerando-se todas as formas de expressão e privilegiando a semiologia libertadora. Esta propicia a busca de novas estratégias que valorizem a ampliação do diálogo e a compreensão dos diferentes aspectos que envolvem uma abordagem libertadora, criativa e reflexiva ⁽²⁾.

Diante de uma proposta de tecnologia enfocando a abordagem centrada na pessoa e demitificando a importância exclusiva da doença, torna-se apropriada a adoção da escuta sensível ⁽³⁾

visto que esta se apoia na empatia promovendo dialogicidade, sensibilidade e solidariedade entre profissional e cliente ⁽⁴⁾.

Assim, espera-se que o PACD seja uma ferramenta acessível e aplicável á um trabalho qualificado a ser utilizado exclusivamente pelo enfermeiro, profissional responsável pela avaliação do cliente. Com a sua aplicação, o profissional desenvolverá as fases do processo de enfermagem nas unidades de internação de dermatologia, um dos objetivos deste tipo de instrumento ⁽⁵⁾ e, a médio e a longo prazo se tornará uma rica fonte de dados para pesquisas em dermatologia, haja vista ser esta uma área pouco explorada pelos enfermeiros.

Após elaboração do PACD, considerou-se a possibilidade de sua validação por enfermeiros especialistas dessa área, conferindo-lhe autenticidade científica. Sobre isso, menciona-se que o uso de instrumentos validados favorece a utilização de uma linguagem comum entre os profissionais, facilita a produção de dados, e favorece a avaliação de técnicas e abordagens utilizadas ⁽⁵⁾.

Portanto, neste trabalho teve-se como objetivo validar o conteúdo e aplicabilidade do protocolo de avaliação do cliente em dermatologia.

Método

Método descritivo mediante a técnica de Delphi, utilizada para obtenção de opiniões de pessoas que compõem um painel de juízes com saber reconhecido em determinado campo de estudo, neste caso, enfermeiros especialistas em dermatologia ^(6,7). Tais sujeitos, cujos julgamentos e opiniões são relevantes ao desenvolvimento da pesquisa devem ser anônimos e sem encontros face-a-face, entre si e com os pesquisadores ⁽⁸⁾.

Essa técnica utiliza questionários que vão sendo reelaborados desde a análise das respostas dos juízes com a finalidade de obter consenso. Para sua condução são necessários dois grupos: grupo executor, composto pelos pesquisadores que tem como funções contatar os respondentes, elaborar o questionário inicial, analisar os dados obtidos, resumir e elaborar os demais questionários; grupo respondente formado pelos juízes selecionados. O número de membros desse grupo depende do fenômeno que se pretende estudar, podendo variar de sete a doze juízes ⁽⁷⁾. Nesta validação participaram sete pessoas.

Além da avaliação qualitativa do conteúdo do protocolo proposta pela técnica Delphi, foram utilizadas medidas quantitativas para avaliar e complementar a validade de conteúdo: Índice de Validade do Conteúdo (IVC) e Taxa de Concordância (TC) ⁽⁹⁾. Ressalta-se uma apreciação da

coerência na avaliação entre os juízes pela obtenção do coeficiente de correlação ordinal de Spearman⁽¹⁰⁾, utilizadas nas fases 1 e 2 da validação.

Instrumentos de produção de dados

Foram aplicados dois instrumentos. O primeiro, destinado a identificação do perfil dos juízes, foi composto por variáveis sociodemográficas e profissionais: sexo, idade, tempo de experiência profissional e na área de dermatologia, tipo de serviço e setor, titulação acadêmica e trabalhos científicos com relevância na área de dermatologia.

O segundo instrumento relacionou-se especificamente à avaliação do PACD, contendo, na primeira parte, os dados de identificação e sociodemográficos do cliente: nome, matrícula, data de admissão e nascimento, idade, sexo, cor, estado conjugal, escolaridade, profissão, renda familiar, nacionalidade, naturalidade, religião, endereço e procedência.

A segunda parte do PACD referia-se ao histórico do cliente contendo as variáveis clínicas: diagnóstico médico, história de hipertensão arterial, diabetes, doença renal, alergias, uso de medicamentos, de bebidas alcoólicas, tabagismo, internações anteriores, transfusão de sangue, doenças progressas e na família, além da realização de exame preventivo.

O conhecimento do cliente em relação à doença cutânea, o grau de desconforto e as repercussões emocionais e espirituais do acometimento cutâneo começam a ser abordados na terceira parte. Os aspectos fisiológicos são destacados na quarta parte do PACD com perguntas referentes à capacidade de locomoção, audição, visão, ingestão de líquidos, nutrientes e eliminações.

O ponto de vista do cliente sobre como se vê e se sente em relação à sua doença, destacando os efeitos sociais, emocionais, espirituais e econômicos, inclusive sexuais, foram contemplados na quinta parte.

As preocupações quanto à internação e suas expectativas em relação à enfermagem foram abordadas na sexta parte. A sétima parte consistiu de dados relativos ao exame físico. A oitava parte, destinou-se ao levantamento dos diagnósticos de enfermagem conforme *North American Nursing Diagnosis* (NANDA)⁽¹¹⁾. O local para registro das intervenções de acordo com os diagnósticos de enfermagem encontrados foi garantido na nona parte. A décima e última parte consistiu de espaço para registro das reavaliações do cliente.

Resumindo, o PACD compõe-se de perguntas ao cliente admitido durante entrevista, contendo espaços para os enfermeiros registrarem sua avaliação. Alerta-se que a interação cliente/profissional e o uso de linguagem acessível, respeitando os costumes, valores, crenças e espiritualidade são fundamentais na facilitação da verbalização das pessoas. A detecção de palavras-chave, empregadas pelo usuário de sistema de saúde, permite o registro do sentido das respostas de forma sucinta.

Estratégia para validação do protocolo

A validação do PACD realizou-se em cinco etapas conforme preconiza a técnica de Delphi^(6,7). Na primeira foi realizada a seleção de possíveis componentes do grupo de juízes especialistas, estabelecendo-se contato com a Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE) que forneceu uma lista com nomes e e-mails de enfermeiros brasileiros titulados na área.

Assim, foram convidados via *e-mail* 16 juízes, considerando os seguintes critérios de inclusão: obtenção do título em 2002 (por conseguinte, ter mais de dez anos de experiência na área); aceitar participar da validação e concordar em apresentar contribuições ao protocolo proposto.

Inicialmente, apenas dez especialistas concordaram em participar, pois um não respondeu, outro relatou não ser mais atuante na área de dermatologia há quase dez anos. A correspondência eletrônica de quatro juízes retornou com justificativa de ocorrência de problemas técnicos da rede.

Na segunda etapa, correspondente à elaboração e encaminhamento do protocolo construído pela doutoranda, principal pesquisadora, os dez especialistas selecionados receberam e-mail com três arquivos anexados: o primeiro com o termo de consentimento livre e esclarecido com exposição do objetivo e método, além das vantagens da realização da pesquisa; o segundo constava do formulário contendo as variáveis sociodemográficas e profissionais dos respondentes. O terceiro versava sobre o IPD propriamente dito para análise dos dez aspectos do PACD. Alertou-se, que caso houvesse dúvidas seriam realizados maiores esclarecimentos sobre o estudo e o método escolhido. As sugestões que conduziram as alterações referentes a cada aspecto foram registradas pelos juízes em espaços específicos, inclusive estes opinaram sobre a manutenção ou não de cada aspecto.

Foi solicitada a devolução dos IPD no prazo de 30 dias, permitindo-se a renovação do prazo por mais um mês. Apesar da aceitação em participar, três especialistas não enviaram as respostas nos prazos estabelecidos, sendo excluídos do estudo, resultando em sete juízes.

A terceira etapa da técnica utilizada, relacionada à análise das respostas dos juízes sobre a avaliação do protocolo, foi realizada após a devolução dos questionários para os pesquisadores. Nesta, as sugestões dos juízes foram analisadas e os conteúdos modificados quando considerados procedentes. As sugestões de cada juiz foram observadas na primeira e segunda fase, sendo organizadas considerando todas as partes do protocolo e seus respectivos itens, incluindo a tomada de decisão em relação à aceitação ou não dos pesquisadores.

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Todos os sete participantes da pesquisa são do sexo feminino e situam-se na faixa etária de 43 a 51 anos. Dois são doutores e atuam em universidades públicas, três são mestres. Um deles trabalha no ensino e na assistência e os demais atuam apenas na assistência. Houve predomínio de especialistas com mais de dez anos de atuação na área de dermatologia, e apenas um encontrava-se na faixa de quatro a seis anos de experiência. Em relação à atividade científica, cinco declararam que realizam orientações de trabalhos científicos, além da publicação de artigos e capítulos de livros.

Análise das respostas dos juízes sobre a avaliação do protocolo

Na fase 1, quatro juízes sugeriam modificações na parte identificação/variáveis sociodemográficas: substituir o item cor por etnia autodeclarada; inserir a palavra ocupação junto ao item profissão, substituir religião por crença religiosa e incluir indicado por no item relativo a procedência. Enquanto na fase 2 apenas um juiz sugeriu a retirada de um item por não se tratar de variável sociodemográfica, todas as sugestões foram acatadas pelos pesquisadores.

Na parte intitulada variáveis clínicas, na fase1, três juízes sugeriram alterações, duas sobre a redação e quatro inclusões de itens não abordados. As alterações foram aceitas, porém duas inclusões foram rejeitadas, por já terem sido contempladas em outros itens. Na fase 2, dois juízes

concordaram sobre a utilização de questões sobre o fumo e uso de bebidas alcoólicas, ressaltando o registro do uso não somente no presente, mas também no passado, sendo a sugestão acatada.

Na parte destinada às doenças cutâneas, na fase1, apenas dois juízes não solicitaram alterações. Os demais sugeriram a inclusão de questões relacionadas à dor, intensidade do desconforto, uso de produtos tópicos, causa da doença e sintomas. As duas primeiras sugestões foram aceitas e as duas últimas descartadas. Nesta parte, na fase 2, dois juízes apontaram à necessidade de incluir escalas de avaliação, um deles sobre a intensidade da dor e outro, de qualidade de vida. Tais sugestões foram aceitas.

Na fase1, referente à parte sobre aspectos fisiológicos, quatro juízes apresentaram alterações: dois no sentido de especificar os componentes nutritivos da dieta; o outro, à inclusão de item relativo ao uso de produtos na pele, sendo aceitos pelos pesquisadores. A sugestão de um dos juízes para modificar a linguagem coloquial utilizada, foi rejeitada, tendo em vista que uma das propostas do PACD é facilitar o entendimento do cliente. Na fase 2, somente um dos juízes solicitou especificar os tipos de alterações que o cliente pode apresentar na fala, o que não foi aceito, pois entraria em detalhamento desnecessário. Este juiz também solicitou: modificar a questão sugerida por outro juiz na fase 1 a respeito dos componentes nutritivos da dieta por como é sua alimentação, e ainda sugeriu incluir o Índice de Massa Corporal (IMC) no item sobre mudança de peso, sugestões rejeitadas nesta parte do protocolo.

Quanto aos aspectos emocionais, na fase 1, dois juízes solicitaram alterações: um, a inclusão de escalas já validadas, sugestão que também foi ratificada na fase 2, sendo ambas acatadas. Na primeira fase, outro sugeriu acrescentar questão sobre autocuidado, que foi rejeitada, por considerar que tal aspecto é contemplado em outras questões.

Na parte relacionada à internação, na fase1, três juízes indicaram sugestões, e dois concordaram em excluir a questão sobre a representação da internação para o cliente, a qual foi rejeitada. O outro sugeriu, e aceitou-se modificar a forma de redigir a questão para: como você se sente no ambiente hospitalar? Na Fase 2, apenas um dos juízes, que não havia recomendado alterações, na fase 1, sugeriu modificar a questão referida para: como você se percebe no ambiente hospitalar? Porém, recusou-se por considerar a questão já modificada de melhor compreensão.

Referente ao exame físico, na fase1, um juiz sugeriu modificar a formatação, o que foi acatado, considerando-se melhor distribuição entre os itens. A inclusão de padrões internacionais já validados tais como: *pressure ulcers scale healing (PUSH)*, utilizado especificamente para avaliação de úlceras por pressão ⁽¹²⁾; e outro que avalia a presença de *Tissue*: tecido inviável;

Infection: infecção/inflamação; *Moisture*: umidade e *Edge*: margem, representado pelo acrônimo (*TIME*)⁽¹³⁾, foi sugerida por um dos juízes, não sendo aceita, por considerá-los inadequados para um protocolo destinado a clientes com afecções cutâneas como psoríase, pêfigo, farmacodermias, entre outras específicas da dermatologia, que apresentam lesões com características diferenciadas.

Outro especialista solicitou a inclusão de outros tipos de exsudato, além dos citados, o que foi aceito. A sugestão de inclusão do IMC, já lembrada anteriormente por outro juiz para inclusão em outra parte, foi acatada nesta parte do protocolo, utilizando a terminologia padrão do Ministério da Saúde. Nesta fase, houve ainda a indicação de incluir um item relacionado ao aspecto geral da pele, que foi contemplado nas alternativas disponibilizadas no item tipo de pele. Na fase 2, um dos juízes contribuiu com três inclusões, que foram aceitas. Estas tratavam de ausência parcial ou total de dentes e de uso parcial ou total de prótese dentária. Esse juiz também solicitou que constasse tipo, cor e quantidade de exsudato das lesões, sugestão que foi aceita. Outro juiz recomendou a inclusão da dor como quinto sinal vital, sendo aceito.

As demais partes do protocolo não receberam sugestões de modificações na fase 2, porém na fase 1 houve, conforme sugestão de um dos juízes, a atualização dos diagnósticos com base no *North American Nursing Diagnosis (NANDA)*. Esta sugestão foi aceita e os diagnósticos foram selecionados segundo a referência *NANDA International 2012-2014*⁽¹⁴⁾, incluindo características definidoras e fatores relacionados a partir da sua coerência com a especificidade dos clientes da dermatologia. Assim, destaca-se a seleção e inclusão de diagnósticos relativos aos Domínios 1 a 12. Na parte relacionada às intervenções de enfermagem, acrescentou-se, conforme sugestão, item relacionado à continuidade do cuidado.

Após término das apreciações realizadas pelos juízes e respectivas alterações, o protocolo validado retornou aos especialistas para a ciência.

Análise estatística descritiva

A análise das sugestões dos juízes foi obtida em função da atribuição de pontuação crescente de 1 a 4, considerando o primeiro valor não relevante ou não representativo e os demais, pela expressividade dos significados, tais como: item necessita de grande revisão para ser representativo; item necessita de pequena revisão para ser representativo e item relevante ou representativo. Em função da avaliação técnica de cada juiz, atribuiu-se essa pontuação para cada parte do protocolo, nas duas fases de avaliação, conforme se observa na Tabela 3.

Tabela 3 - Pontuação aferida às sugestões dos juízes por partes do protocolo de avaliação do cliente em dermatologia

Partes do protocolo	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5	Juiz 6	Juiz 7	IVC	TC
Fase 1									
Identificação	3	3	4	2	3	4	4	0,9	0,4
Variáveis clínicas	4	4	4	2	2	4	2	0,6	0,6
Doença cutânea	4	4	3	2	2	2	2	0,4	0,3
Aspectos fisiológicos	4	4	2	2	2	4	2	0,4	0,4
Aspectos emocionais	4	4	4	2	4	2	4	0,7	0,7
Internação	2	4	4	2	4	2	4	0,6	0,6
Exame físico	4	4	2	2	2	2	2	0,3	0,3
Diagnósticos	4	4	4	2	4	4	4	0,9	0,9
Intervenções	4	4	2	3	4	4	4	0,9	0,7
Avaliações posteriores	4	4	4	4	1	4	4	0,9	0,9
Índice Médio								0,6	0,6
CV								0,3	0,4
Fase 2									
Identificação	4	3	4	4	4	4	4	1,0	0,9
Variáveis clínicas	4	3	4	3	4	4	4	1,0	0,7
Doença cutânea	4	3	4	2	4	4	4	0,9	0,7
Aspectos fisiológicos	4	2	4	4	4	4	4	0,9	0,9
Aspectos emocionais	4	4	4	2	4	4	4	0,9	0,9
Internação	4	3	4	4	4	4	4	1,0	0,9
Exame físico	4	2	3	3	4	4	4	0,9	0,6
Diagnósticos	4	4	4	4	4	4	4	1,0	1,0
Intervenções	4	4	4	4	4	4	4	1,0	1,0
Avaliações posteriores	4	4	4	4	4	4	4	1,0	1,0
Índice médio								0,9	0,8
CV								0,1	0,2

Legenda: IVC - Índice de Validade de Conteúdo - número de juízes com atribuição de pontuação 3 ou 4/ total de juízes; TC - Taxa de concordância - número de juízes com atribuição de pontuação 4/ total de juízes; Índice médio - média dos valores do IVC; CV - Coeficiente de variação - divisão do desvio padrão pela média.

O IVC foi obtido mediante a frequência relativa da pontuação atribuída ao julgamento dos juízes. A aceitação de cada aspecto do protocolo deveria atingir no mínimo índice 0,9⁽⁹⁾. Na Fase 1, apenas quatro aspectos foram aceitos, enquanto na Fase 2, todos receberam grau de aceitação, uma vez que já havia sido realizada uma análise qualitativa prévia. Neste sentido, destaca-se que as alterações acatadas no protocolo contribuíram para adequação do instrumento.

Conforme a TC utilizada Alexandre e Coluci⁽⁹⁾ na fase 1, apenas as partes diagnósticos e avaliações posteriores, alcançaram o corte de qualidade 0,9 estabelecida por estes autores. Enquanto

Na avaliação da significância das correlações ordinais foi adotada a hipótese nula de que a correlação entre os valores do julgamento de dois juízes seria zero ao nível de significância de 5%, ou seja, haveria apenas cinco chances em 100, de os juízes não convergirem em suas avaliações, caracterizando erro do tipo 1.

Na Fase 1, os resultados das correlações variaram entre 0,46 a 0,98. Houve convergência significativa entre o juiz 1 e os juízes 3 e 6. De forma análoga, o juiz 7 convergiu com as opiniões dos juízes 3, 5 e 6. Então os juízes 5 e 6 pensam de forma semelhantes aos juízes 3 e 7.

Na Fase 2, todas as correlações foram consideradas significantes com variação 0,79 a 1,00, sendo que esta última é considerada uma correlação perfeita, os juízes 1, 5, 6 e 7 concordaram integralmente com as questões presentes no instrumento, sendo que o juiz 3 também poderia estar presente neste grupo, tendo em vista que a correlação ordinal atingiu 0,98. Os demais juízes, 2 e 4, não se afastaram deste comportamento, porém apresentaram índices de associação menores, entre 0,79 e 0,82.

Discussão

Os resultados apresentados neste estudo revelaram a importância da avaliação do PACD em duas fases, pois na fase 2 houve maior coerência, conduzindo a homogeneidade das avaliações dos juízes que deveriam ter uma visão especializada em dermatologia para que os julgamentos tivessem credibilidade. Diante da relutância por parte de alguns pesquisadores de aceitarem os resultados exclusivamente qualitativos advindos da Técnica Delphi, uma das limitações da técnica ⁽⁶⁾, a avaliação da homogeneidade, fidedignidade, coerência e adequação da estrutura e conteúdo do protocolo foram realizadas em função dos métodos qualitativo e quantitativo utilizados.

Diante da precariedade de estudos de enfermagem na área de dermatologia, a validação do PACD contribuirá significativamente para a prática dos enfermeiros que atuam junto aos clientes com afecções cutâneas, que disponibilizarão de um instrumento de avaliação validado por especialistas da área.

Conclusão

Através da técnica de Delphi validou-se um protocolo construído para ser uma ferramenta acessível e necessária à utilização na área de dermatologia. Nesta validação obteve-se contribuições

norteadas pela ótica cooperativa de enfermeiras especialistas na área referida, as quais acrescentaram conteúdos indispensáveis para a avaliação do cliente com afecções cutâneas, considerando suas dimensões físicas, mentais e espirituais.

Diante da carência de estudos científicos na área de enfermagem em dermatologia, cabe lembrar que a validação do PACD ainda servirá como insumo à elaboração de um aplicativo da informática que democratizará o seu uso, tornando-se uma ferramenta acessível aos enfermeiros que recebem clientes com afecções cutâneas, não somente em metrópoles, mas também em localidades distantes. Trata-se de um produto que poderá ainda receber contribuições a partir da sua aplicação.

Agradecimentos

Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, através da submissão ao Edital Universal 14/2011-Faixa B- Processo: 477063/2011-0.

Referências

1. Brandão ES, Santos I, Carvalho MR, Pereira SK. [Nursing care evolution to the client with pemphigus: integrative literature review]. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(3): 79-84. Portuguese.
2. Pessalacia JDR, Oliveira VC de, Rennó HMS, Guimarães EAA. [Perspectives for the teaching of bioethics in undergraduate nursing]. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2011[cited 2013 Mar 2]; 64(2):393-398. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200029>.
3. Barbier B. *A pesquisa-ação*. Brasília: Editora Plano; 2002.
4. Santos I, Brandão ES, Clós AC. [Dermatology nursing: sensitive listening skills and technology for acting in skin care]. *Rev Enferm UERJ*. 2009; 17(1):124-9. Portuguese.
5. Neves RS, Shimizu HE. [Analysis of the implementation of nursing assistance systematization in a rehabilitation unit]. *Rev. Bras. Enferm*. [Internet]. 2010 [cited 2013 Mar 16];63(2): 222-29. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000200009>.
6. Cassiani SHB, Rodrigues LP. [The Delphi technique and the nominal group as strategies to collect data in nursing research]. *Acta Paul Enferm*. 1996; 9(3): 76-83. Portuguese.

7. Cunha ALSM, Peniche ACG. [Content validity of an instrument to document recovery of patients in post anesthesia care unit]. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2007 [cited 2013 Apr 2];20(2):151-60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200007>.
8. Silva RF, Tanaka O. [Delphi technique: identifying the generic competence required for doctors and nurses working in a primary health care]. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 1999 [cited 2013 Apr 2]; 33(3): 207-16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62341999000300001>.
9. Alexandre NMC, Coluci MZO. [Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments]. *Ciênc Saúde coletiva*. 2011;16(7): 3601-8. Portuguese.
10. Blalock junior H M. *Social Statistics*. 2 ed. University Of Washington: International Student Edition, 1972. p. 416-18.
11. North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
12. Silveira LSP, Silva GRF, Moura ECC, Rangel EML, Sousa JERB. [Pressure ulcers assessment through the pressure ulcer scale for healing application (PUSH)]. *Rev pesq cuid fundam*. 2013; 5(2):3847-55. Portuguese.
13. Aron S, Gamba MA. [Wound Bed Preparation and a History of TIME]. *Rev Estima* 2009;7(4): 20-4. Portuguese.
14. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação [NANDA Internacional]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica Alba Lucia Leite de Barros [et al.]* Porto Alegre: Artmed, 2013. 596p.

5.2 Características sociodemográficas dos clientes com dermatoses imunobolhosas

Os 14 participantes do estudo são brasileiros, com idade média de 58 anos, predominando 11 pessoas do sexo feminino. Entre eles, nove são casados e/ou possuem um companheiro (a). Entre as etnias autodeclaradas situam-se oito brancas e seis pardas. Quanto à crença religiosa, destaca-se uma pessoa professando duas religiões (kardecista e católica). Entre as demais, sete são católicas, cinco são evangélicas, e uma é kardecista.

Entre os nove sujeitos que receberam diagnóstico médico de pêfigo vulgar se destacam os do gênero feminino, a mais jovem com 27 anos e a mais idosa com 64 anos. Dos acometidos por

essa enfermidade, quatro encontravam-se na quinta década de vida. Tais resultados são condizentes com a literatura quando cita que, embora possa acometer pessoas de qualquer idade, esta doença é mais comum em adultos de ambos os sexos na faixa etária entre 40 e 60 anos^{11,13,15}.

Ressalta-se que os três clientes com penfigóide bolhoso são os mais idosos, sendo um homem branco de 71 anos e duas mulheres, uma branca de 81 anos e uma parda de 82 anos. As idades e as etnias são importantes, tendo em vista que o acometimento de pessoas idosas de ambos os sexos e de diferentes etnias são características do penfigóide bolhoso^{12,13}.

O Quadro 1 mostra as características geográficas dos 14 sujeitos em relação à naturalidade, local de residência e aos locais de atendimento especializado em dermatologia. Ressalta-se que cinco são naturais do Rio de Janeiro e os demais de diferentes estados do Brasil. Predominam os sujeitos de pesquisa que residem no Estado do Rio de Janeiro em diferentes municípios, entre eles, nove moram em bairros do município do Rio de Janeiro, relativamente próximos do HUPE/UERJ/RJ ou do HUAP/UFF/RJ. Porém, devido à ausência de unidade de internação especializada em dermatologia em Piabetá, Angra dos Reis e Volta Redonda, ou seja, próximos ao local de moradia, três sujeitos tiveram que enfrentar viagem intermunicipal para serem atendidos no HUPE/UERJ. Dois sujeitos percorreram distâncias ainda maiores, pois necessitaram fazer deslocamento interestadual de Mato Grosso e Distrito Federal para Mato Grosso do Sul. Tal fato, além de traduzir a dificuldade de acesso ao serviço especializado pode inviabilizar o contato do cliente com familiares e entes queridos durante hospitalização, o que pode interferir no processo de enfrentamento da doença e recuperação.

Quadro 1 - Naturalidade, local de residência dos sujeitos e instituição de atendimento

NATURALIDADE	RESIDÊNCIA		INSTITUIÇÃO
	UNIDADE DA FEDERAÇÃO	BAIRRO	
Amazonas	Rio de Janeiro	Tijuca	HUPE/UERJ/RJ
Rio de Janeiro		Campo Grande	HUPE/UERJ/RJ
Rio de Janeiro		Ilha do Governador	HUPE/UERJ/RJ
Rio de Janeiro		Ilha do Governador	HUPE/UERJ/RJ
Rio de Janeiro		Barra da Tijuca	HUPE/UERJ/RJ
Rio de Janeiro		Engenho Novo	HUPE/UERJ/RJ
Maranhão	Volta Redonda	Cidade Pinheiral	HUPE/UERJ/RJ
Pernambuco	São Gonçalo	Porto Novo	HUAP/UFF/ Niterói/RJ
Espírito Santo	Angra dos Reis	Boa Esperança	HUPE/UERJ/RJ
Bahia	Rio de Janeiro	Senador Camará	HUPE/UERJ/RJ
Minas Gerais	Rio de Janeiro	Campo Grande	HUPE/UERJ/RJ
Paraíba	Piabetá	Centro/Magé	HUPE/UERJ/RJ
Tocantins	Brasília – DF	Setor M-Norte	HAP/Campo Grande/MS
Ceará	Pontes e Lacerda – MT	Jardim Marília	HAP/Campo Grande/MS

Legenda: HUPE/UERJ/RJ: Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; HUAP/UFF/RJ: Hospital Universitário Antônio Pedro / Universidade Federal Fluminense, HAP/Campo Grande / MS: Hospital Adventista do Pênfigo / Campo Grande / Mato Grosso do Sul.

Conforme a Tabela 5, observou-se que sete sujeitos possuem renda mensal abaixo de dois salários mínimos, com número médio de três a quatro pessoas na família. Apenas três possuem rendimento acima de 2 até 4 salários mínimos, com número médio de quatro pessoas na família. Estes rendimentos são preocupantes, tendo em vista o aspecto crônico e grave das doenças em questão e a necessidade de despesas com medicamentos e produtos tópicos, além do deslocamento para atendimento especializado.

Tabela 5 - Rendimento e constelação familiar dos sujeitos

RENDA FAMILIAR (SM)	SUJEITOS	Nº MÉDIO DE COMPONENTES FAMILIARES
Abaixo de 1	3	3,00
Acima de 1 até 2	4	3,33
Acima de 2 até 4	3	3,67
Acima de 4 até 5	2	3,00
Sem Declaração	2	2,50
Total	14	-

No que diz respeito à escolaridade, formação/ocupação, representada na Tabela 6, aponta-se o predomínio de oito sujeitos com 1º grau completo ou incompleto, sete em atividades consideradas como funções básicas ou de baixa complexidade, entre elas, garçom, manicure, cabelereira, cozinheira, costureira. Destaca-se a presença de dois clientes sem escolaridade e dois com nível superior completo ou em curso. Alerta-se, que a baixa escolaridade apresentada por muitos enfermos com dermatoses imunobolhosas deve ser considerada, tendo em vista a necessidade de compreensão deste sobre a sua doença e autocuidado⁸, em especial no que tange à continuidade do tratamento/cuidados no domicílio, uma vez que o uso de medicações complexas, como os corticoides e imunossupressores são necessários para manter o controle da doença. Além disso, destacam-se os possíveis efeitos adversos destas medicações, como hiperglicemia e hipertensão arterial⁶⁶, que exigem a compreensão do cliente para participação ativa no seu controle. Tais fatos revelam a importância dos enfermeiros no que diz respeito à educação à saúde, inclusive na identificação das dificuldades que poderão ocorrer, e na criação de estratégias junto à equipe de saúde para prevenção de agravos e recidivas da doença⁸.

Tabela 6 - Escolaridade e formação/ocupação dos sujeitos

ESPECIFICAÇÃO	FREQUÊNCIA
Escolaridade	
Superior completo/ em curso	2
2º Grau completo/incompleto	2
1º Grau completo/incompleto	8
Sem escolaridade	2
Total	14
Formação/Ocupação	
Bacharel ou Licenciado	2
Técnico	1
Funções básicas/de baixa complexidade	7
Doméstica	2
Aposentada	1
Do lar	1
Total	14

5.3 Características clínicas dos clientes com dermatoses imunobolhosas

Verificou-se a participação de 11 clientes com pênfigo (nove com vulgar e dois com foliáceo), e três clientes com penfigoide bolhoso, fato que ratifica a literatura quando cita aumento no número de casos de pessoas acometidas com pênfigo vulgar¹⁵. Ressalta-se que dos nove clientes com pênfigo vulgar, quatro apresentavam-se com quadro inicial, ou seja, foram acometidos pela primeira vez por esta enfermidade, e cinco com quadro recidivante, fato possível diante do caráter crônico da doença^{11,12}. Os dois clientes com pênfigo foliáceo foram acometidos pela primeira vez, enquanto dos três com penfigoide bolhoso, um apresentava-se com quadro recidivante e os demais com quadro inicial, conforme mostra a Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição dos sujeitos por ocorrência da doença

QUADRO	PÊNFIGO VULGAR	PÊNFIGO FOLIÁCEO	PENFIGOIDE BOLHOSO	TOTAL
Inicial	4	2	2	8
Recidivante	5	-	1	6
Total	9	2	3	14

No que diz respeito à avaliação do Índice de Comprometimento Cutaneomucoso do pênfigo vulgar (ICMPV) ^{51,52} notou-se que, entre os nove sujeitos com esta doença, três apresentaram ICMPV igual a 60, seguidos de dois com índice igual a 80. Os quatro demais apresentaram índices iguais a 30, 35, 40 e 100. Diante desta avaliação, pode-se afirmar que dos nove sujeitos com PV seis, apresentavam-se com índice de comprometimento cutaneomucoso bastante expressivo, acima de 60. Os sujeitos com as demais dermatoses imunobolhosas não foram avaliados por este índice, tendo em vista que este é destinado especificamente aos clientes com pênfigo vulgar ^{51,52}. Acrescenta-se ainda que, nove sujeitos apresentaram lesões na mucosa bucal, sete com PV, um com PB e um com PF.

Em relação à internação devido à doença cutânea, houve predomínio de pessoas internadas pela primeira vez (11), entre elas, seis com pênfigo vulgar, duas com pênfigo foliáceo e três com penfigoide bolhoso. Dos 14 sujeitos internados, três com pênfigo vulgar apresentaram história de duas ou mais internações especificamente para tratamento da doença cutânea, fato que destaca a dificuldade de controle desta, conforme mostra a Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição dos clientes por doença cutânea e frequência de internações

DERMATOSE IMUNOBOLHOSA	INTERNAÇÕES (Frequência)		TOTAL
	1	2 OU MAIS	
Pênfigo vulgar	6	3	9
Pênfigo foliáceo	2	-	2
Penfigoide bolhoso	3	-	3
Total	11	3	14

Em relação à ingestão de bebidas alcoólicas, tabagismo e uso de drogas ilícitas, observou-se que, dos três sujeitos do gênero masculino participantes do estudo, apenas um com diagnóstico

médico de pênfigo vulgar declarou ser tabagista, com consumo de um maço por dia há aproximadamente trinta anos, além do hábito de beber cerveja em todos os fins de semana. Os outros dois sujeitos negaram uso de cigarros, bebidas alcoólicas e de drogas ilícitas. No caso das mulheres, dentre as 11, quatro informaram beber vinho socialmente, todas negaram uso cigarros e de drogas ilícitas.

Sobre a realização de exames preventivos do câncer, em especial ginecológico, mamas e próstata, houve predomínio de pessoas (oito) que não realizam exames regularmente. Dos três sujeitos que apresentaram diagnóstico médico de penfigoide bolhoso, dois não realizam exame preventivo regularmente. Ressalta-se que os três sujeitos do gênero masculino declararam que nunca realizaram o referido exame, conforme se observa na Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição dos sujeitos segundo a realização de exames preventivos

ESPECIFICAÇÃO	PÊNFIGO VULGAR	PÊNFIGO FOLIÁCEO	PENFIGOIDE BOLHOSO	TOTAL
Menos de 1 ano	2	2	1	5
De 1 a 2 anos	1	-	-	1
De 2 a 3 anos	2	-	-	2
Mais de 3 anos	1	-	1	2
Nunca	2	-	1	3 ⁽¹⁾
Sem data	1	-		1
Total	9	2	3	14

Nota: (1) Gênero masculino

Observa-se, na Tabela 10, que a dor foi a queixa principal predominante para 11 dos 14 sujeitos, seis deles com pênfigo vulgar, seguida da queixa de exposição, referida por dois clientes também com pênfigo vulgar. Apenas um cliente com essa modalidade de dermatose se queixou de dor acompanhada da exposição. Diante das características das lesões cutâneas decorrentes destas dermatoses, a queixa de dor normalmente está presente^{11,13} revelando a necessidade de implementar ações de enfermagem que promovam seu alívio físico e também emocional provocado pelas influências do acometimento cutâneo, destacando-se a exposição do corpo e das lesões⁸.

Tabela 10 - Distribuição dos sujeitos segundo queixa principal

DIAGNÓSTICO MÉDICO	DOR	EXPOSIÇÃO	DOR E EXPOSIÇÃO	LESÕES	TOTAL
Pênfigo vulgar	6	2	1	-	9
Pênfigo foliáceo	2	-	-	-	2
Penfigoide bolhoso	2	-	-	1	3
Total	10	2	1	1	14

Em relação à presença de doenças pregressas, ressalta-se que apenas um sujeito do estudo com diagnóstico médico de pênfigo foliáceo negou histórico de outras doenças. Os 13 demais referiram a presença de um ou mais problemas de saúde, além do acometimento cutâneo. Alerta-se sobre o fato de nove sujeitos referirem hipertensão arterial e quatro diabetes, no momento da internação. Releva-se que três sujeitos relataram a presença simultânea de complicações como a hipertensão arterial e diabetes após uso regular do corticoide para tratamento da doença cutânea, fato comum de acordo com a literatura¹¹ Destaca-se, ainda, o histórico de alergias citado por cinco participantes do estudo, conforme se observa na Tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição dos sujeitos segundo doenças pregressas

DOENÇAS PREGRESSAS	PÊNFIGO VULGAR	PÊNFIGO FOLIÁCEO	PENFIGOIDE BOLHOSO	TOTAL
Hipertensão arterial	2	-	1	3
Diabetes	1	-	-	1
Hipertensão arterial /Diabetes	1	-	-	1
Alergias ⁽⁵⁾	2	1	-	3
Hipertensão arterial/Alergia	1	-	-	1
Hipertensão arterial/ Diabetes/Alergias ⁽⁵⁾ /Outra	1 ⁽¹⁾	-	-	1
Hipertensão arterial/ Doença Renal ⁽²⁾	-	-	1	1
Hipertensão arterial/Outra	1 ⁽⁴⁾	-	-	1
Hipertensão arterial/Diabetes/Outra	-	-	1 ⁽³⁾	1
Nega	-	1	-	1
Total	9	2	3	14

Nota: (1) Pedra na vesícula; (2) Nefrectomia; (3) acidente vascular cerebral e hemorragia digestiva alta; (4)

Osteoporose; (5) Penicilina, dipirona, sulfa, poeira, perfume, detergente, esparadrapo, bijuteria, couro, pimenta, chocolate, refrigerante, café.

Em relação ao histórico de tratamento sistêmico para a doença cutânea, destaca-se que 10 dos 14 clientes já haviam utilizado corticoide oral, oito deles com diagnóstico médico de pêfingo vulgar, informaram o uso de prednisona, medicamento indicado para controle desta dermatose^{11,13}. Dos dois restantes, um deles recebeu diagnóstico médico de pêfingo foliáceo e estava fazendo uso de prednisolona antes da internação e outro, diagnosticado como penfigoide bolhoso, prednisona. Dos quatro restantes, um que apresentou quadro de penfigoide bolhoso, havia utilizado apenas corticoide tópico, enquanto dois clientes, um com pêfingo foliáceo e outro com penfigoide bolhoso informaram ausência de tratamento prévio; e um não forneceu informação.

Nesse sentido, destaca-se que dos seis clientes com quadro inicial de pêfingo, quatro, do tipo vulgar e dois foliáceo, cinco informaram que já estavam fazendo uso de corticoide sistêmico no momento da internação. Apesar do uso da medicação indicada para tratamento da doença, a internação ocorreu por falta de êxito na evolução satisfatória do quadro. A esse respeito, sobreleva-se a importância da avaliação da dose do medicamento pela equipe médica, mas também da associação dos cuidados de enfermagem ao tratamento medicamentoso. Entre eles, o atendimento especializado e personalizado, a limpeza e proteção das lesões, as orientações sobre a doença e autocuidado, além da disponibilidade para ouvir os problemas verbalizados pelos sujeitos⁸.

A esse respeito ressalta-se que somente um sujeito estava em uso de curativo com gaze vaselinada antes do início da pesquisa, porém o uso desta cobertura estava inadequado, devido a quantidade insuficiente de vaselina e a técnica utilizada durante realização do curativo. Fato que causou a aderência do curativo no leito da lesão e conseqüentemente aumento da área lesada⁸. Cinco sujeitos verbalizaram a aplicação tópica e sem proteção de corticoides tópicos, quatro associados ao tratamento sistêmico. Vale destacar que um dos sujeitos fez uso de banhos com ervas como carobinha e aroeira, fato que pode ter agravado ainda mais o quadro, de acordo com os dados da Tabela 12.

Tabela 12 - Distribuição dos sujeitos segundo o histórico de uso de produtos/medicamentos tópicos e sistêmicos para controle da doença cutânea antes da internação

ESPECIFICAÇÃO	CORTICOIDE ORAL	IMUNOSUPRESOR	ANTI BIÓTICO	ANTI HISTAMÍNICO	ANALGÉSICO	CORTICOIDE TÓPICO	VASELINA TÓPICA	SEM TRAT. PRÉVIO	N	T
Corticoide oral	3 ⁽²⁾	2 ^(A)	1 ^{(1)(D)(E)}	1 ^(B)	1	1 ^(C)	1			10
Corticoide Tópico						1 ⁽²⁾				1
Sem tratamento prévio								2 ⁽¹⁾		2
NI-Não informou									1	1
Total	3	2	1	1	1	2	1	2	1	14

Nota: (1) Um Pênfigo foliáceo; (2) Um Penfigoide bolhoso; (A) Um cliente usou Micofenolato mofetil, Biológico, outro pulsoterapia (B) Uso antibiótico e corticoide tópico; (C) Bochecho com corticoide; (D) Antifúngico, anti-histamínico, corticoide tópico, banho de erva e enxofre; (E) Carobinha e aroeira

No momento da internação releva-se que, dos nove sujeitos com pênfigo vulgar, quatro já faziam uso de corticoide, desses apenas um fazia uso exclusivo deste medicamento, enquanto os três demais utilizavam outros medicamentos como hipoglicemiante oral e analgésico respectivamente, além de reposição hormonal devido ao climatério. Apenas um cliente com esta doença já fazia uso do imunossupressor micofenolato mofetil, que atua sobre a enzima inosina monofosfato desidrogenase, responsável pela metabolização das purinas. Devido ao fato dos linfócitos utilizarem essa via de metabolização, sua inibição suprime a proliferação dos linfócitos e a formação de autoanticorpos¹⁹. Outros dois referiram uso apenas de analgésicos. Em relação aos sujeitos com pênfigo foliáceo, um estava fazendo uso de corticoide e antibióticos e outro não informou uso de medicamentos. Dos três sujeitos com penfigoide bolhoso, um usava corticoide associado a anti-hipertensivos, analgésicos e clonazepam. Outro usava anti-hipertensivos e analgésicos, e o terceiro, associava o uso de hipoglicemiantes orais com outros medicamentos, como ácido acetilsalicílico, conforme Tabela 13.

Tabela 13 - Distribuição dos sujeitos segundo medicamentos sistêmicos em uso no momento da internação

MEDICAMENTOS	CORTICOIDE	ANTI-HIPERTENSIVO	HIPOGLICEMIANTE ORAL	REPOSIÇÃO HORMONAL	ANTI BIÓTI CO	MICO FENOLATO MOFETIL	ANTI CONCEPCIONAL	ANALGÉSICO	OUT	NI	T
Corticóide	1	1 ⁽²⁾⁽³⁾	1	1	1 ⁽¹⁾	-	-	1	-	-	6
Anti-hipertensivo		-	-	-	-	-	-	1 ⁽²⁾	-	-	1
Hipo glicemiante oral			-	-	-	-	-	-	1 ⁽²⁾⁽⁴⁾	-	-
Reposição Hormonal				-	-	-	-	-	-	-	-
Antibióticos					-	-	-	-	-	-	-
Micofenolato Mofetil						1	-	-	-	-	1
Anti concepcional							1	-	-	-	1
Analgésicos								2	-	-	2
Out: Outros ⁽¹⁾									-		1
NI: Não informou										2 ⁽⁵⁾	2
Total	1	1	1	1	1	1	1	4	1	2	14

Nota: (1) Pênfigo foliáceo; (2) Penfigoide bolhoso; (3) Associado, Analgésicos e rivotril; (4) Associado, Ácidoacetilsalicílico; (5) Um deles com Pênfigo foliáceo.

Em relação ao histórico de doenças na família, destaca-se que seis clientes possuem história familiar de diabetes, três de neoplasias, e dois de hipertensão arterial, ver a Tabela 14. Fato preocupante, tendo em vista a presença de fatores predisponentes para o desenvolvimento de complicações comuns, como o diabetes e a hipertensão durante o tratamento com corticoide⁶⁶.

Tabela 14 - Distribuição dos sujeitos segundo histórico de doenças na família

DOENÇAS NA FAMÍLIA	PÊNFIGO VULGAR	PÊNFIGO FOLIÁCEO	PENFIGOIDE BOLHOSO	TOTAL
Hipertensão arterial	1	-	-	1
Diabetes	2	1	1	4
Hipertensão arterial/ Diabetes	1	-	-	-
Doença Cardíaca	1	-	-	1
Neoplasias	2	-	-	2
Neoplasias/Diabetes	1	-	-	1
Acidente Vascular Cerebral	-	1	-	1
Negação	-	-	2	2
Não sabe informar	1	-	-	1
Total	9	2	3	14

Verificou-se, que a causa do adoecimento cutâneo é desconhecida para oito sujeitos, porém, quatro alegaram causas emocionais, um estresse e outro preocupação. Sobre as causas emocionais, verbalizaram situações como nervosismo, ansiedade e agitação, adoecimento ou falecimento de ente querido, conflito religioso e ocorrência de internação anterior. Em relação às demais causas, destacaram o estresse do dia a dia e preocupação com familiar que estava no exterior. Apesar de oito clientes referirem desconhecer a causa do adoecimento, quatro informaram a ocorrência de preocupação com os filhos, aborrecimentos, dívidas e trabalho em excesso. Embora a literatura não aponte estudos que comprovem a relação entre as causas citadas e o adoecimento cutâneo, importa valorizar a fala do cliente, contemplando o cuidado além da terapêutica medicamentosa e da realização de atividades técnicas.

Diante dos dados apresentados na Tabela 15, destaca-se, para auxiliar o cliente com dermatoses imunobolhosas no processo de controle da doença, a necessidade de favorecer a exposição de sentimentos e emoções, além da disponibilidade do profissional para ouvir os problemas verbalizados pela clientela^{5,7}.

Tabela 15 - Distribuição dos sujeitos por causa do adoecimento cutâneo sob a própria ótica

CAUSA ADOECIMENTO CUTÂNEO	SUJEITO	FATO ADICIONAL INFORMADO
		Nervosismo, ansiedade e agitação
		Falecimento do pai
Emocionais	4	Conflito religioso com o marido, adoecimento da mãe e cirurgias
		Internação anterior (pneumonia)
Estresse	1	Estresse
Preocupação	1	Viagem da filha para o exterior, sem notícias
Desconhece	8	Nenhum ⁽¹⁾
		Preocupação com os filhos
		Aborrecimento
		Dívidas
		Trabalho em excesso
Total	14	-

Nota: (1) 4 sujeitos negaram a ocorrência de fato adicional.

Entre as preocupações relatadas pelos sujeitos foram citados de forma predominante aspectos relacionados especificamente a doença cutânea, entre eles, resultados dos exames e início do tratamento, apreensão, incômodo, cicatrização, recuperação. Um deles, do gênero feminino, residente em estado diferente do estado da instituição em que foi hospitalizada, citou o medo de evoluir para óbito e não ver mais a filha. Apenas uma pessoa do gênero feminino, de 27 anos, referiu preocupação em relação ao afastamento dos estudos e do trabalho, além da preocupação em saber mais sobre a doença. Tais preocupações são semelhantes às referidas por clientes com afecções cutâneas hospitalizados que participaram de um estudo durante realização de grupos de apoio⁵. Outra cliente que precisou se deslocar do seu município para ser hospitalizada referiu saudades da família. Três sujeitos idosos negaram preocupações durante a entrevista.

Sobre as expectativas dos sujeitos referentes ao que a enfermagem poderia fazer para ajudá-los, apenas cinco sujeitos citaram ações predominantemente técnicas, relacionadas especificamente aos cuidados com as lesões para promoção da cicatrização e alívio da dor física, e à administração de medicamentos. Entre as respostas de oito sujeitos, surgiu à necessidade de associar as atividades técnicas “amor e carinho”, “fazer o bem”, entre outras ações isoladas associadas como orientação, atenção, conversa. Apenas um sujeito respondeu “nada mais”, considerando que já estava hospitalizado em unidade especializada. Estes resultados ratificam a necessidade de extrapolar o paradigma atual, fortemente voltado para as atividades técnicas, apontando para a valorização de outros aspectos que são fundamentais na atenção a pessoa com afecções cutâneas^{6,7}.

Em relação às orientações que gostariam de receber da enfermagem durante a hospitalização, quatro sujeitos citaram informações sobre a doença, quatro sobre o autocuidado e quatro sobre a doença e autocuidado. Um sujeito citou que gostaria de receber informações sobre o tratamento e um negou o desejo de receber orientações.

Sobre o tempo de hospitalização, constatou-se a média de 36 dias. O menor tempo de permanência na instituição, oito dias, foi apresentado pela cliente mais jovem, com diagnóstico de pênfigo vulgar. O maior tempo de hospitalização, 99 dias, foi apresentado por uma idosa que, apesar da cicatrização das lesões características do pênfigo vulgar, apresentou problemas ortopédicos, necessitando inclusive de acompanhamento fisioterápico durante a hospitalização.

Ressalta-se que uma das clientes com pênfigo vulgar, com ICCMPV=30, solicitou alta após quatro dias de internação, devido à falta de adaptação ao ambiente. Segundo a mesma, que possui plano de saúde, não estava se adaptando ao ambiente da enfermaria de um hospital público, preferindo receber a medicação em instituição privada, com quarto privativo, fato que ratifica a

necessidade de proteger o cliente dos olhares estigmatizantes da sociedade, inclusive dentro do próprio ambiente hospitalar^{8,29}.

Na intenção de identificar as maiores causas de desconforto, modificações nos hábitos de vida após doença cutânea e as atitudes de enfrentamento dos sujeitos frente a esta situação, constata-se que a dor foi citada por 10 sujeitos do estudo, seis deles de forma isolada e os quatro demais associada a outros fatores como coceira, presença de lesões no rosto e olhares das pessoas.

Entre as atitudes utilizadas antes da internação para alívio da dor destacam-se predominantemente o uso de analgésicos, citado por oito sujeitos, além do uso de compressas e coxins durante repouso no leito. Entre as modificações nos hábitos de vida, um sujeito referiu mudança em todos os aspectos; os demais citaram isolamento, paralisação do trabalho e das atividades diárias, limitação dos movimentos, dificuldade para andar, dormir, sendo que um destacou que o adoecimento cutâneo foi a pior coisa que aconteceu em sua vida.

Em relação aos olhares estigmatizantes da sociedade e discriminação citados como causa de desconforto, as atitudes de enfrentamento relacionam-se principalmente a evitar a exposição do corpo acometido por lesões, recorrendo principalmente à mudança no vestuário, utilizando roupas mais fechadas para proteção da pele acometida por lesões. Os hábitos modificados em relação a este aspecto referem-se a não frequentar praias, parar de trabalhar, de frequentar festas, de se relacionar sexualmente devido à vergonha de si e do marido, de realizar atividade física e de ir ao cabelereiro. As estratégias utilizadas pelos sujeitos do estudo para evitar a estigmatização da sociedade, como, por exemplo, estudar em regime domiciliar, ratificam os achados científicos de estudos com clientes com afecções cutâneas realizados em um Hospital Universitário do Rio de Janeiro^{5,6}.

Atitudes como cochilar, tomar chá e banho de ervas foram citadas para alívio do desconforto físico causado pela dificuldade para dormir, mobilizar-se, ingerir líquidos e alimentos. Um dos sujeitos referiu como uma das causas do desconforto a impotência para resolver os problemas do cotidiano, na tentativa de superá-la vai ao pilates ou ao shopping fazer compras.

Apesar das mudanças nos hábitos de vida citados, importa mencionar que nenhum sujeito citou mudanças na relação com os familiares. Apenas três clientes do gênero feminino e com diagnóstico de pênfigo (uma foliáceo e duas vulgar) referiram mudanças na relação com amigos.

No que diz respeito às mudanças no ambiente de trabalho, vale destacar que nove dos sujeitos estavam aposentados e/ou afastados do trabalho. Dos cinco demais, três sujeitos citaram alterações, sendo dois deles os mesmos que perceberam a mudança na relação com amigos. Os motivos da mudança na relação com pessoas do ambiente de trabalho e com amigos, segundo os

próprios clientes, ocorrem devido à desinformação sobre a doença e consequente medo de contágio. Dos dois sujeitos restantes, ambas do gênero feminino, uma não forneceu informação, e a outra que trabalha em casa como costureira negou qualquer tipo de mudança com a freguesia. A mudança na imagem corporal provocada pelas afecções cutâneas normalmente provocam sérias repercussões, obrigando inclusive algumas pessoas a afastar-se de suas atividades laborativas⁵.

Em relação às mudanças no relacionamento sexual, destaca-se que seis sujeitos referiram que não praticavam atividade sexual independente da doença cutânea, fato justificado pelos mesmos devido à faixa etária, entre 58 e 82 anos. Sete sujeitos, na faixa etária entre 27 e 62 anos, declararam que as lesões cutâneas e/ou mucosas provocadas pela dermatose imunobolhosa inviabilizou a manutenção das relações sexuais. Entre os motivos citados destacam-se o medo de machucar e piorar a doença, principalmente nos casos de lesões na mucosa vaginal; além do fato de sentir-se feia e sem estrutura física e emocional para este tipo de prática.

Sobre o significado da internação para os sujeitos do estudo, as respostas evidenciam que para 10 deles este evento foi considerado positivo, entre elas: recuperação adequada, esperança, melhora do quadro, saúde, felicidade para resolução do problema, a cura e o amor dos profissionais de saúde, abertura de uma porta, ajuda, uma felicidade, recuperação, fazer descoberta do tratamento. Para os quatro demais, a internação significou sofrimento, sensação ruim, dificuldade de aceitação, solidão principalmente devido afastamento da família, citado por uma das clientes que teve que sair do seu estado para conseguir atendimento. Tais resultados corroboram com um publicado a partir da realização de um grupo de apoio junto aos clientes com afecções cutâneas hospitalizados em um Hospital Universitário localizado no Rio de Janeiro⁵.

5.4 Diagnósticos de enfermagem segundo NANDA identificados nos sujeitos do estudo após aplicação do PACD

Após descrição das características sociodemográficas e clínicas dos 14 sujeitos do estudo, neste subitem descreve-se os resultados referentes ao alcance dos seguintes objetivos específicos: aplicar o protocolo de avaliação do cliente em dermatologia, registrando diagnósticos, intervenções e resultados evidenciados nos clientes com dermatoses imunobolhosas; e aplicar o protocolo de

cuidados de enfermagem ao cliente com dermatoses imunobolhosas, de acordo com os diagnósticos de enfermagem encontrados.

Portanto, a seguir, são apresentados 66 dos 92 diagnósticos de enfermagem (DE) segundo NANDA listados no Protocolo de Avaliação do Cliente em Dermatologia (PACD), distribuídos nos domínios 1 e 12. Estes foram encontrados a partir da aplicação do PACD. Cada cliente apresentou no mínimo 30 e no máximo 41 DE.

Foram encontrados nos 14 sujeitos do estudo os DE segundo NANDA representados no Quadro 2.

Quadro 2 - Diagnósticos de enfermagem, respectivos domínios e classes encontrados em 14 sujeitos do estudo

DOMÍNIO	CLASSE	DIAGNÓSTICO
D1 Promoção da saúde	Controle da saúde	Proteção ineficaz
D2 Nutrição	Metabolismo	Risco de glicemia instável
	Hidratação	Risco de desequilíbrio eletrolítico
		Risco de desequilíbrio do volume de líquidos
D5 Percepção/cognição	Cognição	Conhecimento deficiente
D6 Autopercepção	Autoconceito	Risco de dignidade humana comprometida
	Imagem corporal	Distúrbio na imagem corporal
	Autoestima	Baixa autoestima situacional
D7 Papéis e relacionamentos	Desempenho de papéis	Interação social prejudicada
D9 Enfrentamento/tolerância ao estresse	Respostas de enfrentamento	Ansiedade
D11 Segurança/proteção	Riscos ambientais	Risco de contaminação
		Contaminação
	Infecção	Risco de infecção
	Lesão física	Integridade da pele prejudicada
	Termorregulação	Risco de desequilíbrio na temperatura corporal
D12 Conforto	Ambiental	Conforto prejudicado
	Físico	
	Social	
	Social	Isolamento social

O DE proteção ineficaz, definido como diminuição na capacidade de proteger-se de ameaças internas ou externas, tais como doenças ou lesões⁵³, foi encontrado nos 14 sujeitos do estudo. Estes apresentaram características definidoras como: deficiência na imunidade, imobilidade, insônia,

prejuízo da cicatrização, prurido; além dos fatores relacionados: distúrbios imunológicos, extremos de idade, nutrição inadequada e terapias com medicamentos.

A presença deste DE em todos os sujeitos traduziu a vulnerabilidade dos mesmos aos riscos físicos e biológicos, justificada não somente pela fragilidade da pele e lesões cutâneas preexistentes, mas também pelo uso de corticoides e/ou imunossupressores em altas doses. Esta vulnerabilidade foi agravada pelas repercussões emocionais e sociais decorrentes das dermatoses imunobolhosas⁸.

O DE risco de glicemia instável é definido como risco de variação dos níveis de glicose no sangue em relação aos parâmetros normais⁵³. Foi identificado em todos os sujeitos, pois apresentaram os fatores de risco: controle de medicamentos, estado de saúde física, estresse, falta de aceitação de diagnóstico, falta de adesão ao controle de diabetes, ingestão alimentar, perda ou aumento de peso, estado de saúde física, estado de saúde mental e conhecimento deficiente sobre o controle do diabetes. Ver Quadro 2.

Os fatores de risco identificados são comuns na clientela com dermatoses imunobolhosas, tendo em vista o seu efeito impactante com repercussões na saúde mental do cliente, fato agravado pelo o uso da prednisona, principal medicamento para tratamento da doença¹², sendo o diabetes um dos seus possíveis efeitos colaterais⁶⁶.

Destacam-se ainda os clientes que já apresentam alterações no nível glicêmico antes mesmo do início do corticosteroide, fato ainda mais preocupante, que exige o controle rígido dos níveis de glicemia.

Diante destas considerações, e da inexistência na NANDA International 2012-2014⁵³ de um fator de risco que especifique o uso desta medicação, sugere-se a inclusão no Domínio 2 – Nutrição (diagnóstico risco de glicemia instável) o fator de risco uso de corticosteroides. Acredita-se que este poderá auxiliar os enfermeiros na identificação deste diagnóstico, não somente na área de dermatologia, como também em diversas áreas, tendo em vista que os corticosteroides são utilizados para tratamento de diversas doenças.

O DE risco de desequilíbrio eletrolítico, ou seja, risco de mudança nos níveis de eletrólitos séricos capaz de comprometer a saúde, revelou-se também para 14 clientes com os fatores de risco: efeitos secundários relacionados ao tratamento (medicamentos), volume de líquido excessivo e volume de líquido deficiente.

O risco de desequilíbrio eletrolítico pode ocorrer devido às perdas de eletrólitos nos casos de grandes áreas erodadas e/ou exulceradas exsudativas. Nos casos específicos dos clientes com pênfigo vulgar em que as lesões na mucosa bucal podem se apresentar concomitantemente às lesões

cutâneas, este risco pode estar aumentado, devido à dificuldade de ingerir líquidos. Por outro lado, o uso dos corticosteroides pode causar hipocalemia e hipocalcemia^{13, 66}.

Conseqüentemente, pode ocorrer risco de diminuição, aumento ou rápida mudança de uma localização para outra do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular, conseqüente à perda, ao ganho, ou a ambos, dos líquidos corporais⁵³, caracterizando o DE risco de desequilíbrio do volume de líquidos, apresentado por 14 sujeitos, Quadro 2.

Apesar da ausência na NANDA International⁵³, de fatores de risco que traduzem a situação específica dos sujeitos do estudo, este DE foi identificado nos 14 sujeitos do estudo devido ao uso de corticoide em altas doses, o que causa retenção de líquidos, o que foi considerado um fator de risco. Além disso, um dos sujeitos apresentou ainda a presença do outro fator considerado de risco: perda excessiva de líquidos corporais pelas lesões cutâneas extensas. Assim recomenda-se a inclusão destes para melhor identificação deste diagnóstico.

Conhecimento deficiente é um DE definido como ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico⁵³, neste caso em relação à doença e autocuidado. A identificação deste diagnóstico foi feita a partir das características definidoras: comportamentos exagerados e/ou impróprios, verbalização do problema, segmento inadequado de instruções e seguintes fatores relacionados: falta de familiaridade com os recursos da informação, falta de interesse em aprender, interpretação errônea das informações, limitação cognitiva e falta de capacidade de recordar.

A presença deste DE em todos os sujeitos do estudo tornou-se compreensível, pois se trata de um grupo de enfermidades pouco comum¹³ não divulgada nos meios de comunicação, fato que dificulta ainda mais o acesso às informações, inclusive para entendimento do seu processo de adoecimento e adesão ao tratamento/autocuidado.

Assim, destaca-se que as pessoas acometidas por estas enfermidades necessitam obter orientações básicas necessárias, e esclarecer as próprias dúvidas. Além disso, ressaltam-se as orientações visando à alta hospitalar, que devem ser iniciadas assim que o cliente apresentar condições físicas e emocionais para recebê-las. Neste sentido, resalta-se a importância da orientação da família, principalmente na impossibilidade de manutenção dos cuidados pelo próprio no domicílio.

O DE risco de dignidade humana comprometida foi identificado nestes mesmos clientes, Quadro 2. Este é definido como risco de perda percebida de respeito e honra⁵³, sendo atribuído aos fatores de risco: estigmatização e exposição do corpo.

A inevitável exposição das lesões e a presença de odor fétido proveniente destas em alguns casos impossibilitam o direito de a pessoa omitir um problema de saúde, visto estar impresso na pele expondo-a aos olhares estigmatizantes da sociedade. Tal fato pode se associar com contágio, inviabilizando as relações sociais, a continuidade dos estudos, o trabalho e em alguns casos até mesmo o convívio familiar²⁹.

Distúrbio na imagem corporal, DE apresentado na totalidade dos clientes é definido como confusão na imagem mental do eu físico de uma pessoa⁵³. Foi identificado a partir das características definidoras: relato de percepções que refletem uma visão alterada na aparência do próprio corpo, esconder intencionalmente parte do corpo, mudança no envolvimento social, relato de mudança no estilo de vida, sentimentos negativos em relação ao corpo, além dos fatores relacionados; doença, lesão e tratamento da doença.

O DE baixa autoestima situacional, encontrado em 14 sujeitos do estudo conforme Quadro 2, é definido como risco de desenvolver uma percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual⁵³. Foi identificado devido á presença de fatores de risco como: distúrbio na imagem corporal, presença de doença física, falta de reconhecimento, mudanças no papel social e prejuízo funcional, justificados pelas mudanças físicas e sociais a partir do adoecimento cutâneo.

A presença dos DE distúrbio na imagem corporal e baixa autoestima situacional são compreensíveis diante das sérias repercussões físicas e sociais advindas do adoecimento cutâneo, que podem inclusive comprometer os planos para o futuro. A esse respeito acrescenta-se a dificuldade do cliente em compartilhar uma doença com pessoas estranhas ou até mesmo de seu convívio. Trata-se de um dos muitos desafios com os quais precisa lidar diante dos profissionais de saúde que dele cuidam e também de pessoas da família. A expressão da doença na pele denuncia que algo não vai bem, atingindo a autoestima do cliente, principalmente diante da impossibilidade de encobrir as lesões⁶⁷. Além das lesões específicas da doença, alerta-se para a possibilidade de ocorrência de efeitos colaterais do tratamento (corticoide), que também interferem na imagem corporal, entre eles, obesidade, fáceis de lua cheia, acne⁶⁶. Isso quer dizer que mesmo após a cicatrização das lesões das dermatoses imunobolhosas, a pessoa ainda pode precisar enfrentar as alterações na imagem do corpo proveniente do tratamento.

A interação social prejudicada, DE definido por quantidade insuficiente ou excessiva, ou qualidade ineficaz, de troca social⁵³, foi um DE apresentado para o mesmo número de clientes que verbalizaram desconforto em situações sociais (característica definidora), além dos fatores

relacionados isolamento terapêutico, neste caso, provocado pela hospitalização necessária para tratamento da doença.

Apesar da observação da presença deste diagnóstico na clientela foco deste estudo, observou-se a ausência na NANDA International⁵³ de um fator relacionado comum entre os clientes da área de dermatologia e que poderá contribuir para a definição do mesmo. Assim sugere-se a inclusão do fator relacionado: presença/exposição de lesões cutâneas.

Ansiedade, DE definido como vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica; sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo⁵³, foi identificado através das seguintes características definidoras: apreensão, medo, preocupação, atenção prejudicada, capacidade diminuída para aprender, dificuldade para concentrar-se, insônia, irritabilidade, inquietação, nervosismo, angústia. Também foram identificados os fatores relacionados: estresse, ameaça à função do papel, à situação econômica, ao ambiente, ao estado de saúde, aos padrões de interação e conflito inconsciente quanto às metas da vida.

Sobreleva-se que o caráter insidioso e desfigurante das dermatoses imunobolhosas, acompanhado pelo desconhecimento sobre a origem da doença e sua evolução, tendem a provocar os sentimentos que caracterizam o DE citado. Tal fato é agravado pela interrupção das atividades diárias, incluindo as laborativas, interferindo no fator econômico e na realização de planos de vida futuros.

O risco de exposição a contaminantes ambientais em doses suficientes para causar efeitos adversos à saúde define o DE risco de contaminação, foi encontrado em 14 clientes que apresentaram os fatores de risco: contato sem proteção com agentes biológicos, doenças preexistentes, como a própria dermatose imunobolhosa, diabetes, falta de curativos para proteção das lesões e idade.

A exposição a contaminantes ambientais em doses suficientes para causar efeitos adversos à saúde⁵³, que caracteriza o DE contaminação foi observada nos 14 sujeitos, conforme Quadro 2. Estes apresentaram a seguinte característica definidora: efeitos dermatológicos da exposição a agentes biológicos, além dos fatores relacionados: contato sem proteção com agentes biológicos, doenças preexistentes, falta de proteção roupas (neste caso, falta de curativos), exposições anteriores, exposições concomitantes, idade e fatores nutricionais.

Sobre os DE risco de contaminação e contaminação, constatou-se em suas características definidoras especificamente relacionadas aos agentes biológicos, e fatores relacionados

respectivamente, descritas na NANDA⁵³, a ausência do fator relacionado/de risco (externo): exposição das lesões por falta de curativo adequado. O acréscimo do mesmo contribuirá para a identificação destes diagnósticos em clientes com lesões cutâneas expostas.

O diagnóstico risco de infecção foi identificado em todos os sujeitos do estudo como se pode ver no Quadro 2, o que corresponde ao risco de ser invadido por organismos patogênicos⁵³. Este foi constatado a partir dos seguintes fatores de risco: aumento da exposição ambiental e conhecimento deficiente para evitar exposição ambiental a patógenos, defesas primárias (pele rompida, tecido traumatizado) e secundárias inadequadas (diminuição da hemoglobina, imunossupressão, resposta inflamatória suprimida), doença crônica (diabetes, obesidade).

Os DE risco de contaminação, contaminação e risco de infecção tornam-se evidentes, tendo em vista que se trata de clientes com a integridade da pele comprometida, normalmente em grande extensão, e que utilizam altas doses de corticoide para controle da doença¹³. Tal fato é agravado quando inseridos no ambiente hospitalar, onde se tornam ainda mais vulneráveis, principalmente quando os mesmos possuem outros fatores de risco como idade avançada, diabetes, entre outros. A ausência de curativos, normalmente contraindicados em muitos serviços devido ao risco de aderência no leito das lesões e pele perilesional, potencializa a vulnerabilidade do cliente aos agentes biológicos⁸. Como ocorreu neste estudo, ao chegarem à unidade de internação, os clientes apresentam contaminação em suas lesões cutâneas e/ou mucosas, devido exposição prévia das mesmas a agentes biológicos associada a fatores individuais, além da ausência de limpeza e proteção adequados. Quando se aborda a questão do ambiente, importa destacar a abrangência deste conceito para Nightingale, quando cita os elementos sujeira, umidade, odores, corrente de ar, ruídos e iluminação que afetam a saúde, envolvendo a sua inter-relação entre os aspectos psicológico, físico e social¹. Neste contexto, ressalta-se a problemática enfrentada pelos profissionais de saúde no que concerne ao cliente com dermatoses imunobolhosas hospitalizados. Diante das condições de trabalho resultantes da atual pauperização da prestação de serviços à saúde na rede pública, torna-se imprescindível disponibilizar recursos indispensáveis, do contrário, poderemos incorrer na sua banalização, resultando em iatrogenias e comprometendo ainda mais o conforto e a saúde do cliente¹.

Em relação ao DE integridade da pele prejudicada, definido como epiderme e/ou derme alteradas⁵³, apresentado pelos 14 sujeitos conforme Quadro 2, encontrou-se as seguintes características definidoras: destruição de camadas da pele e rompimento da superfície da pele.

Este DE foi constatado diante da manifestação clínica primária e fundamental das dermatoses imunobolhosas, que consiste no desenvolvimento de bolhas e/ou vesículas na pele e/ou mucosas^{11,12}, ao se romperem, originam erosões e/ou exulcerações.

Diante desse fato, sugere-se a inclusão neste DE do fator relacionado (interno): dermatose autoimune, favorecendo a identificação e melhor descrição deste diagnóstico da NANDA, em especial na área de dermatologia.

O risco de desequilíbrio na temperatura corporal, DE definido como o risco de não conseguir manter a temperatura dentro dos parâmetros normais⁵³, foi identificado nos 14 sujeitos que apresentaram os seguintes fatores de risco: doença que afeta a regulação da temperatura, exposição a extremos de temperatura ambiental, extremos de idade.

A esse respeito lembra-se que nos casos dos sujeitos do estudo a função de proteção da pele está comprometida, deixando-as vulneráveis à patógenos e às variações de temperatura do ambiente, principalmente nos casos de lesões disseminadas. Além disso, o uso de corticosteroides e imunossuppressores, utilizados para tratamento da doença, pode ocultar a hipertermia.

A falta percebida de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psíquica, ambiental, cultural e social⁵³, que define o DE conforto prejudicado foi detectada em 14 sujeitos que apresentaram as características definidoras: padrão de sono perturbado, relato de falta de satisfação com a situação, relato de sintomas de angústia, de sentir-se desconfortável; além dos seguintes fatores relacionados: efeitos secundários relacionados ao tratamento, falta de controle do ambiente, falta de privacidade, falta de controle da situação, recursos insuficientes (financeiros), sintomas relacionados à doença.

Diante das características definidoras e fatores relacionados apresentados pelos sujeitos do estudo, percebe-se que o conforto dos mesmos sofreu a influência de presença de fatores de ordem física, emocional, social e espiritual, tornando-se necessário o cuidado com vistas à integralidade. Nesse sentido, ratifica-se que apenas o cumprimento das atividades técnicas (higiene, curativos, punções venosas e administração da terapêutica medicamentosa) são insuficientes para redução do desconforto, torna-se necessária a disponibilidade do profissional para ouvir as questões trazidas pelos clientes, proporcionando a verbalização de sentimentos e emoções, além de fatores causadores de desconforto, que podem inclusive retardar ou impossibilitar a sua recuperação^{5,6}. Sobre isso, além da interação individual, considerou-se importante sugerir a participação do cliente em grupos de apoio. A verbalização sobre as situações vivenciadas a partir do adoecimento cutâneo e os sentimentos provocados pelo mesmo promovem a troca de experiência e reflexão individual e do

grupo⁶⁷. Considerando a diversidade das questões que podem surgir na interação individual ou em grupo, ratifica-se a importância e necessidade de um trabalho interdisciplinar.

O DE isolamento social, definido pela solidão experimentada pelo indivíduo e percebida como imposta por outros e como um estado negativo ou ameaçador⁵³, foi apresentado pelos 14 sujeitos que apresentaram as características definidoras: doença, afeto triste e insegurança em público; além dos fatores relacionados: alterações na aparência física e bem-estar alterado.

No caso dos sujeitos do estudo, a quantidade insuficiente de troca social ocorreu principalmente devido à visibilidade das lesões, que pode provocar sensações de insegurança e medo, agravadas pela desinformação. As expressões e ações das pessoas do meio social, fruto dessas sensações, inclusive dentro do ambiente hospitalar, fazem com que o cliente se sinta ainda mais estigmatizado, contribuindo para o aumento do seu sofrimento. Somam-se ainda as necessidades de mudança no estilo de vida da pessoa, entre elas, a recomendação de não se expor ao sol, de manter o uso diário dos medicamentos, de controlar possíveis efeitos colaterais e comparecer as consultas regularmente. Alerta-se que este DE pode estar presente durante a fase de atividade da doença e também após sua remissão. Isto porque alterações físicas como, por exemplo, máculas hipocrômicas ou hiperocrômicas residuais, além de outras alterações físicas que podem surgir devido o uso dos corticoides.

Os DE mobilidade física prejudicada, mobilidade no leito prejudicada e deambulação prejudicada foram identificados em 12 sujeitos, conforme Quadro 3.

Quadro 3 - Diagnósticos de enfermagem, respectivos domínios e classes encontrados em 12 sujeitos do estudo

DOMÍNIO	CLASSE	DIAGNÓSTICO
D4 Atividade/repouso	Atividade exercício	Mobilidade física prejudicada
		Mobilidade no leito prejudicada
		Deambulação prejudicada
	Autocuidado	Déficit no autocuidado para banho
		Déficit no autocuidado para vestir-se
D9 Enfrentamento/tolerância ao estresse	Respostas de enfrentamento	Resiliência individual prejudicada
D11 Segurança/proteção	Lesão física	Risco de integridade da pele prejudicada
	Riscos ambientais	

O DE mobilidade física prejudicada é definido como limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades⁵³. Foi identificado, a partir da

presença das características definidoras: amplitude limitada do movimento, dificuldade para virar-se, movimentos lentos, e os fatores relacionados dor, desconforto, índice de massa corporal acima dos 75% apropriados para a idade.

A mobilidade no leito prejudicada, DE definido como limitação para movimentar-se de forma independente de uma posição para outra no leito⁷⁵, foi identificada diante das características definidoras: relato de dificuldade para adormecer, amplitude limitada do movimento, capacidade prejudicada de reposicionar-se na cama, capacidade prejudicada de virar-se de um lado para outro; além dos fatores relacionados: dor e obesidade.

Em relação ao DE deambulação prejudicada, definido como limitação à movimentação independente, a pé, pelo ambiente⁵³, destaca-se a característica definidora: capacidade prejudicada para percorrer as distâncias necessárias, e os fatores relacionados: dor, equilíbrio prejudicado e obesidade.

As características definidoras e os fatores relacionados apresentados pelos clientes com mobilidade física ou no leito prejudicada e deambulação prejudicada são decorrentes principalmente das características das lesões cutâneas e/ou mucosas das dermatoses imunobolhosas que provocam dor e desconforto durante a realização de movimentos básicos. Fato agravado quando as lesões permanecem expostas, pois além do ressecamento, aderem nas roupas de uso pessoal, de cama e nas superfícies de contato. Apesar de admitidos na instituição deambulando, a presença de lesões disseminadas ou localizadas na genitália e/ou face interna das coxas nestes 12 sujeitos dificultavam o movimento, fato agravado nos idosos e nos considerados acima do peso. No caso deste estudo, lembra-se que cinco sujeitos apresentavam IMC compatível com obesidade em três adultos e sobrepeso em dois idosos. Destaca-se ainda que a redução da mobilidade ou imobilidade aumenta a vulnerabilidade para o desenvolvimento de úlceras por pressão, fato agravado pela falta de integridade da pele preexistente, além do uso de corticosteroides, alterações endócrinas como o diabetes, declaradas por quatro clientes durante entrevista, entre outros fatores intrínsecos que podem estar presentes⁶⁸.

O DE déficit no autocuidado para banho, definido como capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de banho por si mesmo⁵³ e o déficit no autocuidado para vestir-se, definido pela capacidade prejudicada de realizar ou completar atividades de vestir-se⁵³, foram apresentados por doze sujeitos que apresentaram as características definidoras: incapacidade de acessar o banheiro, de pegar os artigos e regular a água do banho, de lavar e secar o corpo, capacidade prejudicada de colocar e retirar itens de vestuários necessários e/ou retirar itens de

vestuário necessários, incapacidade de colocar roupas na parte inferior e superior do corpo, incapacidade de tirar roupas; e os fatores relacionados: dor, fraqueza e desconforto.

A dor e o desconforto provocado pelas lesões disseminadas, características das dermatoses imunobolhosas, transforma a higienização do corpo do outro, um procedimento ainda mais complexo e desafiador, pois além de ser doloroso, é preciso utilizar técnicas adequadas para prevenir infecções e o aparecimento de outras lesões. Neste sentido, destaca-se que o procedimento se inicia na retirada cuidadosa das roupas e do curativo visando prevenir traumas e qualquer descolamento da pele devido aderência, além da limpeza do corpo normalmente acometido por lesões de diferentes características (bolhosas, erodadas, exulceradas e crostosas). Apesar da complexidade do procedimento, o banho diário é essencial para a promoção do conforto e bem-estar do cliente e prevenção de complicações, tendo em vista o acúmulo de exsudato e odor característico das lesões, principalmente nos casos de pênfigo vulgar/foliáceo.

A esse respeito alerta-se para a necessidade da disponibilidade do enfermeiro e equipe para realizar e/ou auxiliar o cliente durante o procedimento, estimulando sempre que possível o autocuidado. Lembra-se aos enfermeiros que o momento do banho deve ser oportunizado para avaliação diária das lesões e sua evolução, atentando para o surgimento de novas lesões que indicam manutenção da atividade da doença, além de ser um momento propício para manter o diálogo e orientação, procurando esclarecer as dúvidas apresentadas pelo mesmo.

A capacidade reduzida de manter um padrão de respostas positivas a uma situação ou crise adversa⁵³, que caracteriza o DE resiliência individual prejudicada, foi apresentada por 12 sujeitos com as seguintes características definidoras: baixa autoestima, isolamento social e vergonha; além dos fatores relacionados transtornos psicológicos e economicamente desfavorecido.

As repercussões físicas, emocionais e sociais provocadas pelas dermatoses imunobolhosas reduzem fortemente a capacidade do indivíduo para responder de forma otimista a situação apresentada. Apesar disso, percebe-se que o atendimento de saúde tem sido potencialmente voltado para a administração de medicamentos, com pouca atenção para outros aspectos. A esse respeito, menciona-se a necessidade de um cuidado que vai além dos curativos e da terapêutica medicamentosa, que privilegia a participação do cliente em todas as fases do tratamento. A esse respeito ressalta-se que para o cuidado ser efetivo, deve ser construído no dia a dia, na relação que se estabelece com cada cliente, representando um dos pressupostos que norteia o cuidado ao cliente com afecções cutâneas⁹¹, incluindo as dermatoses imunobolhosas. Assim, torna-se necessário incorporar ao atendimento de enfermagem outros elementos, como a disponibilidade, a atenção, a

interação, que proporcionarão ao profissional a oportunidade de conhecer o contexto da realidade existencial de cada cliente.

O DE risco de integridade da pele prejudicada, definido como risco de epiderme e/ou derme alteradas⁵³ foi encontrado nos 12 sujeitos que apresentaram os fatores de risco externos e internos: mecânicos (pressão, forças abrasivas), imunológicos, medicamentos, extremos de idade, imobilização física, secreções, excreções, estado nutricional desequilibrado, pele úmida e sensações prejudicadas.

Ao identificar este DE nos sujeitos do estudo, percebeu-se a ausência na NANDA International⁵³ de um fator de risco que aponte a existência de lesões preexistentes, e conseqüentemente o aumento do risco de desenvolvimento de outras lesões. Tal fato é comum nos clientes com dermatoses imunobolhosas ou com outras doenças cutâneas que além de alterar as camadas da pele, reduzem a mobilidade do cliente, potencializando o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão. Assim, propõe-se a inserção do fator de risco (interno): doença cutânea preexistente.

Diante da integridade da pele previamente comprometida do cliente com dermatoses imunobolhosas, em especial, dos que possuem as do tipo intraepidérmicas, lembra-se não somente a vulnerabilidade aumentada dos mesmos para o desenvolvimento de úlceras por pressão, mas também o risco de desenvolvimento de outras lesões. Estas podem ser causadas por uma simples pressão na pele durante realização de procedimentos rotineiros, como mudança de decúbito, uso do esfíngnomanômetro, de garrotes e adesivos durante punção venosa, e até mesmo ao tocar o cliente durante transporte e/ou caminhada⁸. Esta especificidade desta clientela torna o cuidar de enfermagem muito mais complexo e desafiador.

O risco de diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada de eliminação de fezes difícil ou incompleta e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas⁵³ que define o DE risco de constipação, foi apresentado por 11 sujeitos, com os fatores relacionados: uso de carbonato de cálcio, atividade física insuficiente, ingesta insuficiente de líquidos, ingestão insuficiente de fibras e uso de sedativos, Quadro 4.

Quadro 4 - Diagnósticos de enfermagem, respectivos domínios e classes encontrados em 11 sujeitos do estudo

DOMÍNIO	CLASSE	DIAGNÓSTICO
D3 Eliminação e troca	Função gastrointestinal	Risco de constipação
D9 Enfrentamento/tolerância ao estresse	Respostas de enfrentamento	Sobrecarga de estresse
D11 Segurança/proteção	Lesão física	Risco de lesão
		Dentição prejudicada
D12 conforto	Físico	Dor aguda

O DE sobrecarga de estresse, definido por excessivas quantidades e tipos de demandas que requerem ação⁵³, foi encontrado entre os 11 sujeitos, conforme Quadro 4, que apresentaram as características definidoras: demonstra ou relata aumento de sentimento de impaciência, relata estresse emocional como excessivo, além dos fatores relacionados: estressores intensos, múltiplos estressores concomitantes, recursos inadequados (financeiros, sociais, educacionais).

Os fatores relacionados a este DE surgem não somente pelo efeito surpreendente do adoecimento cutâneo, mas também pelas consequências do mesmo na vida do cliente, obrigando-o a se afastar de atividades rotineiras, relacionadas ao lar, a família; ao estudo; trabalho, que consequentemente reduz ou interrompe os rendimentos; ao lazer; além do adiamento dos planos para o futuro.

O risco de lesão definido como resultado de condições ambientais interagindo com os recursos adaptativos e defensivos do indivíduo⁵³, foi identificado nos 11 sujeitos, que apresentaram os seguintes fatores de risco: disfunção imune/autoimune (interno), físicos (externos). Ver Quadro 4.

O fator de risco interno (imune/autoimune) torna-se óbvio á medida que o estudo se relaciona aos clientes com dermatoses imunobolhosas, grupo de doenças que a fisiopatologia resulta na falta de adesão celular e consequentemente na fragilidade da pele^{11,12}, deixando-a mais vulnerável à lesão. Os fatores de risco físico (externos) encontrados referem-se à estrutura e organização dos cenários onde o estudo foi realizado, que nem sempre dispõem de recursos físicos adequados para evitar acidentes, como pisos antiderrapantes, escada próxima ao leito, suportes de apoio próximos aos chuveiros e vasos sanitários, campainha, entre outros recursos.

A dentição prejudicada, DE descrito como distúrbios nos padrões de desenvolvimento/erupção dentário ou na integridade estrutural dos dentes de um indivíduo⁵³ foi apresentado por 11 sujeitos com as características definidoras: dentes estragados, falta de alguns

dentes, ausência de dentes, dor de dente; e os fatores relacionados: falta de acesso à cuidados profissionais, conhecimento deficiente a respeito da saúde dental, higiene oral ineficaz, economicamente desfavorecido. Ver Quadro 4.

Sobre este diagnóstico ressalta-se o número considerável de sujeitos que apresentaram problemas dentários e que necessitam de atendimento especializado, fato agravado por se tratar de pessoas que possuem uma doença cutânea autoimune, e que podem apresentar lesões na mucosa bucal, além de apresentarem-se imunossuprimidos devido o tratamento da doença. A esse respeito, mencionam-se as limitações da equipe de saúde que atua em unidade de internação hospitalar que não possui disponibilidade de profissionais da área de odontologia para atendimento às necessidades da clientela. Sobre isso, destaca-se que entre os 11 sujeitos que apresentaram este DE, um apresentou queixa de “dor de dente” durante o período de internação e realização da pesquisa, sendo encaminhado e atendido pelo serviço de bucomaxilo existente na instituição.

A dor aguda, experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível de duração de menos de seis meses⁵³, foi um DE apresentado por 11 sujeitos, conforme mostra o Quadro 4. Nestes, foram identificadas as seguintes características definidoras: distúrbio no padrão de sono, evidência observada de dor, expressão facial, posição para evitar a dor, relato verbal de dor, comportamento expressivo (agitação, gemido, choro, irritabilidade).

A esse respeito, ressalta-se que três sujeitos negaram dor, porém relataram um “incômodo”. Sobre as características desses sujeitos, destaca-se um do gênero feminino, e dois do gênero masculino, dois deles com 52 anos e com diagnóstico médico de pênfigo vulgar. O primeiro com lesões localizadas de forma mais expressiva no couro cabeludo, além de cavidade oral e pequenas lesões no tórax; o segundo com lesões nos membros superiores, tórax, dorsal e membros inferiores. O terceiro, masculino, idoso com diagnóstico médico de penfigóide bolhoso, com lesões bolhosas extensas, localizadas principalmente nos membros superiores e inferiores. Tal fato, apesar de curioso é confirmado pela literatura quando cita que a dor pode estar presente¹³.

A insônia, um DE definido pelo distúrbio na quantidade e na qualidade do sono que prejudica o funcionamento normal de uma pessoa⁵³ foi apresentado por nove sujeitos do estudo, conforme Quadro 5. Estes apresentaram as características definidoras: falta de energia observada, relato de dificuldade para adormecer, para permanecer dormindo, e de sono não restaurador; além

dos fatores relacionados: ansiedade (pensamentos ruminantes pré-sono), estresse e desconforto físico (dor).

Quadro 5 - Diagnósticos de enfermagem, respectivos domínios e classes encontrados em nove, oito e sete sujeitos do estudo

DOMÍNIO	CLASSE	DIAGNÓSTICO
<i>Nove sujeitos</i>		
D4 Atividade/repouso	Sono/repouso	Insônia
D11 Segurança/proteção	Lesão física	Mucosa oral prejudicada
<i>Oito sujeitos</i>		
D1 Promoção da saúde	Percepção da saúde	Estilo de vida sedentário
	Controle da saúde	Autocontrole ineficaz da saúde
D4 Atividade/repouso	Autocuidado	Disposição para melhora do autocuidado
D9 Enfrentamento/tolerância ao estresse	Respostas de Enfrentamento	Disposição para enfrentamento melhorado
D10 Princípios da vida	Valores	Disposição para melhora da esperança
D12 Conforto	Conforto físico	Disposição para melhora do conforto
<i>Sete sujeitos</i>		
D7 Papéis e relacionamentos	Relações familiares	Processos familiares disfuncionais
D8 Sexualidade	Função sexual	Disfunção sexual
D11 Segurança/proteção	Lesão física	Risco de trauma
		Risco de quedas

Apesar de nove sujeitos apresentarem este DE, apenas três possuíam prescrição do medicamento clonazepan, nas doses entre 1 a 2 mg dia. A esse respeito, destaca-se que dois sujeitos já faziam uso da medicação de forma regular no domicílio e um iniciou o uso no ambiente hospitalar devido à própria doença cutânea.

A presença de lesão nos lábios e tecidos moles da cavidade oral⁵³ que define o DE mucosa oral prejudicada foi identificada em nove sujeitos do estudo, Quadro 5, que apresentaram as características definidoras: desconforto oral, dificuldade para comer, dor oral, lesões orais úlceras orais, língua saburrosa, sangramento, porém não foram identificados fatores relacionados.

Apesar da constatação deste DE em nove sujeitos, ressalta-se a ausência na NANDA⁵³ do fator relacionado: doença autoimune. A inclusão deste poderá facilitar a detecção deste diagnóstico.

Algumas características definidoras encontradas como desconforto oral, dor oral, úlceras orais, dificultam a higienização, a ingestão de alimentos e até mesmo hídrica, desencadeando outras

características como língua saburrosa e sangramento que ratificam a presença deste DE. Além disso, a dificuldade para comer, dependendo do tempo que o cliente permanece com as lesões, pode causar sérios problemas nutricionais, que inclusive retardam a cicatrização das lesões.

O estilo de vida sedentário, um DE que se refere a um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física⁵³ foi identificado em oito sujeitos, Quadro 5. Estes apresentaram as características definidoras: demonstra falta de condicionamento físico, verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico, escolhe uma vida diária sem exercícios físicos; e fatores relacionados falta de interesse, de motivação e de recursos, e conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde.

O sedentarismo torna-se um complicador, tendo em vista os benefícios físicos, psicológicos e sociais da prática de atividade física regular que contribuem para a manutenção das funções físicas e cognitivas, além de reduzir os riscos de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e osteoporose, complicações que podem surgir durante o tratamento das dermatoses imunobolhosas. Em relação ao aspecto psicossocial, ressalta-se a redução do estresse, a melhora da autoimagem, o aumento da autoestima e do bem-estar⁶⁹. Acrescenta-se ainda que os seis sujeitos que não apresentaram este DE, podem se tornar sedentários, tendo em vista as repercussões do adoecimento cutâneo em suas vidas.

O DE autocontrole ineficaz da saúde, considerado um padrão irregular e integração à vida diária de um regime terapêutico para tratamento de doenças e suas sequelas que é insatisfatório para alcançar as metas específicas de saúde, foi apresentado por oito sujeitos, conforme Quadro 5. Nestes foram identificadas as características definidoras: escolhas da vida diária ineficazes para atingir as metas de saúde; expressão de desejo de controlar a doença; expressão de dificuldades com os regimes prescritos, falha em agir para reduzir fatores de risco; falha em incluir regimes de tratamento à vida diária; além dos fatores relacionados: complexidade do regime terapêutico, conflito familiar, déficit de apoio social, déficit de conhecimento, demandas excessivas, dificuldades econômicas, gravidade percebida, impotência, suscetibilidade percebida.

Considerando a diversidade de aspectos e complexidade que envolve o autocontrole da saúde, trata-se de um DE que em muitos casos extrapola as capacidades, condições físicas, emocionais e sociais do cliente e também os limites e competências da equipe de saúde.

O DE disposição para melhora do autocuidado é definido como um padrão de realização de atividades para si mesmo que ajuda a atingir as metas relativas à saúde e pode ser fortalecido⁵³. As características que favorecem significativamente o processo de recuperação e controle da doença e

que definiram este DE em oito sujeitos, conforme indica o Quadro 5 foram: o relato de aumentar a independência na manutenção da saúde/bem-estar e desejo de aumentar o autocuidado.

A disposição para enfrentamento melhorado, DE definido como um padrão de esforços comportamentais e cognitivos para lidar com demandas que é suficiente para o bem-estar e pode ser reforçado⁵³, também foi apresentado por oito sujeitos, Quadro 5, devido à presença das características definidoras: procura conhecer novas estratégias, utiliza recursos espirituais e grande variedade de estratégias voltadas à emoção.

Estes mesmos sujeitos expressaram o desejo de intensificar a crença nas possibilidades, na esperança e de reforçar o sentimento de sentido à vida, características definidoras do DE disposição para melhora da esperança, que é definido como padrão de expectativas e desejos para mobilizar energia em benefício próprio que é suficiente para o bem-estar e pode ser fortalecido⁵³. Ver Quadro 5.

A disposição para melhora do conforto, DE que se refere ao padrão de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e/ou social que é suficiente para o bem-estar e pode ser fortalecido⁵³ também foi apresentado por oito clientes, Quadro 5, que expressaram desejo de aumentar o conforto, de aumentar o relaxamento, de intensificar a resolução das queixas, consideradas características definidoras.

Sobre estes quatro DE, chama a atenção que, apesar do sofrimento e limitações inerentes a doença, oito sujeitos do gênero feminino, quatro delas idosas, mostraram-se dispostas a manter o seu autocuidado, utilizando os recursos e possibilidades de enfrentamento, entre eles a fé e a esperança, fato que facilitou as ações de enfermagem, à medida que pode contar com a participação ativa do cliente no processo. Conforme cita Kolcaba^{10,33}, à medida que o conforto era promovido pelas intervenções de enfermagem propostas no PCECDI, a disposição das mesmas para o autocuidado, para o enfrentamento da doença e maximização do conforto aumentava, e conseqüentemente a esperança.

As funções psicossociais, espirituais e fisiológicas da unidade familiar estão cronicamente desorganizadas, levando ao conflito, à negação de problemas, à resistência a mudanças, à resolução ineficaz de problemas e uma série de crises autoperpetuadas⁵³, definindo o DE processos familiares disfuncionais, encontrado em sete sujeitos. Ver Quadro 5. Estes apresentaram as características definidoras: doenças físicas relacionadas ao estresse, incapacidade de adaptar-se à mudanças e de lidar com conflitos, dependência, conflito crescente; além dos fatores relacionados: habilidades de enfrentamento inadequadas e falta de habilidade para resolver problemas.

As dermatoses imunobolhosas podem causar ou agravar problemas preexistentes na relação com a família, companheiro. Este aspecto torna-se extremamente importante durante a avaliação do cliente, tendo em vista a necessidade do apoio/suporte familiar no enfrentamento e posterior controle da mesma. Tal fato pode ser agravado diante das repercussões econômicas que também podem ocorrer a partir do acometimento cutâneo. Fato agravado quando se trata de idosos, tendo em vista a aumento da dependência e os gastos com o tratamento e cuidados.

O estado em que o indivíduo passa por mudança na função sexual, durante as fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, que é vista como insatisfatória, não recompensadora, inadequada⁵³, define o DE disfunção sexual, identificado em sete sujeitos, conforme Quadro 5. Estes apresentaram as seguintes características definidoras: verbalização do problema, limitações percebidas/reais impostas pela doença, deficiência percebida de desejo sexual; além dos fatores relacionados: estrutura e função corporal alterada e vulnerabilidade.

Apesar da identificação destas características definidoras e fatores relacionados em sete sujeitos, destaca-se a falta na NANDA de outros fatores que poderão contribuir para identificação deste DE especialmente nos clientes com afecções cutâneas. Assim sugere-se a inclusão dos seguintes fatores relacionados: presença de lesões cutâneas, alteração na autoimagem e baixa autoestima.

Ressalta-se que os outros 50% dos clientes não apresentaram este DE por relatarem durante a entrevista que não tinham vida sexual ativa, justificada por ausência de companheiro, viuvez ou idade avançada. Ao avaliar as influências do acometimento cutâneo sobre este aspecto nos clientes que apresentaram as características definidoras e fatores relacionados mencionados, constata-se que as dermatoses imunobolhosas interferem fortemente no aspecto físico e emocional do indivíduo, trazendo sérias repercussões no que diz respeito à sua autoimagem e autoestima, inviabilizando o desejo e a atividade sexual.

Os DE risco de quedas definido pelo risco de suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico⁵³, e o risco de lesão tecidual acidental (ferida, fratura)⁵³ que define o DE risco de trauma foi constatado em sete sujeitos, conforme pode ser observado no Quadro 5. Estes apresentaram os fatores de risco: equilíbrio prejudicado, idade acima de 65 anos, dificuldade na marcha, mobilidade física prejudicada, equilíbrio prejudicado, fraqueza, anemia, força diminuída nas extremidades inferiores, problemas nos pés, agentes ansiolíticos camas altas, ausência de material antiderrapante no box do chuveiro, pisos escorregadios.

Os fatores de risco que definem estes DE foram apresentados principalmente pelos sujeitos idosos, fato agravado pela estrutura física e indisponibilidade de recursos especificamente voltados para prevenção de acidentes, como pisos antiderrapantes, escada próxima ao leito, suportes de apoio próximos aos chuveiros e vasos sanitários, campainha, entre outros recursos.

Os demais DE, apesar de encontrados em menos de 50% dos 14 sujeitos, também foram descritos a seguir com as respectivas características definidores e fatores relacionados.

A deglutição prejudicada, considerada funcionamento anormal do mecanismo de deglutição associado a déficit na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica, foi um DE encontrado em seis dos 14 sujeitos, conforme a Quadro 6, pois apresentaram as características definidoras: evidência observada de dificuldade para deglutir, limitação do volume, odinofagia e recusa em alimentar-se.

Quadro 6 – Diagnósticos de enfermagem, respectivos domínios e classes encontrados em seis, cinco, quatro e três sujeitos do estudo

DOMÍNIO	CLASSE	DIAGNÓSTICO
<i>Seis sujeitos</i>		
D2 Nutrição	Ingestão	Deglutição prejudicada
D4 Atividade/Repouso	Autocuidado	Déficit no autocuidado para alimentação
D9 Enfrentamento/tolerância ao estresse	Respostas de enfrentamento	Medo
<i>Cinco sujeitos</i>		
D4 Atividade/Repouso	Sono/ repouso	Padrão de sono prejudicado
D11 Segurança/proteção	Processos defensivos	Risco de resposta alérgica
<i>Quatro sujeitos</i>		
D4 Atividade/Repouso	Atividade-exercício	Capacidade de transferência prejudicada
<i>Três sujeitos</i>		
D9 Enfrentamento/tolerância ao estresse	Respostas de Enfrentamento	Enfrentamento ineficaz
D9 Enfrentamento/tolerância ao estresse	Respostas pós-trauma	Síndrome do estresse por mudança
D10 Princípios da vida	Coerência entre valores – crenças- atos	Risco de sofrimento espiritual
	Crenças	Disposição para bem-estar espiritual melhorado

O mesmo número de sujeitos, conforme Quadro 6, apresentou o DE déficit no autocuidado para alimentação, definido pela capacidade prejudicada de desempenhar ou completar atividades de alimentação. Este foi identificado devido à presença de características definidoras como:

incapacidade de abrir recipientes, levar os alimentos de um recipiente à boca; de movimentar alimentos na boca e de mastigar alimentos.

Entre os que receberam estes DE, houve predomínio de clientes com pênfigo vulgar, doença que em geral se inicia com a presença de lesões dolorosas e em número variável na mucosa bucal¹³, fato que dificulta a deglutição de alimentos⁸. Além da presença de lesões na mucosa bucal, acrescenta-se a dificuldade de mobilização que pode estar presente nos casos de lesões cutâneas associadas. Ressalta-se entre tais sujeitos um com penfigoide bolhoso, que, apesar de não possuir lesões na mucosa bucal, apresentava lesões bolhosas extensas nos membros superiores, inclusive nas mãos, inviabilizando a manipulação de utensílios.

O medo, DE definido como resposta à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo⁵³, foi identificado em seis sujeitos, conforme mostra a Quadro 6, que referiram as características definidoras: nervosismo, apreensão, tensão aumentada e autosssegurança diminuída, e o fator relacionado: separação do sistema de apoio em situação potencialmente estressante (hospitalização).

As características definidoras citadas são comuns nos clientes que apresentam dermatoses imunobolhosas, não somente pelo seu caráter insidioso e desfigurante, mas também pelo conhecimento deficiente, DE apresentado pelos 14 sujeitos sobre o processo de adoecimento e evolutivo da doença. A este fato soma-se o processo de hospitalização e consequente afastamento do lar e dos familiares.

Embora a insônia tenha sido um DE apresentado por nove sujeitos, ressalta-se que os demais, ou seja, cinco, de acordo com o Quadro 6, apresentaram o diagnóstico padrão de sono prejudicado, definido por interrupções da quantidade e da qualidade do sono, limitadas pelo tempo, decorrentes de fatores externos⁵³. Este foi identificado nos sujeitos que referiram insatisfação, mudança no padrão normal de sono e relatos de dificuldade para dormir, consideradas características definidoras, além dos fatores relacionados: interrupções, falta de privacidade/controle do sono, mobiliário estranho para dormir, temperatura/umidade do ambiente.

Como se pode perceber, além do desconforto ocasionado pela falta de integridade da pele, este DE relacionou-se também às mudanças decorrentes da hospitalização, que obrigam o cliente a adaptar-se a um novo ambiente. No caso de internação em enfermaria, como ocorreu com 13 sujeitos do estudo, destacam-se problemas como exposição excessiva aos demais clientes e profissionais de saúde, ruídos, iluminação nas 24 horas, entre outras intercorrências comuns que ocorrem em uma unidade de internação coletiva, como, por exemplo, a necessidade de atendimento

a clientes graves que requerem intervenções nas 24 horas. A estes fatores soma-se o mobiliário estranho, em especial o colchão e o leito hospitalar.

Destaca-se ainda a observação em cinco sujeitos do DE risco de resposta alérgica, definido como risco de uma resposta ou reação imunológica exagerada a substâncias⁵³ naqueles com os fatores de risco: medicamentos, substâncias no ambiente e alimentos. Ver Quadro 6.

Apesar da redução do risco de alergias devido ao uso de corticoide e/ou imunossuppressores em altas doses, normalmente utilizados para controle das dermatoses imunobolhosas como PV, PF e PB^{11,13}, este risco foi identificado tendo em vista a história prévia de alergias. Apesar disso, considera-se importante mencionar a possibilidade de reações, mesmo nos indivíduos sem história prévia.

A limitação ao movimento independente entre duas superfícies próximas⁵³ que define o DE capacidade de transferência prejudicada foi identificada em quatro sujeitos. Ver o Quadro 6. Estes apresentaram incapacidade de transferir-se da cadeira para cama e vice-versa, da cadeira/cama para a posição em pé e vice-versa, para o vaso sanitário, para dentro e fora do chuveiro (características definidoras); além dos fatores relacionados: dor, equilíbrio prejudicado, força muscular insuficiente, limitações ambientais e obesidade.

Entre os sujeitos que apresentaram as características definidoras e fatores inerentes a este DE destacam-se principalmente os idosos com lesões extensas, fato agravado pela estrutura física e indisponibilidade de recursos materiais adequados.

A incapacidade de desenvolver uma avaliação válida dos estressores, a escolha inadequada das respostas praticadas e/ou a incapacidade de utilizar os recursos disponíveis⁵³ definem o DE enfrentamento ineficaz. As características definidoras apresentadas em três casos, no Quadro 6, foram: alta taxa de doença, relato de incapacidade de enfrentamento, falta de comportamento relacionado à resolução de problemas, incapacidade de lidar conforme as instruções, incapacidade de satisfazer às necessidades básicas; além dos fatores relacionados: crise situacional e alto grau de ameaça.

O distúrbio fisiológico e/ou psicossocial decorrente de mudanças de um ambiente para outro⁵³ define o DE síndrome do estresse por mudança identificado em dois sujeitos, que apresentaram ansiedade, distúrbio no padrão de sono, baixa autoestima crônica e ou situacional, preocupação; além dos fatores relacionados: falta de um sistema adequado de apoio, imprevisibilidade da experiência, mudança de ambiente, saúde psicossocial prejudicada. Ver Quadro 6.

Estes mesmos clientes apresentaram risco de sofrimento espiritual, DE definido como risco de capacidade prejudicada de experimentar e integrar significado e objetivo à vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com os outros, a arte, a música, a literatura, a natureza e/ou um ser maior⁵³. Entre os três sujeitos encontraram-se os fatores de risco: mudanças no ambiente (ambientais), mudanças de vida (desenvolvimentais), ansiedade, baixa autoestima, estresse, separação dos sistemas de apoio (psicossociais), doença crônica, doença física (físicos). Ver Quadro 6.

A respeito destes DE, sobrelevam-se as mudanças relacionadas ao processo de hospitalização e conseqüente necessidade de adaptação a este ambiente. Nesse sentido destaca-se ainda o aumento da exposição, tendo em vista que 13 dos 14 sujeitos permaneceram em enfermarias, tendo que compartilhar o espaço com os demais clientes hospitalizados, inclusive o banheiro de uso coletivo. Além da dor e desconforto próprios da doença, o indivíduo ainda tem que lidar com ameaças devastadoras, como o risco de infecção, a perda do emprego, da dignidade, da vida social, da relação com o companheiro e com pessoas queridas, enfim de manter uma normal. A gravidade da doença em muitos casos pode inclusive oferecer risco à vida.

Para reduzir os fatores de risco que levam a estes DE, torna-se imprescindível a atuação multidisciplinar, visando o uso de todos os recursos disponíveis para controle da doença, sendo indispensável resgatar a fé e a esperança e as capacidades de enfrentamento.

O DE disposição para bem-estar espiritual melhorado, definido por padrão de experimentar e integrar significado e objetivo à vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com os outros, a arte, a música, a literatura, a natureza e/ou com um ser maior que é suficiente para o bem-estar e pode ser melhorado⁵³, foi identificado em três sujeitos, todas do gênero feminino com as seguintes características: lê literatura espiritual (ligação com a arte, a música, a literatura e a natureza), presta serviços a outros (ligação com os outros), participa de atividades religiosas, reza (ligação com um ser maior), expressa desejo de aumentar a esperança e de aumentar o enfrentamento (ligações consigo mesmo). Ver Quadro 6.

A disposição para utilizar recursos espirituais e estratégias voltadas para a emoção, além da manutenção da fé, da esperança e a mobilização interna em torno do fortalecimento de si são considerados indispensáveis para superar o sofrimento imposto pelas dermatoses imunobolhosas.

O DE intolerância à atividade, definido como energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas⁵³, foi revelado nos dois sujeitos, conforme Quadro 7. Estes apresentaram as seguintes características: desconforto aos

esforços, relato de fadiga e de fraqueza; além dos fatores relacionados fraqueza generalizada e imobilidade.

A presença deste DE em dois sujeitos, conforme o Quadro 7, alertou para a necessidade de manter observação constante, principalmente durante a realização da higiene e curativos que costumam ser demorados, e investir na prevenção de acidentes (quedas, lesões, traumas) e nas ações que requerem maior esforço físico do cliente.

Quadro 7 – Diagnósticos de enfermagem, respectivos domínios e classes encontrados em dois e um sujeitos do estudo

DOMÍNIO	CLASSE	DIAGNÓSTICO
<i>Dois sujeitos</i>		
D4 atividade/repouso	Respostas cardiovasculares - pulmonares	Intolerância à atividade
D5 Percepção/Cognição	Cognição	Disposição para conhecimento melhorado
D11 Segurança/Proteção	Lesão Física	Risco de sangramento
<i>Um sujeito</i>		
D1 promoção da saúde	Controle da Saúde	Comportamento de saúde propenso a risco
D2 Nutrição	Metabolismo	Risco de função hepática prejudicada
D3 Eliminação e troca	Função gastrointestinal	Constipação
D4 Atividade/repouso	Respostas cardiovasculares pulmonares	Risco de perfusão renal ineficaz
D5 Percepção/Cognição	Cognição	Confusão aguda
		Confusão crônica
		Memória prejudicada
D5 Percepção/Cognição	Comunicação	Comunicação verbal prejudicada
D7 Papéis e relacionamentos	Desempenho de papéis	Relacionamento ineficaz
D10 Princípios da vida	Coerência entre valores-crenças-atos	Falta de adesão
D11 Segurança/proteção	Lesão física	Integridade tissular prejudicada

A presença ou aquisição de informações cognitivas sobre um tópico específico é suficiente para alcançar objetivos relacionados à saúde e pode ser fortalecido⁵³ define o DE disposição para conhecimento melhorado, que foi identificado em apenas dois sujeitos, conforme mostra o Quadro 7, a partir da expressão dos mesmos sobre o interesse em aprender.

A esse respeito, lembra-se que todos os sujeitos do estudo apresentaram o DE conhecimento deficiente, fato que revela o número pouco significativo de clientes que expressaram desejo de aprender (Ver Quadro 2). Este pode ser explicado pela condição de instabilidade física e emocional,

além da dor e desconforto em que se encontravam os sujeitos, impedindo a disponibilidade dos mesmos para aquisição de novos conhecimentos. Sobre isso, informa-se que, no período da pesquisa, as questões dos clientes se limitavam especificamente à origem da doença, sua evolução e possibilidades de tratamento, a maioria, sem demonstrar grande interesse em aprofundamentos. Para exemplificar, cita-se que um dos sujeitos, com nível superior chegou a verbalizar que não queria saber muito, aprofundar o conhecimento, somente saber o essencial, referindo que tinha medo do que poderia ouvir em relação ao seu adoecimento. Em relação às características dois sujeitos que apresentaram o referido DE, informa-se que ambos são do gênero feminino, um com 26 anos, diagnóstico médico de PV e curso superior em andamento, enquanto o outro, com 45 anos, diagnóstico médico de PF e 1º grau incompleto.

O risco de redução no volume de sangue capaz de comprometer a saúde⁵³ define o DE risco de sangramento identificado, de acordo com o Quadro 7 em dois sujeitos, que apresentaram os fatores de risco: efeitos secundários relacionados ao tratamento (medicamentos), distúrbios gastrointestinais (doença ulcerativa gástrica).

Sobre este DE, vale mencionar que um dos clientes apresentou história de úlcera gástrica, porém outro, sangramento intenso proveniente das lesões cutâneas (exulcerações extensas), inclusive necessitou dias após a realização da pesquisa, ser submetido à hemotransfusão. A esse respeito, ressalta-se a inexistência do fator de risco: exulcerações extensas no NANDA International⁵³. Diante desse fato recomenda-se a inclusão do mesmo para contemplar a identificação deste DE nos clientes que apresentam lesões cutâneas disseminadas, com comprometimento da derme.

O risco de redução na circulação sanguínea para os rins, que pode comprometer a saúde⁵³, define o DE risco de perfusão renal ineficaz. Este, conforme Quadro 7, foi identificado em um sujeito que apresentou os fatores de risco: idade avançada, exposição à nefrotóxicos e infecção.

Devido à gravidade do quadro, que se mantinha irresponsivo à terapêutica medicamentosa, um dos sujeitos do estudo apresentou ICCMPV=100, e consequentemente os três DE: risco de sangramento, risco de desequilíbrio do volume de líquidos e risco de perfusão renal ineficaz.

O comportamento de saúde propenso a risco, DE de acordo com o Quadro 7 foi detectado em um sujeito com pênfigo vulgar. É definido pela incapacidade de modificar estilo de vida/comportamentos de forma compatível com mudanças no estado de saúde⁵³. Este se relacionou às características definidoras: demonstra não aceitação no estado de saúde, não consegue agir de forma a prevenir problemas de saúde e não consegue alcançar completa sensação de controle, além

dos fatores relacionados: atitude negativa em relação aos cuidados de saúde, baixa condição econômica, múltiplos estressores, tabagismo.

A falta de adesão, comportamento da pessoa e/ou cuidador que deixa de coincidir com um plano de promoção da saúde ou terapêutico acordado entre a pessoa (e/ou família e/ou comunidade) e o profissional de saúde. Na presença de um plano de promoção da saúde ou terapêutico acordado, o comportamento da pessoa ou do cuidador é total ou parcialmente não aderente e pode levar a resultados clinicamente não efetivos ou parcialmente efetivos⁵³, foi um DE constatado pelo mesmo sujeito que apresentou o DE comportamento de saúde propenso a risco, devido comportamento indicativo de falta de aderência, evidência de desenvolvimento de complicações e de exacerbações de sintomas (características definidoras); além dos fatores relacionados individuais: capacidades pessoais, sistema de valores do indivíduo.

O sujeito que apresentou os DE comportamento de saúde propenso a risco e falta de adesão, pertence ao gênero masculino, 52 anos, e possui diagnóstico médico de PV. O mesmo apresentou histórico de quatro internações e de frequente desaparecimento das consultas ambulatoriais pós-alta, fato que levou ao descontrole do uso de medicamentos e conseqüentemente da doença. Além da recidiva do quadro cutâneo, neste caso específico, ocorreu o descontrole da glicemia, que permaneceu com índices elevados durante todo o período da pesquisa, sendo uma das causas observada, a ingestão de alimentos por conta própria e contraindicados, apesar das orientações da equipe de saúde, especialmente da nutricionista.

O risco de função hepática prejudicada que pode comprometer a saúde⁵³, que define o DE risco de função hepática prejudicada, foi identificado no mesmo sujeito que apresentou como fator de risco o abuso de substância (álcool).

A identificação deste DE no mesmo sujeito que apresentou o diagnóstico comportamento de saúde propenso a risco ratifica a necessidade de intervenção da equipe multidisciplinar, objetivando identificar estratégias que auxiliem o mesmo a modificar a atitude negativa em relação aos cuidados de saúde.

A constipação, definida como diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por passagem de fezes difícil ou incompleta e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas⁵³, foi identificada, segundo Quadro 7, em um sujeito que apresentou fezes duras e formadas e frequência diminuída, além dos fatores relacionados: uso de carbonato de cálcio e de antidepressivos.

Sobre a identificação deste DE, vale mencionar que, além do efeito constipante das medicações citadas nos fatores relacionados, considerou-se a redução da mobilidade e a necessidade de adaptação ao ambiente hospitalar.

A confusão aguda, definida pelo início abrupto de distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que ocorrem durante um breve período de tempo⁵³ foi apresentada, ver no Quadro 7, por um sujeito com as seguintes características definidoras: falta de motivação para iniciar ou manter um comportamento voltado para uma meta, para iniciar ou manter um comportamento voluntário, flutuação na cognição, além do fator relacionado mais de 60 anos de idade.

A deterioração irreversível, prolongada e/ou progressiva do intelecto e da personalidade, caracterizada por capacidade diminuída para interpretação dos estímulos ambientais e para processos de pensamento intelectual, manifestada por distúrbios da memória, da orientação e do comportamento⁵³, define o DE confusão crônica. Este foi apresentado, Quadro 7, por outro sujeito devido às características definidoras: memória antiga e recente prejudicada; além do fator relacionado acidente vascular cerebral.

O mesmo sujeito apresentou o DE memória prejudicada, definido como Incapacidade de recordar informações ou habilidades comportamentais⁵³ devido à apresentação das características definidoras: memória recente prejudicada, esquecimento de efetuar uma ação em horário planejado, incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada e de recordar eventos; além do fator relacionado distúrbios neurológicos.

A presença de um dos três DE citados acima, torna-se preocupante a situação do cliente após a alta hospitalar, tendo em vista a necessidade do uso diário de medicamentos e o controle dos efeitos colaterais do mesmo.

O DE comunicação verbal prejudicada, definido pela habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e/ou usar um sistema de símbolos⁵³, foi identificado, conforme Quadro 7, em um dos sujeitos que apresentou a característica definidora: fala com dificuldade, resultado da presença de múltiplas lesões na mucosa bucal.

Observou-se na NANDA⁵³ a ausência da descrição dos fatores relacionados: dor e lesões na mucosa bucal. Considerando que estes poderão contribuir na identificação do DE comunicação verbal prejudicada, sugere-se a inclusão dos mesmos. A esse respeito, sobreleva-se que, entre os nove sujeitos com o DE mucosa oral prejudicada, um apresentou dificuldade para se comunicar em

decorrência da dor provocada pelas múltiplas lesões que apresentava na mucosa bucal. Ver Quadro 5.

O DE relacionamento ineficaz, definido como padrão de parceria mútua que é insuficiente para o atendimento das necessidades recíprocas⁵³ foi identificado em um sujeito, tendo em vista que o mesmo apresentou as características definidoras: ausência de demonstração de compreensão do funcionamento insuficiente do parceiro (físico, social, psicológico), incapacidade de comunicar-se de forma satisfatória entre os parceiros, relato de insatisfação do atendimento das necessidades emocionais entre os parceiros; além do fator relacionado eventos estressantes da vida. Ver Quadro 7.

Todas as características que definem este DE foram identificadas não somente pela observação da interação entre um dos sujeitos do estudo e seu companheiro, mas também pela verbalização do sujeito em relação ao seu relacionamento com o parceiro. Em relação aos eventos estressantes da vida, considerados fatores relacionados, neste caso específico, foram considerados o distanciamento entre os mesmos devido mudança de estado por motivo de trabalho, além de conflito religioso que surgiu a partir desta mudança.

O dano às membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos⁵³ que define o DE integridade tissular prejudicada, foi identificado em um sujeito com as características definidoras: tecido lesado e tecido destruído; além dos fatores relacionados: fatores mecânicos (pressão, fricção, fatores nutricionais e mobilidade física prejudicada).

Apesar da presença de lesões próprias das dermatoses imunobolhosas, ressalta-se a manutenção do risco de integridade da pele prejudicada, tendo em vista a o aumento da fragilidade da pele e da possibilidade de desenvolvimento de outras lesões, como por exemplo, as úlceras por pressão. Este risco foi identificado em 12 sujeitos do estudo, Quadro 3, e infelizmente um evoluiu para dano tissular devido à persistência da doença que se manteve com ICCMPV=100, e conseqüente redução progressiva da mobilidade, causando pressão e fricção constante. Sobre isso, ressaltam-se também as dificuldades de mobilização do cliente com este índice de comprometimento da pele.

Diante do exposto, constata-se que, apesar de os sujeitos apresentarem DE de todos os domínios sugeridos no PACD, ou seja, do domínio 1 ao 12, os DE predominantemente encontrados nos clientes com dermatoses imunobolhosas pertencem aos domínios: Promoção da saúde; Nutrição; Atividade/repouso; Percepção/cognição; Autopercepção; Papéis e relacionamentos; Enfrentamento/tolerância ao estresse; Segurança/proteção e Conforto.

5.5 Intervenções de enfermagem propostas no PCECDI, aplicadas a partir dos DE identificados

Diante da complexidade que envolve o adoecimento cutâneo, em especial no que diz respeito às dermatoses imunobolhosas, para o desenvolvimento do cuidar em enfermagem ressalta-se a absoluta atenção do enfermeiro para recuperar o equilíbrio das pessoas que em algum momento de suas vidas desenvolvem esta enfermidade. Trata-se de um cuidar livre de preconceitos e que extrapola o desenvolvimento de ações exclusivamente técnicas, visando minimizar ou eliminar a ocorrência de características definidoras e fatores relacionados que conduzem aos DE inerentes a doença identificados durante esta pesquisa.

Relacionando os DE encontrados aos cuidados sugeridos no PCECDI e implementados de acordo com a avaliação personalizada, ou seja, de cada cliente, ressalta-se que todos os oito objetivos da enfermagem apresentados foram contemplados.

A seguir, são descritos os cuidados realizados de acordo com cada objetivo do PCECDI, os quais são referentes ao objetivo 1. Aliviar o desconforto provocado pelas lesões (cutâneas e mucosas), conforme se observa na Tabela 16.

Tabela 16 - Cuidados de enfermagem referentes ao Objetivo 1 do PCECDI (continua)

OBJETIVO 1. ALIVIAR O DESCONFORTO PROVOCADO PELAS LESÕES (CUTÂNEAS E/OU MUCOSAS)		
Cuidados realizados	Diagnósticos identificados	Sujeitos
1. Orientação para higiene bucal com água bicarbonatada ou antisséptico bucal sem álcool, evitando escova (clientes que apresentaram o DE: mucosa oral prejudicada). (9)	Mucosa oral prejudicada	9
	Dentição prejudicada	11
	Proteção ineficaz	14
	Contaminação	14
	Risco de contaminação	14
	Risco de infecção	14
	Risco de sangramento	2
1.2. Orientação e/ou aplicação de vaselina nos lábios (ressecamento e/ou crostas). (9)	Mucosa oral prejudicada	9
	Risco de lesão	11
	Risco de sangramento	2
	Dor aguda	11
1.3. Solicitação de dieta líquida/pastosa (lesões na mucosa bucal). (9)	Mucosa oral prejudicada	9
	Dor aguda	11
	Déficit no autocuidado para alimentação	6
1.4. Observação e registro de possíveis queixas de dor à deglutição. (9)	Mucosa oral prejudicada	9
1.5. Administração de medicações analgésicas quando prescritas, principalmente antes da higiene e curativos. (9)	Dor aguda	11
1.6. Limpeza das lesões cutâneas com soro fisiológico 0,9% em jato aquecido a 36°C, após banho de aspersão com sabão líquido neutro. (14)	Integridade da pele prejudicada	14
	Contaminação	14
	Risco de contaminação	14
	Risco de infecção	14
	Conforto prejudicado	14
1.7. Secagem cuidadosa da pele ao redor das lesões com compressa estéril, sem secar as lesões. (14)	Déficit no autocuidado para banho	12
	Mobilidade física prejudicada	12
	Integridade da pele prejudicada	14
	Risco de integridade da pele prejudicada	12
	Risco de lesão	11
	Risco de sangramento	2

Tabela 16 - Cuidados de enfermagem referentes ao Objetivo 1 do PCECDI (conclusão)

OBJETIVO 1. ALIVIAR O DESCONFORTO PROVOCADO PELAS LESÕES (CUTÂNEAS E/OU MUCOSAS)		
Cuidados realizados	Diagnósticos identificados	Sujeitos
1.8. Realização do curativo das lesões cutâneas com gaze vaselinada estéril*, protegendo-as com compressa estéril e posterior fixação com atadura de crepom e fita adesiva sem exercer pressão na pele. (14)	Conforto prejudicado	14
	Integridade da pele prejudicada	14
	Proteção ineficaz	14
	Risco de contaminação	14
	Risco de infecção	14
	Risco de integridade da pele prejudicada	12
	Risco de lesão	11
	Risco de sangramento	2
	Dor aguda	11
	Conforto prejudicado	14
	Mobilidade física prejudicada	12
	Deambulação prejudicada	12
	Mobilidade no leito prejudicada	12
	Insônia	9
	Distúrbio na imagem corporal	14
	Risco de dignidade humana comprometida	14
	Baixa autoestima situacional	14
	Interação social prejudicada	14
1.9. Auxílio ao cliente durante a colocação de roupas (após realização do curativo). (12)	Mobilidade física prejudicada	12
	Déficit no autocuidado para vestir-se	12
	Intolerância a atividade	2
1.10. Utilização de estratégias para manter a privacidade do cliente durante realização da higiene e curativos, evitando exposição do corpo e das lesões. (14)	Distúrbio na imagem corporal	14
	Baixa autoestima situacional	14
	Risco de dignidade humana comprometida	14
	Ansiedade	14
	Síndrome do estresse por mudança	6
	Sobrecarga de estresse	11
	Risco de sofrimento espiritual	6
Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	14	
1.11. Auxílio ao cliente durante alimentação (abertura das embalagens dos alimentos, oferecimento das dietas). (6)	Déficit no autocuidado para alimentação	6
	Integridade da pele prejudicada	14
	Mobilidade física prejudicada	12

Em relação ao objetivo 1, Aliviar o desconforto provocado pelas lesões cutâneas ou mucosas, proposto no PCECDI, foram realizados em todos os sujeitos do estudo os cuidados: Limpeza das lesões cutâneas com soro fisiológico 0,9% em jato aquecido a 36°C, após banho de aspersão com sabão líquido neutro; Secagem cuidadosa da pele ao redor das lesões com compressa estéril, sem secar as lesões e curativo das lesões cutâneas com gaze vaselinada estéril, protegendo-as com compressa estéril, fixando com atadura de crepom e fita adesiva sem exercer pressão na pele. Esses cuidados além de favorecer a cicatrização (objetivo 2 do PCECDI) foram implementados visando promover a proteção, a mobilidade e descanso dos clientes no leito, fatores considerados de extrema importância na promoção do conforto. Ver Tabela 16.

Diante da hospitalização de 13 sujeitos em enfermaria coletiva, a manutenção da privacidade do cliente durante realização da higiene e curativos, evitando exposição do corpo e das lesões ficou extremamente prejudicada. Assim, utilizou-se estratégias para minimizar o desconforto da exposição, como realizar a higiene do cliente após os demais, realizar o exame da pele e das lesões junto da equipe médica durante a retirada do curativo e higiene, evitando exposições posteriores; realização do curativo imediatamente após o banho. Além disso, considerou-se importante estimular o cliente a utilizar roupas sobre o curativo, sendo que 12 devido às lesões e dificuldade de mobilização precisaram de auxílio durante a colocação das mesmas.

A administração de medicações analgésicas foi feita mediante prescrição médica, principalmente antes da realização dos procedimentos de higiene e curativos. Sobre isto, importa informar que, apesar do diagnóstico de dor aguda presente em 11 sujeitos, quatro possuíam prescrição de cloridrato de tramadol, destes, três também possuíam a indicação de dipirona para uso na presença de queixas; cinco sujeitos possuíam somente a indicação de dipirona e cinco sem indicação de medicação analgésica. Assim, dos 14 sujeitos, nove receberam medicação para alívio da dor. Lembra-se ainda que três sujeitos negaram a presença de dor, referindo apenas “incomodo”.

Os cuidados: Orientação para higiene bucal com água bicarbonatada ou antisséptico bucal sem álcool, evitando escova; Orientação e/ou aplicação de vaselina nos lábios; Solicitação de dieta líquida/pastosa e Observação e registro de possíveis queixas de dor à deglutição foram implementados em todos os nove sujeitos que apresentaram o diagnóstico mucosa oral prejudicada.

Para promover a cicatrização das lesões existentes, objetivo 2 do PCECDI foram realizados os cuidados descritos na Tabela 17.

Tabela 17 - Cuidados de enfermagem referentes ao Objetivo 2 do PCECDI

OBJETIVO 2. PROMOVER A CICATRIZAÇÃO DAS LESÕES EXISTENTES		
Cuidados realizados	Diagnósticos identificados	Sujeitos
2.1. Administração das medicações prescritas pela equipe médica (14)	Integridade da pele prejudicada	14
	Risco de integridade da pele prejudicada	12
2.2. Avaliação do hematócrito e dos níveis de proteína sérica (14)	Déficit no autocuidado para alimentação	6
	Proteção ineficaz	14
2.3. Solicitação de avaliação nutricional (14)	Comportamento de saúde propenso a risco	1
	Risco de glicemia instável	14
	Risco de desequilíbrio eletrolítico	14
2.4. Estimulo quanto à ingesta de líquidos frios, não irritantes, e alimentos ricos em proteínas e calorias, quando indicados (9)	Mucosa oral prejudicada	9
2.5. Inspeção diária da cavidade oral, registrando a presença de alterações, principalmente nos casos de pênfigo vulgar (9)	Mucosa oral prejudicada	9
	Risco de infecção	14
2.7. Limpeza abundante das lesões cutâneas com soro fisiológico a 0,9%, em jato, aquecido a 36°C. (após banho de aspersão) (14)	Integridade da pele prejudicada	14
	Contaminação	14
	Risco de contaminação	14
	Risco de infecção	14
	Conforto prejudicado	14
2.8. Realização do curativo nas lesões cutâneas com gaze vaselinada estéril*, protegendo com compressa estéril (curativo secundário), fixando com atadura de crepom e fita adesiva sem exercer pressão na pele (14)	Integridade da pele prejudicada	14
	Proteção ineficaz	14
	Risco de contaminação	14
	Risco de infecção	14
	Risco de integridade da pele prejudicada	12
	Risco de lesão	11
	Risco de sangramento	2
	Dor aguda	11
Conforto prejudicado	14	

Para controle das dermatoses imunobolhosas, ou seja, para promover a cicatrização das lesões existentes e prevenir o aparecimento de novas lesões, torna-se imprescindível a administração das medicações (corticoides e/ou imunossupressores) prescritas pela equipe médica, cuidado realizado em todos os sujeitos do estudo, predominantemente pela própria equipe do setor, copesquisadores do estudo. Porém destaca-se a importância de outros cuidados, conforme sugerido no objetivo 2 do PCECDI, que podem contribuir para prevenção de agravos, como traumas, infecção; além de auxiliar no processo de cicatrização, entre eles, o cuidado diário com as lesões cutâneas, em especial, a limpeza abundante com soro fisiológico a 0,9%, em jato, aquecido a 36°C após banho de aspersão; Realização do curativo com gaze vaselinada estéril, protegendo com compressa estéril (curativo secundário), fixando com atadura de crepom e fita adesiva sem exercer

pressão na pele, cuidados realizados em todos os sujeitos do estudo.

Em relação ao curativo proposto, destaca-se que não ocorreu aderência e consequente aumento das lesões, o que pode ser evidenciado nas fotografias (Apêndice E), fato que revela a importância da utilização exatamente conforme protocolo utilizado.

Além disso, para promoção da cicatrização, sobreleva-se a importância de identificar carências nutricionais, decorrentes da redução da ingestão alimentar devido a mucosa oral prejudicada, DE identificado em nove sujeitos. Nesse sentido, menciona-se a importância da avaliação de profissional do serviço de nutrição e da manutenção dos cuidados diários (estimulo, observação da aceitação) visando corrigir as mesmas.

Os cuidados referentes ao objetivo 3 do PCECDI: Prevenir o aparecimento de novas lesões foram descritos, de acordo com os DE encontrados na Tabela 18.

Tabela 18 - Cuidados de enfermagem referentes ao Objetivo 3 do PCECDI (continua)

OBJETIVO 3. PREVENIR O APARECIMENTO DE NOVAS LESÕES		
Cuidados realizados	Diagnósticos identificados	Sujeitos
3.1. Auxílio ao cliente durante mudança de decúbito a cada 2 ou 3 horas (2)	Proteção ineficaz	14
	Mobilidade física prejudicada	12
	Mobilidade no leito prejudicada	12
	Integridade da pele prejudicada	14
	Risco de integridade da pele prejudicada	12
	Integridade tissular prejudicada	1
3.2. Redução do risco de pressão, fricção e traumas, mesmo nas áreas de pele aparentemente saudias (14)	Proteção ineficaz	14
	Mobilidade no leito prejudicada	12
	Integridade da pele prejudicada	14
	Risco de integridade da pele prejudicada	12
3.3. Utilização de ataduras para fixação de curativos e punção venosa, evitando uso de adesivos diretamente na pele. Em caso de extrema necessidade, utilizou-se o mínimo possível na fixação das punções venosas complementando com atadura de crepom (14)	Proteção ineficaz	14
	Integridade da pele prejudicada	14
	Risco de integridade da pele prejudicada	12
3.4. Realização de punção venosa sem o uso de garrote, sempre que possível (14)	Integridade da pele prejudicada	14
	Risco de integridade da pele prejudicada	12
	Proteção ineficaz	14

Tabela 18 - Cuidados de enfermagem referentes ao Objetivo 3 do PCECDI (conclusão)

OBJETIVO 3. PREVENIR O APARECIMENTO DE NOVAS LESÕES		
Cuidados realizados	Diagnósticos identificados	Sujeitos
3.5. Retirada dos curativos, em especial, os aplicados nas lesões cutâneas, conforme PCECDI, de forma cuidadosa e com auxílio de soro fisiológico a 0,9% em jato e aquecido a 36°C, evitando traumas por aderência do mesmo nas lesões (14)	Integridade da pele prejudicada	14
	Risco de integridade da pele prejudicada	12
	Risco de lesão	11
	Risco de sangramentos	2
3.6. Aplicação cuidadosa de sabão líquido neutro durante o banho de aspersão e secagem da pele integra com compressa estéril (14)	Integridade da pele prejudicada	14
	Risco de integridade da pele prejudicada	12
	Risco de infecção	14
	Contaminação	14
3.7. Orientação ao cliente para substituir escova e pasta de dentes por soluções antissépticas de uso oral sem álcool, nos casos de lesões na mucosa bucal (9)	Mucosa oral prejudicada	9
	Risco de lesão	11
3.8. Orientação ao cliente para retirar prótese dentária nos casos de lesões na mucosa bucal (9)	Mucosa oral prejudicada	9
	Risco de lesão	11
3.9. Manutenção das unhas limpas e aparadas (14)	Risco de integridade da pele prejudicada	12
	Risco de lesão	11
	Risco de sangramentos	2
	Mobilidade física prejudicada	12
	Risco de infecção	14
3.10. Avaliação da presença de hiperemia que indique o desenvolvimento de úlceras por pressão categoria 1 (14)	Mobilidade no leito prejudicada	12
	Integridade da pele prejudicada	14
	Risco de integridade da pele prejudicada	12
3.11. Oferecimento de apoio ao cliente durante transferências cadeira/leito e vice-versa e/ou deambulação (4)	Capacidade de transferência prejudicada	4
	Mobilidade física prejudicada	12
	Deambulação prejudicada	12
	Risco de queda	7
	Risco de trauma	7
3.12. Orientação ao cliente a não se expor ao sol, mesmo após remissão do quadro e alta hospitalar (14)	Integridade da pele prejudicada	14
	Risco de integridade da pele prejudicada	12

Excetuando os dois cuidados existentes no PCECDI especificamente voltados para os clientes com lesões na mucosa bucal, ou seja, com o DE mucosa oral prejudicada, são eles: orientação para substituir escova e pasta de dentes por soluções antissépticas de uso oral sem álcool; e retirar prótese dentária; e os indicados aos sujeitos restritos ao leito e/ou com maior dificuldade de mobilização, como auxílio ao cliente durante mudança de decúbito; oferecimento de apoio durante transferências cadeira/leito e vice-versa e/ou deambulação), todos os demais cuidados propostos no objetivo 3 do PCECDI foram implementados nos 14 sujeitos do estudo, fato justificado pela integridade da pele previamente comprometida, considerado um fator de risco, além da identificação dos DE proteção ineficaz, mobilidade física prejudicada, mobilidade no leito prejudicada, risco de integridade da pele prejudicada e risco de lesão e de infecção.

Com o objetivo de prevenir infecções e infestações foram realizados os cuidados propostos no PCECDI descritos na Tabela 19.

Tabela 19 - Cuidados de enfermagem referentes ao Objetivo 4 do PCECDI (continua)

OBJETIVO 4. PREVENIR INFECÇÕES E INFESTAÇÕES		
Cuidados realizados	Diagnósticos identificados	Sujeitos
4.1. Lavagem das mãos antes e após contato com o cliente (14)	Proteção ineficaz	14
	Integridade da pele prejudicada	14
	Integridade tissular prejudicada	1
	Risco de contaminação	14
	Risco de infecção	14
4.2. Manutenção de técnica asséptica durante realização dos curativos (14)	Proteção ineficaz	14
	Integridade da pele prejudicada	14
	Integridade tissular prejudicada	1
	Risco de contaminação	14
4.3. Avaliação e registro de possíveis sinais e sintomas de infecção local e/ou sistêmica (14)	Risco de infecção	14
	Proteção ineficaz	14
	Integridade da pele prejudicada	14
	Integridade tissular prejudicada	1
4.4. Auxílio ao cliente durante banho de aspersão, aplicando sabão líquido neutro (14)	Risco de infecção	14
	Proteção ineficaz	14
	Integridade da pele prejudicada	14
4.5. Utilização de termômetro e esfingomanômetro de uso exclusivo, evitando infecção cruzada (14)	Integridade tissular prejudicada	1
	Risco de infecção	14
	Proteção ineficaz	14
4.5. Utilização de termômetro e esfingomanômetro de uso exclusivo, evitando infecção cruzada (14)	Integridade da pele prejudicada	14
	Risco de infecção	14
	Proteção ineficaz	14

Tabela 19 - Cuidados de enfermagem referentes ao Objetivo 4 do PCECDI (conclusão)

OBJETIVO 4. PREVENIR INFECÇÕES E INFESTAÇÕES		
Cuidados realizados	Diagnósticos identificados	Sujeitos
4.6. Realização de curativo nas lesões cutâneas com gaze vaselinada estéril*, protegendo com compressa estéril (curativo secundário) e fixando com atadura de crepom e fita adesiva sem exercer pressão na pele (14)	Integridade da pele prejudicada	14
	Proteção ineficaz	14
	Risco de contaminação	14
	Risco de infecção	14
4.7. Manutenção, sempre que possível, o cliente em quarto com banheiro privativo (1)	Proteção ineficaz	14
	Integridade da pele prejudicada	14
	Integridade tissular prejudicada	1
	Risco de infecção	14
4.8. Orientação aos clientes, nos casos de internação em enfermaria, evitar contato direto com os demais (13)	Proteção ineficaz	14
	Integridade da pele prejudicada	14
	Risco de contaminação	14
	Contaminação	14
4.9. Orientação a equipe quanto a importância de disponibilizar e utilizar comadres, patinhos esterilizados em caso de contato direto com a pele lesada (14)	Risco de infecção	14
	Proteção ineficaz	14
	Integridade da pele prejudicada	14
	Risco de contaminação	14
4.10. Observação e registro no caso de presença de calafrios (14)	Risco de infecção	14
	Proteção ineficaz	14
	Integridade da pele prejudicada	14
4.11. Indicação do uso de véu nos casos de lesões disseminadas, cobrindo todo o leito, protegendo o cliente contra insetos (14)	Risco de infecção	14
	Proteção ineficaz	14
4.12. Avaliação dos acesso venoso diariamente, com troca diária ou no máximo a cada 48h (14)	Integridade da pele prejudicada	14
	Proteção ineficaz	14
4.13. Administração dos antibióticos prescritos (14)	Risco de infecção	14
	Integridade da pele prejudicada	14
	Integridade tissular prejudicada	1
	Contaminação	14

*Conforme protocolo a ser divulgado pela autora

A vulnerabilidade à infecção e infestação dos clientes com dermatoses imunobolhosas foi constatada, tendo em vista a presença dos DE proteção ineficaz, integridade da pele prejudicada, risco de contaminação e risco de infecção em todos os sujeitos do estudo. Assim, todos os cuidados propostos no objetivo 4 do PCECDI foram implementados nos 14 sujeitos, exceto a Manutenção em quarto com banheiro privativo, o que foi possível aplicar em apenas um sujeito, tendo em vista as limitações do protocolo diante da indisponibilidade deste recurso no Hospital Universitário

Antônio Pedro, onde ficou hospitalizado um sujeito do estudo; e na enfermaria de dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto, onde ficaram hospitalizados 11 sujeitos do estudo. Dos dois sujeitos hospitalizados no Hospital Adventista do pênfigo, onde existe disponibilidade de enfermaria e de quarto privativo, somente um sujeito teve a oportunidade de permanecer no quarto com banheiro privativo.

Ressalta-se ainda que, apesar de indicado, o uso de véu para proteção do cliente contra insetos e possível infestação por miíases, infelizmente este recurso não foi utilizado devido à ausência de material nas instituições onde a pesquisa foi realizada (suporte nos leitos). Apesar de nenhum sujeito do estudo desenvolver esta complicação durante e após a realização deste estudo, considera-se que este seja um recurso imprescindível no atendimento a esta clientela, para evitar esta terrível complicação, que pode caracterizar inclusive negligência quando ocorre dentro do ambiente hospitalar. Visando manter o equilíbrio hídrico e eletrolítico, foram implementados os cuidados sugeridos no PCECDI, conforme mostra a Tabela 20.

Tabela 20 - Cuidados de enfermagem referentes ao Objetivo 5 do PCECDI

OBJETIVO 5. MANTER O EQUILÍBRIO HÍDRICO E ELETROLÍTICO		
Cuidados realizados	Diagnósticos identificados	Sujeitos
5.1. Avaliação das características da diurese, e realização de balanço hídrico, nos casos de lesões extensas (14)	Risco de desequilíbrio no volume de líquidos	14
	Risco de perfusão renal ineficaz	1
5.2. Incentivo a ingesta hídrica (14)	Risco de desequilíbrio no volume de líquidos	14
	Risco de constipação	11
	Constipação	1
5.3. Punção venosa periférica para reposição de líquidos, eletrólitos, reposição proteica, sangue e derivados (14)	Risco de desequilíbrio no volume de líquidos	14
	Risco de perfusão renal ineficaz	1
	Risco de desequilíbrio eletrolítico	14

Diante da importância da manutenção do equilíbrio hídrico e eletrolítico, destaca-se que todos os clientes foram incentivados a manter ingesta hídrica, e avaliados em relação as características da diurese. A reposição hídrica e de eletrólitos foi realizada de acordo com a prescrição médica. Apesar de todos os sujeitos do estudo apresentarem o DE risco de desequilíbrio no volume de líquidos, apenas um sujeito com ICCMPV=100 necessitou da implementação do balanço hídrico.

Os cuidados de enfermagem propostos no PCECDI relativos ao objetivo 6 Controlar os

possíveis efeitos adversos do tratamento, implementados de acordo com os DE encontrados podem ser visualizados na Tabela 21.

Tabela 21 - Cuidados de enfermagem referentes ao Objetivo 6 do PCECDI

OBJETIVO 6. CONTROLAR OS POSSÍVEIS EFEITOS ADVERSOS DO TRATAMENTO		
Cuidados realizados	Diagnósticos identificados	Sujeitos
6.1. Realização de coleta de material para exames necessários (14)	Proteção ineficaz	14
	Risco de glicemia instável	14
	Risco de desequilíbrio eletrolítico	14
	Risco de infecção	14
	Risco de função hepática prejudicada	1
6.2. Administração de corticoide pela manhã nos casos de dose única (após o café da manhã), e preferencialmente após ingesta alimentar nos casos de dose fracionada (14)	Risco de lesão	11
6.3. Controle dos sinais vitais, em especial, da pressão arterial (de 4 em 4 horas) (14)	Risco de desequilíbrio no volume de líquidos	14
	Proteção ineficaz	14
	Risco de infecção	14
	Risco de sangramento	2
6.5. Avaliação das alterações de comportamento (agitação, agressividade) (14)	Síndrome de estresse por mudança	1
	Sobrecarga de estresse	11
	Relacionamento ineficaz	1
	Ansiedade	14
6.6. Observação e registro das características das eliminações, com realização de teste de catalase nas fezes dos clientes com história de gastrite, úlcera gástrica (14)	Risco de constipação	11
	Constipação	1
	Risco de lesão	11
	Risco de sangramento	2
6.7. Verificação da pressão arterial antes, durante (a cada 15/30 minutos) e após administração da pulsoterapia (4)	Risco de desequilíbrio eletrolítico	14
	Risco de desequilíbrio no volume de líquidos	14
6.8. Coleta de sangue do cliente para controle dos eletrólitos (sódio, potássio, cálcio e glicose) antes e após pulsoterapia (4)	Risco de desequilíbrio eletrolítico	14
	Risco de glicemia instável	14
6.9. Inspeção diária da pele e e das lesões, avaliando surgimento de outras lesões (ex: herpes zoster, úlceras por pressão) (14)	Proteção ineficaz	14
	Risco de integridade da pele prejudicada	12
	Mobilidade física prejudicada	12
	Mobilidade no leito prejudicada	12
6.10. Avaliação e registro da aceitação da dieta recomendada de acordo com a avaliação clínica do cliente (anticonstipante, hipossódica para diabetes, sem glúten) (14)	Risco de glicemia instável	14
	Risco de constipação	11
	Constipação	1
	Risco de desequilíbrio no volume de líquidos	14
	Risco de resposta alérgica	5
6.11. Observação e registro das queixas, entre elas, as que poderiam indicar reações adversas aos produtos de uso tópico e/ou sistêmico(14)	Risco de resposta alérgica	5

Diante dos efeitos adversos do uso de altas doses de corticoides e/ou imunossupressores, além de outras medicações utilizadas no tratamento das dermatoses imunobolhosas, alguns constatados a partir dos DE proteção ineficaz, risco de glicemia instável, de desequilíbrio no volume de líquidos e eletrolítico, de infecção, lesão, sangramento, entre outros, todos os cuidados de enfermagem sugeridos no objetivo 6 do PCECDI foram implementados nos 14 sujeitos do estudo. Apenas os cuidados verificação da pressão arterial antes, durante (a cada 15/30 minutos) e a coleta de sangue do cliente para controle dos eletrólitos (sódio, potássio, cálcio e glicose) antes e após pulsoterapia, foram implementados somente nos quatro sujeitos que receberam a administração de pulsoterapia com metilprednisolona durante a realização da pesquisa.

Os cuidados de enfermagem implementados a partir dos DE encontrados objetivando atingir o objetivo 7, foram descritos na Tabela 22.

Tabela 22 - Cuidados de enfermagem referentes ao Objetivo 7 do PCECDI (continua)

OBJETIVO 7. AVALIAR AS INFLUÊNCIAS SOCIAIS, ESPIRITUAIS E EMOCIONAIS DAS DERMATOSES IMUNOBOLHOSAS NA VIDA DO CLIENTE E FAMÍLIA		
Cuidados realizados	Diagnósticos identificados	Sujeitos
7.1. Realização da avaliação do cliente com o Protocolo de Avaliação do cliente em Dermatologia (PACD)	-	14
7.2. Realização de acolhimento e manutenção de disponibilidade para ouvir os problemas vivenciados pelo cliente e família (14)	Comportamento de saúde propenso à risco	1
	Conforto prejudicado	14
	Insônia	9
	Padrão de sono prejudicado	5
	Baixa autoestima situacional	14
	Distúrbio na imagem corporal	14
	Risco de dignidade humana comprometida	14
	Interação social prejudicada	14
	Processos familiares disfuncionais	7
	Relacionamento ineficaz	1
	Disfunção sexual	7
	Enfrentamento ineficaz	1
	Medo	6
	Resiliência individual prejudicada	12
	Sobrecarga de estresse	11
	Síndrome de estresse por mudança	1
	Risco de sofrimento espiritual	1
Conforto prejudicado	14	

	Isolamento social	14
--	-------------------	----

Tabela 22 - Cuidados de enfermagem referentes ao Objetivo 7 do PCECDI (conclusão)

OBJETIVO 7. AVALIAR AS INFLUÊNCIAS SOCIAIS, ESPIRITUAIS E EMOCIONAIS DAS DERMATOSSES IMUNOBOLHOSAS NA VIDA DO CLIENTE E FAMÍLIA		
Cuidados realizados	Diagnósticos identificados	Sujeitos
7.3. Indicação da participação do cliente em grupos de apoio (14)	Conhecimento deficiente	14
	Comportamento de saúde propenso à risco	1
	Insônia	9
	Padrão de sono prejudicado	5
	Baixa autoestima situacional	14
	Distúrbio na imagem corporal	14
	Risco de dignidade humana comprometida	14
	Interação social prejudicada	14
	Processos familiares disfuncionais	7
	Relacionamento ineficaz	1
	Disfunção sexual	7
	Enfrentamento ineficaz	1
	Medo	6
	Resiliência individual prejudicada	12
	Sobrecarga de estresse	11
	Síndrome de estresse por mudança	1
	Risco de sofrimento espiritual	1
	Conforto prejudicado	14
	Isolamento social	14
	Ansiedade	14
7.4. Encaminhamento ao serviço social (3)	Risco de dignidade humana comprometida	14
	Processos familiares disfuncionais	7
	Sobrecarga de estresse	11
7.5. Solicitação de parecer e de acompanhamento individual do cliente pela psicologia (5)	Medo	6
	Resiliência individual prejudicada	12
	Sobrecarga de estresse	11
	Síndrome de estresse por mudança	1
	Risco de sofrimento espiritual	1
	Conforto prejudicado	14
	Distúrbio na imagem corporal	14
	Interação social prejudicada	14
	Processos familiares disfuncionais	7
	Relacionamento ineficaz	1
Enfrentamento ineficaz	1	

	Isolamento social	14
	Ansiedade	14
7.6. Estímulo à manutenção da fé e da esperança (14)	Baixa autoestima situacional	14

Para iniciar a avaliação das influências sociais, espirituais e emocionais das dermatoses imunobolhosas na vida de todos os sujeitos do estudo e respectivas famílias, a primeira estratégia utilizada foi a aplicação do PACD, primeiro cuidado de enfermagem sugerido neste objetivo do PCECDI. A aplicação deste instrumento facilitou a abordagem integral do cliente e consequentemente a avaliação do mesmo com vistas a sua integralidade. Chama a atenção que os DE como: conhecimento deficiente, baixa autoestima situacional, risco de dignidade humana comprometida, ansiedade, interação social prejudicada e isolamento social foram identificados em todos os sujeitos do estudo; além dos DE resiliência individual prejudicada, em 12 sujeitos; sobrecarga de estresse em 11 sujeitos; e disfunção sexual e processos familiares disfuncionais em sete sujeitos. Diante da presença desses DE, encontrados em pelo menos 50% dos sujeitos, foi possível constatar que os clientes com dermatoses imunobolhosas requerem um cuidado de enfermagem que extrapola o modelo biomédico, ou seja, além do cumprimento de atividades técnicas como administração de medicamentos, realização de curativos, entre outros^{6,7}.

Nessa perspectiva, conforme ocorreu durante este estudo, torna-se necessário o acolhimento e a disponibilidade do enfermeiro^{6,7,29} para ouvir os problemas vivenciados pelo cliente e família a partir do acometimento cutâneo, objetivando a detecção de problemas que sem intervenções, poderão interferir negativamente no seu tratamento e recuperação, inclusive no seu autocuidado.

A esse respeito, destacou-se principalmente a falta de demanda do cliente e de sua família diante da falta de conhecimento dos mesmos sobre o processo de adoecimento, perspectivas de tratamento e evolução da doença. Além das preocupações emocionais e sociais advindas do aspecto desfigurante das dermatoses imunobolhosas.

Diante das inúmeras repercussões da doença na vida do cliente, que extrapolam as competências do enfermeiro e equipe, constatou-se durante a realização deste estudo, a importância da atuação da equipe multidisciplinar, no sentido de orientar, reduzir a ansiedade, o estresse, promover o conforto físico e emocional, objetivando aumentar a capacidade do cliente e sua família para lidar com o problema. Sobre isto vale ainda mencionar que devido à inexistência de grupo de apoio específico para clientes com afecções cutâneas nas instituições onde o estudo foi realizado, foi possível apenas solicitar avaliação e acompanhamento pela psicologia e serviço social. Assim, durante a realização do presente estudo, foram solicitados cinco pareceres à psicologia e três ao serviço social.

A partir da avaliação das influências das dermatoses imunobolhosas na vida do cliente e sua família, surge a necessidade de orientá-los na tentativa de aumentar a capacidade para lidar com o problema. Para atingir este objetivo, descrito no objetivo 8 do PCECDI, foram realizados os seguintes cuidados, Tabela 23.

Tabela 23 - Cuidados de enfermagem referentes ao Objetivo 8 do PCECDI (continua)
OBJETIVO 8. ORIENTAR O CLIENTE E SUA FAMÍLIA, NA TENTATIVA DE AUMENTAR A CAPACIDADE PARA LIDAR COM O PROBLEMA

Cuidados realizados	Diagnósticos identificados	Sujeitos
8.1. Desenvolvimento de relacionamento de confiança com o cliente e família. (14)	Conhecimento deficiente	14
8.2. Utilização de linguagem acessível durante a orientação do cliente e família. (14)	Conhecimento deficiente	14
	Conhecimento deficiente	14
8.3. Orientação ao cliente e família sobre a etiologia da doença, tratamento e autocuidado (14)	Comportamento de saúde propenso à risco	1
	Estilo de vida sedentário	8
	Risco de função hepática prejudicada	1
	Disposição para melhora do autocuidado	8
	Confusão aguda	1
	Confusão crônica	1
	Memória prejudicada	1
	Disposição para conhecimento melhorado	2
	Processos familiares disfuncionais	7
	Baixa autoestima situacional	14
	Distúrbio na imagem corporal	14
	Interação social prejudicada	14
	Relacionamento ineficaz	1
	Disfunção sexual	7
	Ansiedade	14
	Disposição para enfrentamento melhorado	8
	Enfrentamento ineficaz	1
	Medo	6
	Resiliência individual prejudicada	12
	Falta de adesão	1
	Risco de sofrimento espiritual	1
	Risco de integridade da pele prejudicada	12
	Risco de infecção	14
	Risco de glicemia instável	14
	Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	14
	Risco de lesão	11
	Risco de quedas	7
	Risco de traumas	7
Isolamento social	14	
Disposição para melhora do	8	

	conforto	
--	----------	--

Tabela 23 - Cuidados de enfermagem referentes ao Objetivo 8 do PCECDI (conclusão)
OBJETIVO 8. ORIENTAR O CLIENTE E SUA FAMÍLIA, NA TENTATIVA DE AUMENTAR A CAPACIDADE PARA LIDAR COM O PROBLEMA

Cuidados realizados	Diagnósticos identificados	Sujeitos
8.4. Estimulo ao autocuidado (14)	Disposição para melhora do autocuidado	8
	Disposição para o bem-estar espiritual melhorado	1
	Disposição para melhora da esperança	8
	Disposição para melhora do conforto	8
	Disposição para conhecimento melhorado	2
	Disposição para enfrentamento melhorado	8
	Processos familiares disfuncionais	7
	Risco de função hepática prejudicada	1
	Falta de adesão	1
	Risco de infecção	14
	Risco de glicemia instável	14
	Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	14
	Risco de lesão	11
	Risco de quedas	7
	Risco de traumas	7
	Déficit no autocuidado para banho	12
	Déficit no autocuidado para vestir-se	12
	Déficit no autocuidado para alimentação	6
	8.5. Solicitação de parecer e acompanhamento individual do cliente pela psicologia médica (5) 8.6. Indicar a participação do cliente em grupos de apoio (14)	Baixa autoestima situacional
Distúrbio na imagem corporal		14
Interação social prejudicada		14
Processos familiares disfuncionais		7
Relacionamento ineficaz		1
Enfrentamento ineficaz		1
Medo		6
Resiliência individual prejudicada		12
Sobrecarga de estresse		11
Síndrome de estresse por mudança		1
Risco de sofrimento espiritual		1
Conforto prejudicado	14	

	Isolamento social	14
--	-------------------	----

Diante dos DE descritos na Tabela 23, detectados entre os 14 sujeitos do estudo, destaca-se mais uma vez a necessidade não somente das intervenções de enfermagem, mas da equipe multidisciplinar. Nesse sentido, sobleva-se o desenvolvimento de relacionamento de confiança com utilização de linguagem acessível durante a orientação do cliente e família sobre a etiologia da doença, tratamento e autocuidado. A esse respeito, informa-se que durante este estudo, apesar do estímulo ao autocuidado. Diante do fato da realização da pesquisa com clientes recém hospitalizados e/ou que permaneciam com a doença em atividade, além do período de uma semana, privilegiou-se a orientação a partir da demanda do cliente, sendo esta fortemente voltada para esclarecimentos sobre a doença. Sobre isto, destaca-se a necessidade de inserir outras orientações necessárias, em especial as relacionadas ao preparo para a alta, destacando a manutenção da medicação no domicílio além do controle dos possíveis efeitos adversos como o aumento da pressão arterial e da glicemia, entre outros.

5.6 Resultados da lógica *fuzzy*

A partir das avaliações dos 14 sujeitos do estudo em relação a cada atributo nos três momentos - Antes (T_0) Após 24 horas (T_1) e após uma semana (T_2) do início das intervenções de enfermagem propostas no PCECDI, realizou-se análise da alteração da intensidade dos mesmos. A distribuição de frequência para a classificação referente aos atributos permite uma descrição quantitativa dos achados da pesquisa.

Em relação ao atributo dor, a Tabela 24 mostra no momento T_0 predomínio de onze clientes que se declararam com dor de alta e média intensidade, sendo sete com dor de intensidade alta e quatro com dor de intensidade média. Ressalta-se a mudança expressiva deste quadro no momento T_1 , quando somente um sujeito se declarou com dor de alta intensidade e oito com dor de baixa intensidade. Do momento T_1 para o T_2 , houve predomínio de sujeitos com dor de média e baixa intensidade.

Tabela 24 - Distribuição dos sujeitos por atributo dor nos momentos T₀, T₁ e T₂

TERMO LINGUÍSTICO	DOR		
	T ₀	T ₁	T ₂
Baixa	3	8	4
Média	4	5	8
Alta	7	1	1
Total	14	14	13

Nota: O sujeito 7, só permaneceu internado por quatro dias, fato que impossibilitou a avaliação no momento T₂. Assim no momento T₂, totalizam-se 13 clientes.

Importa informar que, dos três sujeitos que referiram dor de baixa intensidade no momento T₀, Tabela 24, dois tinham o diagnóstico médico de pênfigo vulgar, sendo um do gênero feminino e outro masculino, ambos com 52 anos de idade, e ICCMPV 30 e 40 respectivamente. O outro, com diagnóstico médico de penfigoide bolhoso, idoso, com lesões bolhosas e exulceradas extensas distribuídas principalmente nos membros superiores e inferiores.

Além da análise da distribuição de frequência dos sujeitos em relação a cada atributo nos momentos T₀, T₁ e T₂, foi realizada uma análise pormenorizada dos atributos em relação aos termos linguísticos (baixa, média e alta) com as respectivas pertinências nos três momentos em que foram feitas as aferições junto aos sujeitos.

Os valores relativos às pertinências devem ser compreendidos como uma escala de valoração crescente no intervalo entre zero e um. Exemplificando, se dois clientes forem classificados com o termo linguístico “alto” para o atributo dor, deve-se observar a pertinência atribuída a cada um deles, pois aquele que obtiver maior grau de pertinência deve ser considerado em situação de dor mais intensa.

Ainda em relação ao atributo dor, a Tabela 25 mostra que oito clientes apresentaram redução do momento T₀ para o T₁, e seis clientes mantiveram-se na mesma condição. Do momento T₁ para T₂, três clientes reduziram a intensidade da dor, porém cinco informaram aumento, quatro passaram da baixa para a média intensidade, e apenas um da baixa para a alta. Os demais se mantiveram na mesma condição do período anterior.

Tabela 25 - Evolução dos sujeitos segundo os termos linguísticos em relação ao atributo dor nos momentos T₀, T₁ e T₂ com respectivas pertinências

SUJEITOS	T ₀		T ₁		T ₂		EVOLUÇÃO	
	CLASS	PERT	CLASS	PERT	CLASS	PERT	T ₀ a T ₁	T ₁ a T ₂
	DOR							
1	Média	0,80	Média	1,00	Baixa	0,80	Manutenção	Redução
2	Média	1,00	Baixa	1,00	Baixa	1,00	Redução	Manutenção
3	Alta	1,00	Média	1,00	Média	1,00	Redução	Manutenção
4	Alta	0,90	Baixa	0,80	Alta	0,80	Redução	Aumento
5	Alta	1,00	Baixa	0,75	Média	0,70	Redução	Aumento
6	Média	1,00	Baixa	1,00	Média	1,00	Redução	Aumento
7	Baixa	0,75	Baixa	0,75	-	-	Manutenção	-
8	Alta	1,00	Baixa	1,00	Média	1,00	Redução	Aumento
9	Alta	1,00	Média	1,00	Média	0,60	Redução	Manutenção
10	Alta	1,00	Alta	0,60	Média	1,00	Manutenção	Redução
11	Baixa	1,00	Baixa	1,00	Baixa	1,00	Manutenção	Manutenção
12	Média	1,00	Média	1,00	Média	1,00	Manutenção	Manutenção
13	Baixa	1,00	Baixa	1,00	Média	0,75	Manutenção	Aumento
14	Alta	1,00	Média	1,00	Baixa	0,75	Redução	Redução

Nota: O sujeito 7 permaneceu internado por 04 dias, fato que impossibilitou a avaliação no momento T₂. Assim no momento T₂, totalizaram 13 clientes.

Os resultados mostram que a redução da intensidade da dor pode ocorrer de forma rápida. Esta foi atribuída principalmente à aplicação do curativo proposto no PCECDI que promove a manutenção do meio úmido, evitando o ressecamento do leito das lesões, além de prevenir a aderência das mesmas nas roupas de uso pessoal e de cama, proporcionando maior conforto ao cliente.

Diante das lesões extensas normalmente apresentadas pelos sujeitos do estudo, considera-se relevante a mudança na intensidade da dor após aplicação do PCECDI. Apenas um (sujeito 4) dos sete sujeitos que se declararam com dor de alta intensidade no momento T₀, voltou a esta condição no momento T₂. Importa informar que o mesmo obteve diagnóstico médico de pênfigo vulgar, com índice de comprometimento cutâneo máximo - ICCMPV=100. Ao ser avaliado pela pesquisadora, apresentava-se com 16 dias de internação e sem responder a terapêutica medicamentosa..

Sobre isso ressalta-se que os cinco clientes (4, 5, 6, 8 e 13) que referiram aumento da dor ainda estavam com a doença em atividade durante os momentos T₀ para T₁ e T₁ para T₂, dois

deles inclusive estavam aguardando resultado de exames para iniciar medicação específica, os demais ainda não estavam respondendo satisfatoriamente à medicação. Apesar da redução da dor do momento T₀ para o T₁, após as intervenções, a manutenção das lesões e surgimento de novas denuncia para o próprio cliente a manutenção do processo de adoecimento, fato que, além de manter ou aumentar a dor física, aumenta também a ansiedade, o medo, e conseqüentemente o desconforto, interferindo negativamente na evolução.

Apesar do aumento da dor do momento T₁ para o T₂, em dois sujeitos, a dor não retornou para a condição alta do momento T₀, mantendo-se na condição de média intensidade, mostrando uma evolução positiva. Sobre isso lembra-se que o resultado do conforto é sensível às mudanças ao longo do tempo³².

Em relação às medicações para alívio da dor, ressalta-se que quatro sujeitos possuíam em sua prescrição a indicação do uso de cloridrato de tramadol. Destes, três também possuíam a indicação de dipirona para uso na presença de queixas, cinco sujeitos tinham somente a indicação de dipirona e cinco sem indicação de medicação analgésica.

O cloridrato de tramadol é um opióide com considerável efeito analgésico de ação central, indicado para aliviar a dor de intensidade moderada a grave, do tipo aguda, subaguda ou crônica, com início da ação em aproximadamente uma hora após administração. Dependendo da intensidade da dor, o efeito permanece no período de quatro a oito horas⁷⁰. Dos quatro clientes que possuíam prescrição deste analgésico, apenas dois utilizaram de forma regular 50mg intravenoso a cada seis horas. Para outro sujeito, foi indicado uso diário somente antes do banho com dose de 100 mg via subcutânea. Para o outro, a medicação foi prescrita para administração na presença de queixas, sendo 50 mg via oral. Neste último, observou-se ausência de checagem, fato que revela que não houve a administração da referida medicação no período da realização da pesquisa.

Assim, ressalta-se que dos três sujeitos do estudo em uso de cloridrato de tramadol, apenas em dois casos, o uso da medicação pode ser considerado um fator confundidor em relação à mudança na intensidade da dor durante realização da pesquisa, pois ambas as intervenções (administração da medicação e aplicação do PCECDI) ocorreram de forma concomitante. No caso em que foi prescrito o uso da medicação na dose de 100 mg subcutânea antes do banho, é importante ressaltar que a cliente já estava hospitalizada há 16 dias e recebendo a referida medicação, sendo assim, foi possível avaliar a mudança na intensidade da dor a partir das intervenções de enfermagem.

Dos oito sujeitos que possuíam dipirona em sua prescrição, seis indicavam o uso na presença

de queixas. Apenas dois sujeitos apresentavam prescrições com indicação do uso regular a cada seis horas. Destes, um utilizou a medicação concomitante ao início da pesquisa, outro, já utilizava antes, ou seja, há 24 dias antes do início das intervenções de enfermagem. O uso desta medicação de forma regular e antes do início das ações de enfermagem propostas no PCECDI demonstra que a mudança na intensidade da dor, neste caso específico, de alta para baixa nas primeiras 24 horas após intervenções, não sofreu influência do uso da medicação, mas sim dos cuidados implementados. Tal fato pode também ser considerado em relação aos cinco sujeitos que não apresentavam em suas prescrições, a indicação de medicações analgésicas.

No que diz respeito ao atributo mobilidade, pode-se constatar na Tabela 26 que, no momento T₀, 12 dos 14 clientes consideravam alterações neste atributo, sete deles indicaram baixa mobilidade, e cinco, média mobilidade. Tal fato que revela a interferência das lesões decorrentes das dermatoses imunobolhosas na mobilização do cliente.

Tabela 26 - Distribuição dos sujeitos segundo os termos linguísticos em relação ao atributo mobilidade nos momentos T₀, T₁ e T₂

TERMO LINGUÍSTICO	MOBILIDADE		
	T ₀	T ₁	T ₂
Baixa	7	-	-
Média	5	7	7
Alta	2	7	6
Total	14	14	13

Nota: O sujeito 7 permaneceu internado por 04 dias, fato que impossibilitou a avaliação no momento T₂. Assim no momento T₂, totalizaram 13 clientes.

Após o primeiro dia da aplicação dos cuidados propostos no PCECDI (T₁), nenhum cliente se considerou com baixa mobilidade, pois sete passaram a apresentar mobilidade média, e sete a mobilidade alta, o que foi mantido no momento T₂, tendo em vista que um sujeito não foi avaliado devido a solicitação de alta.

Assim, pode-se perceber que, como ocorreu no atributo dor, a mudança mais expressiva na condição do cliente em relação a sua mobilidade e consequentemente no seu conforto ocorreu nas primeiras 24 horas de intervenção. Ver Tabela 26.

Ainda sobre o atributo mobilidade, a análise personalizada dos sujeitos, Tabela 27 revela que, do momento T₀ para o T₁, nove consideraram aumento deste atributo e cinco mantiveram-se na

mesma condição. Do momento T₁ para T₂, apenas três sujeitos referiram aumento em sua mobilidade, seis mantiveram-se na mesma condição e quatro consideraram que houve redução de alta para média mobilidade. Lembra-se que neste momento, um sujeito não foi avaliado devido à alta solicitada.

Tabela 27 - Evolução dos sujeitos segundo os termos linguísticos em relação ao atributo mobilidade nos momentos T₀, T₁ e T₂ com respectivas pertinências

SUJEITOS	T0		T1		T2		EVOLUÇÃO	
	CLASS	PERT	CLASS	PERT	CLASS	PERT	T ₀ a T ₁	T ₁ a T ₂
MOBILIDADE								
1	Média	0,70	Média	1,00	Alta	0,15	Manutenção	Aumento
2	Média	1,00	Alta	1,00	Alta	1,00	Aumento	Manutenção
3	Baixa	1,00	Média	0,80	Média	0,25	Aumento	Manutenção
4	Baixa	1,00	Alta	0,70	Média	0,25	Aumento	Redução
5	Baixa	1,00	Média	1,00	Média	1,00	Aumento	Manutenção
6	Baixa	1,00	Alta	0,70	Média	0,25	Aumento	Redução
7	Média	0,75	Média	1,00	-	-	Manutenção	-
8	Média	1,00	Alta	0,75	Alta	0,25	Aumento	Manutenção
9	Baixa	1,00	Média	1,00	Alta	0,20	Aumento	Aumento
10	Baixa	0,85	Alta	0,55	Média	1,00	Aumento	Redução
11	Alta	0,75	Alta	1,00	Alta	0,25	Manutenção	Manutenção
12	Média	1,00	Média	1,00	Média	1,00	Manutenção	Manutenção
13	Alta	0,70	Alta	0,70	Média	1,00	Manutenção	Redução
14	Baixa	1,00	Média	1,00	Alta	0,00	Aumento	Aumento

Nota: O sujeito 7 permaneceu internado por 04 dias, fato que impossibilitou a avaliação no momento T₂. Assim no momento T₂, totalizaram 13 clientes.

O aumento expressivo da mobilidade entre os sujeitos também foi atribuído ao uso do curativo proposto no PCECDI, pois o mesmo impediu a aderência das lesões nas roupas de cama e de uso pessoal e nas superfícies de contato, além de favorecer os movimentos de extensão e flexão dos membros superiores e inferiores, a deambulação e a possibilidade de sentar-se fora do leito. Além disso, promoveu a mobilidade no leito, permitindo a mudança de decúbito, um cuidado essencial para prevenir um sério problema comum nesta clientela, às úlceras por pressão. No caso das dermatoses imunobolhosas, as úlceras por pressão podem se desenvolver, tendo em vista a existência prévia de fatores extrínsecos como a fragilidade da epiderme, o uso de corticoide em altas doses, desnutrição, principalmente nos casos da existência de lesões em cavidade oral, e a

dificuldade de mobilização ou até mesmo a imobilidade, principalmente quando as lesões são mantidas expostas.

O padrão de sono foi um atributo que também apresentou alterações em sua intensidade, tendo em vista que no momento T_1 apenas um sujeito do estudo considerava-se com um padrão de sono alto, com predomínio de oito sujeitos com padrão de sono considerado baixo. Do momento T_0 para o T_1 , houve uma melhora importante, pois apenas dois sujeitos se consideraram com padrão de sono baixo e sete com padrão de sono médio. No momento T_2 , apenas um cliente ainda considerava-se com padrão de sono baixo, conforme a Tabela 28.

Tabela 28 - Distribuição dos sujeitos segundo os termos linguísticos em relação ao atributo padrão de sono nos momentos T_0 , T_1 e T_2

PADRÃO DE SONO			
TERMO LINGUÍSTICO	T_0	T_1	T_2
Baixo	8	2	1
Médio	5	7	6
Alto	1	5	6
Total	14	14	13

Nota: O sujeito 7 permaneceu internado por 04 dias, fato que impossibilitou a avaliação no momento T_2 . Assim no momento T_2 , totalizaram 13 clientes.

A análise personalizada dos sujeitos no que diz respeito ao padrão de sono, Tabela 29, revela que oito consideraram que houve aumento deste atributo do momento T_0 para o T_1 e seis mantiveram-se na mesma condição. Do momento T_1 para T_2 , quatro clientes aumentaram seu padrão de sono, sete mantiveram-se na mesma condição e dois consideraram que houve redução deste atributo de alto para médio. Neste momento, um sujeito não foi avaliado devido alta solicitada.

Tabela 29 - Evolução dos sujeitos segundo os termos linguísticos em relação ao atributo padrão de sono nos momentos T₀, T₁ e T₂ com respectivas pertinências

SUJEITOS	T0		T1		T2		Evolução	
	CLASS	PERT	CLASS	PERT	CLASS	PERT	T ₀ a T ₁	T ₁ a T ₂
PADRÃO DO SONO								
1	Baixo	1,00	Médio	1,00	Alto	0,85	Aumento	Aumento
2	Alto	0,65	Alto	1,00	Alto	1,00	Manutenção	Manutenção
3	Médio	1,00	Médio	1,00	Alto	1,00	Manutenção	Aumento
4	Baixo	0,80	Baixo	0,75	Baixo	0,75	Manutenção	Manutenção
5	Baixo	1,00	Médio	1,00	Médio	1,00	Aumento	Manutenção
6	Baixo	0,80	Alto	0,70	Médio	1,00	Aumento	Redução
7	Médio	1,00	Médio	0,75	-	-	Manutenção	-
8	Médio	1,00	Alto	1,00	Alto	1,00	Aumento	Manutenção
9	Baixo	1,00	Médio	1,00	Alto	0,75	Aumento	Aumento
10	Baixo	0,80	Alto	1,00	Médio	1,00	Aumento	Redução
11	Médio	0,70	Alto	0,75	Alto	1,00	Aumento	Manutenção
12	Baixo	1,00	Médio	0,75	Médio	1,00	Aumento	Manutenção
13	Médio	1,00	Médio	0,70	Médio	0,70	Manutenção	Manutenção
14	Baixo	1,00	Baixo	0,50	Médio	0,75	Manutenção	Aumento

Nota: O sujeito 7 permaneceu internado por 04 dias, fato que impossibilitou a avaliação no momento T₂. Assim no momento T₂, totalizaram 13 clientes.

Ao analisar o padrão de sono, torna-se importante mencionar que, dos 14 sujeitos avaliados, três possuíam a indicação do uso do medicamento clonazepan, nas doses entre 1 a 2 mg/dia. A esse respeito, destaca-se que dois sujeitos já faziam uso da medicação de forma regular no domicílio e um iniciou o uso no ambiente hospitalar devido à própria doença cutânea, porém dias antes do início das ações de enfermagem propostas no PCECDI. Este último, não considerou mudança no seu padrão de sono nos três momentos da avaliação, mantendo-se no padrão de sono baixo apesar do uso da medicação. Lembra-se que este sujeito (4) apresentava-se com ICCMPV = 100 e sem resposta positiva em relação ao controle da doença. Dos outros dois que já faziam uso da medicação no domicílio, um referiu aumento do padrão de sono de baixo no momento T₀ para alto no momento T₁, e depois para o padrão médio no momento T₂, o outro que só foi avaliado nos momentos T₀ e T₁, manteve-se com padrão médio nos dois momentos. Diante dessas considerações, constata-se que o uso exclusivo da medicação não é suficiente para melhorar o padrão de sono, destacando a necessidade de associar os cuidados de enfermagem.

A Tabela 30 revela que, no momento T₀, a exposição do corpo e das lesões foi considerada alta por nove dos 14 sujeitos do estudo. Quatro sujeitos consideraram-se com exposição de

intensidade média, e apenas um sujeito idoso com diagnóstico médico de penfigoide bolhoso, apesar de apresentar lesões extensas, considerou a sua exposição baixa. Chama a atenção que, no momento T₁, apenas três clientes se mantiveram na condição de exposição alta. O predomínio de sujeitos neste momento que se consideraram com exposição média, mostra que a intensidade deste atributo foi reduzida. Do momento T₁ para o T₂, foi mantido o número de três sujeitos com exposição alta, mantendo predomínio de clientes que se consideravam com exposição média.

Tabela 30 - Distribuição dos sujeitos segundo os termos linguísticos em relação ao atributo exposição do corpo e das lesões nos momentos T₀, T₁ e T₂

EXPOSIÇÃO DO CORPO E DAS LESÕES			
TERMO LINGUÍSTICO	T₀	T₁	T₂
Baixa	1	1	2
Média	4	10	8
Alta	9	3	3
Total	14	14	13

Nota: O sujeito 7 permaneceu internado por 04 dias, fato que impossibilitou a avaliação no momento T₂. Assim no momento T₂, totalizaram 13 clientes.

A análise personalizada dos sujeitos sobre a exposição do corpo e das lesões, Tabela 31, indica que sete deles consideraram que houve redução deste atributo do momento T₀ para o T₁ (seis de alta para média e um de média para baixa); seis mantiveram-se na mesma condição, três com exposição alta e três média; e apenas um sentiu-se ainda mais exposto. Do momento T₁ para T₂, três sujeitos consideraram-se menos expostos (dois passaram da exposição alta para média e um de média para baixa), oito mantiveram-se na mesma condição (seis na média, um baixa e um alta); e dois perceberam aumento da exposição de média para alta. Informa-se que no momento T₂, sujeito não foi avaliado devido alta solicitada.

Tabela 31 - Evolução dos sujeitos segundo os termos linguísticos em relação ao atributo exposição do corpo e das lesões nos momentos T₀, T₁ e T₂ com respectivas pertinências

SUJEITOS	T ₀		T ₁		T ₂		Evolução	
	CLASS	PERT	CLASS	PERT	CLASS	PERT	T ₀ a T ₁	T ₁ a T ₂
EXPOSIÇÃO DO CORPO E DAS LESÕES								
1	Alta	1,00	Alta	0,55	Média	0,55	Manutenção	Redução
2	Alta	1,00	Alta	1,00	Alta	1,00	Manutenção	Manutenção
3	Alta	1,00	Média	0,90	Média	1,00	Redução	Manutenção
4	Alta	1,00	Média	0,85	Média	1,00	Redução	Manutenção
5	Média	0,75	Baixa	0,65	Baixa	1,00	Redução	Manutenção
6	Alta	1,00	Média	1,00	Alta	0,80	Redução	Aumento
7	Média	1,00	Média	0,75	-	-	Manutenção	-
8	Média	0,75	Média	1,00	Média	1,00	Manutenção	Manutenção
9	Alta	1,00	Alta	0,65	Média	1,00	Manutenção	Redução
10	Alta	1,00	Média	0,70	Média	1,00	Redução	Manutenção
11	Baixa	1,00	Média	0,75	Baixa	1,00	Aumento	Redução
12	Alta	0,70	Média	1,00	Média	1,00	Redução	Manutenção
13	Média	1,00	Média	1,00	Alta	0,70	Manutenção	Aumento
14	Alta	1,00	Média	1,00	Média	1,00	Redução	Manutenção

Nota: O sujeito 7 permaneceu internado por 04 dias, fato que impossibilitou a avaliação no momento T₂. Assim no momento T₂, totalizaram 13 clientes.

As mudanças positivas relacionadas à exposição do corpo e das lesões também podem ser atribuídas à proteção proporcionada pela aplicação do curativo sugerido no PCECDI. Este protege também o corpo desfigurado por lesões extensas e disseminadas, além de permitir o uso de roupas de uso pessoal, o que reduz de forma significativa a exposição.

Apesar disso, há de se considerar que a hospitalização por si só já expõe por demais os clientes. Nesse sentido, destaca-se que somente um cliente foi mantido em quarto exclusivo durante o período de hospitalização e de realização da pesquisa, todos os demais permaneceram em enfermarias, continuando expostos aos demais clientes, inclusive durante higiene, tendo em vista que os sanitários são de uso coletivo. A esse respeito, ressalta-se que um dos sujeitos solicitou alta hospitalar alegando, entre outros fatores, a falta de privacidade no ambiente da enfermaria.

Ressalta-se que a exposição do corpo e das lesões torna o sujeito vulnerável aos olhares estigmatizantes da sociedade, inclusive nos ambientes de atendimento à saúde, fato que interfere fortemente na sua autoestima. Além disso, é importante mencionar a exposição no sentido de estar em uma condição de maior vulnerabilidade a riscos, como infecções e infestações, principalmente quando inseridos no ambiente hospitalar e em uso de drogas imunossupressoras.

Ao analisar a Tabela 32, constata-se, no momento T_0 , que sete sujeitos consideraram-se com nível baixo e apenas um sujeito considerou-se com alto nível de conhecimento. Após 24 horas de intervenção, ou seja, no momento T_1 , pode-se observar uma mudança importante, pois nove clientes consideravam-se com nível médio e apenas dois com baixo conhecimento sobre a doença e autocuidado. No momento T_2 , apesar do predomínio de clientes que se consideravam com nível de conhecimento médio, quatro informaram ainda baixo conhecimento sobre a doença e autocuidado.

Tabela 32 - Distribuição dos sujeitos segundo os termos linguísticos em relação ao atributo conhecimento sobre a doença e autocuidado nos momentos T_0 , T_1 e T_2

CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA/AUTOCUIDADO			
TERMO LINGUÍSTICO	T_0	T_1	T_2
Baixo	7	2	4
Médio	6	9	7
Alto	1	3	2
Total	14	14	13

Nota: O sujeito 7 permaneceu internado por 04 dias, fato que impossibilitou a avaliação no momento T_2 . Assim no momento T_2 , totalizaram 13 clientes.

A evolução dos sujeitos do estudo em relação ao conhecimento sobre a doença/autocuidado, Tabela 33, mostra que do momento T_0 para o T_1 , seis consideraram que houve aumento deste atributo (quatro de baixo para médio, um de baixo para alto e um de médio para alto); e oito mantiveram-se na mesma condição (quatro com médio, dois com baixo e um com alto). Do momento T_1 para T_2 , três sujeitos consideraram-se mais orientados (dois de médio para alto e um de baixo para médio), seis permaneceram na condição anterior (cinco com médio e um baixo). Chama a atenção o fato de quatro sujeitos considerarem-se com conhecimento reduzido (dois de alto para baixo, um de alto para médio e um de médio para baixo) no momento T_2 , ou seja, uma semana após intervenções. Lembra-se que no momento T_2 , um sujeito não foi avaliado devido alta solicitada. Ver a Tabela 33.

Tabela 33 - Evolução dos sujeitos segundo os termos linguísticos em relação ao atributo conhecimento sobre a doença e autocuidado nos momentos T₀, T₁ e T₂ com as respectivas pertinências

SUJEITOS	T0		T1		T2		EVOLUÇÃO	
	CLASS	PERT	CLASS	PERT	CLASS	PERT	T ₀ a T ₁	T ₁ a T ₂
CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA/AUTOCUIDADO								
1	Médio	1,00	Médio	1,00	Médio	0,75	Manutenção	Manutenção
2	Alto	0,75	Alto	1,00	Baixo	0,75	Manutenção	Redução
3	Médio	1,00	Médio	1,00	Alto	0,70	Manutenção	Aumento
4	Baixo	0,75	Alto	0,75	Baixo	0,75	Aumento	Redução
5	Baixo	0,75	Médio	1,00	Médio	0,80	Aumento	Manutenção
6	Baixo	1,00	Médio	1,00	Baixo	0,75	Aumento	Redução
7	Médio	1,00	Médio	1,00	-	-	Manutenção	-
8	Médio	1,00	Médio	0,60	Alto	1,00	Manutenção	Aumento
9	Baixo	1,00	Médio	1,00	Médio	1,00	Aumento	Manutenção
10	Baixo	1,00	Baixo	0,65	Baixo	0,65	Manutenção	Manutenção
11	Médio	0,80	Alto	0,70	Médio	1,00	Aumento	Redução
12	Baixo	1,00	Médio	0,80	Médio	1,00	Aumento	Manutenção
13	Médio	0,70	Médio	1,00	Médio	0,80	Manutenção	Manutenção
14	Baixo	1,00	Baixo	0,75	Médio	1,00	Manutenção	Aumento

Nota: O sujeito 7 permaneceu internado por 04 dias, fato que impossibilitou a avaliação no momento T₂. Assim no momento T₂, totalizaram 13 clientes.

Entendendo que o aprendizado deve ser considerado um processo, destaca-se a sensibilidade que o profissional deve ter para realizar a orientação no momento mais apropriado, tendo em vista que em alguns casos, a dor física é tão intensa, que o mesmo deve priorizar os cuidados relativos a higiene e proteção das lesões, para depois iniciar as orientações recomendadas no PCECDI. Em outros, percebe-se que o cliente precisa de orientação imediata pois apresenta-se angustiado, preocupado e com inúmeras dúvidas, como por exemplo, a origem e evolução da doença, se as lesões irão desaparecer totalmente, como poderá controlar a doença, entre outras. Esta avaliação normalmente é realizada durante a entrevista com o cliente.

No caso deste estudo, as orientações somente eram iniciadas após a avaliação do cliente (PACD) e primeira avaliação dos atributos estabelecidos (T₀). Menciona-se que diante do quadro apresentado pelos sujeitos do estudo, durante a realização da pesquisa priorizou-se atender à demanda de conhecimento dos mesmos. Observou-se que estas foram predominantemente relacionadas à doença, ou seja, sobre o processo de adoecimento, evolução provável do quadro e

tratamento. As demais orientações foram, em sua maioria, relacionadas ao momento, ou seja, em relação à higiene, prevenção de traumatismos, de infecções e no sentido de aumentar a capacidade do cliente em lidar com a situação. Sobre isso, destaca-se a importância da linguagem acessível.

Assim, durante a realização deste estudo foi respeitada a disponibilidade dos sujeitos para receber as orientações, sendo informado aos sujeitos da pesquisa sobre a disponibilidade do pesquisador para ouvir as questões e esclarecer as dúvidas apresentadas durante todo o período da pesquisa, ou seja, durante os sete dias de acompanhamento dos mesmos, conforme estabelecido.

Nesse sentido, ressalta-se que à medida que o cliente apresenta evolução satisfatória do quadro, outras orientações são necessárias, inclusive as relacionadas aos cuidados que serão indispensáveis no domicílio. Assim, destaca-se a importância de manter orientações de acordo com as necessidades. Como refere Kolcaba, as medidas de conforto proporcionam ao cliente a possibilidade de buscar outras formas de conforto³², entre elas, a possibilidade de se autocuidar após a alta hospitalar. Assim, destaca-se o conforto proporcionado pela autonomia.

No que diz respeito à relação entre o nível de escolaridade dos sujeitos do estudo e o conhecimento sobre a doença e autocuidado, não foi observada diferença significativa entre os clientes no momento T₀, tendo em vista que os dois sujeitos com maior escolaridade (um com nível superior completo e outro em andamento) consideravam-se com nível de conhecimento médio, antes de qualquer intervenção, o que também foi considerado por outros quatro clientes que declararam possuir apenas o primeiro grau incompleto.

Ressalta-se que os clientes que se consideravam com conhecimento médio sobre a doença, referiram que este conhecimento foi adquirido durante as consultas médicas que antecederam a internação. A esse respeito, destaca-se que, antes de chegar a instituição onde foram hospitalizados, que possui serviço especializado, muitos sujeitos procuraram atendimento em emergências e outros serviços e nem sempre conseguiram atendimento por equipes de saúde especializada em dermatologia.

Outra fonte de informação utilizada pelos próprios clientes e/ou familiares foi a internet. Sobre isso, destaca-se que as fontes nem sempre são confiáveis, além de privilegiar a doença, em detrimento ao autocuidado.

A análise da evolução dos sujeitos segundo os termos linguísticos (baixa, média e alta) em relação aos atributos estabelecidos, com respectivas pertinências de forma isolada, ou seja, sem realizar os cruzamentos entre os mesmos, revelou a redução do atributo dor em oito sujeitos; e da exposição do corpo e das lesões em sete sujeitos; além do aumento da mobilidade em nove sujeitos,

do padrão de sono em oito sujeitos e do conhecimento sobre a doença/autocuidado em seis sujeitos do T_0 para o momento T_1 . Tal fato revela que uma evolução satisfatória em 50% ou mais em relação a quase todos os atributos, com exceção do atributo conhecimento sobre a doença e autocuidado, considerado aumentado por seis sujeitos, ou seja, menos de 50%.

Analisando a evolução dos sujeitos do momento T_1 para o momento T_2 , observa-se uma evolução menos expressiva em relação a todos os atributos, porém a manutenção de uma evolução considerada positiva, tendo em vista que os sujeitos, em sua maioria, mantiveram-se em uma condição mais favorável que a apresentada no momento T_0 .

Associação entre a implementação da TCECDI e a promoção do conforto

A veracidade da hipótese substantiva de uma associação entre a implementação da TCECDI e a promoção do conforto do cliente com dermatoses imunobolhosas foi avaliada pelo sistema de inferência *fuzzy* para classificar padrões de conforto/bem-estar.

Os resultados apresentados na Tabela 34 revelam que no momento T_0 , ou seja, antes da aplicação das intervenções de enfermagem propostas no PCECDI, houve predomínio de sujeitos que se apresentavam com nível de desconforto máximo, pois oito deles foram classificados nesta condição, e quatro com desconforto mediano. Este quadro foi consideravelmente modificado após 24 horas, ou seja, no momento T_1 , isso porque dos oito sujeitos que se apresentaram com desconforto máximo no momento T_0 , apenas um manteve-se nesta condição, sete deles passaram a ser classificados com nível de desconforto mediano e seis com desconforto mínimo. Este quadro foi mantido no momento T_2 , pois apenas o sujeito 4, que apresentou ICCMPV= 100, manteve-se com desconforto máximo.

Tabela 34 - Distribuição dos sujeitos segundo os termos linguísticos no cruzamento entre os atributos dor e mobilidade nos momentos T_0 , T_1 e T_2

DOR E MOBILIDADE			
DESCONFORTO	T₀	T₁	T₂
Máximo	8	1	1
Mediano	4	7	8
Mínimo	2	6	4
Total	14	14	13

Nota: O sujeito 7 permaneceu internado por 04 dias, fato que impossibilitou a avaliação no momento T_2 . Assim no momento T_2 , totalizaram 13 clientes.

Os resultados obtidos individualmente mostram que as intervenções propostas no PCECDI reduziram o desconforto em relação aos atributos dor e mobilidade nas primeiras 24 horas, ou seja, de T₀ a T₁, pois sete dos 14 sujeitos do estudo tiveram seu desconforto reduzido, sendo três de máximo para mediano, três de máximo para mínimo e um de mediano para mínimo, Tabela 35.

Tabela 35 - Padrão de desconforto em termos linguísticos dos sujeitos segundo o cruzamento entre os atributos dor e mobilidade nos momentos T₀, T₁ e T₂

DOR E MOBILIDADE			
SUJEITO	T₀	T₁	T₂
1	Mediano	Mediano	Mínimo
2	Mediano	Mínimo	Mínimo
3	Máximo	Mediano	Mediano
4	Máximo	Mínimo	Máximo
5	Máximo	Mediano	Mediano
6	Máximo	Mínimo	Mediano
7	Mediano	Mediano	-
8	Máximo	Mínimo	Mediano
9	Máximo	Mediano	Mediano
10	Máximo	Máximo	Mediano
11	Mínimo	Mínimo	Mínimo
12	Mediano	Mediano	Mediano
13	Mínimo	Mínimo	Mediano
14	Mediano	Mediano	Mínimo

Nota: O sujeito 7 permaneceu internado por 04 dias, fato que impossibilitou a avaliação no momento T₂. Assim no momento T₂, totalizaram 13 clientes.

Uma semana após, de T₁ para T₂, seis sujeitos mantiveram o padrão de desconforto (quatro mediano e dois mínimo), quatro tiveram aumento do desconforto (três de mínimo para mediano e um de mínimo para máximo); três apresentaram o desconforto minorado (dois de mediano para mínimo e um de máximo para mediano). Outro não foi avaliado no momento T₂ devido alta a pedido, Tabela 35.

Ao analisar a evolução do padrão de desconforto do momento T₀ para o T₂, observa-se evolução expressiva, pois houve aumento significativo do número de clientes com padrão de desconforto mediano (oito) e mínimo (quatro). Apenas um sujeito com desconforto máximo.

Ressalta-se que a redução do desconforto em relação à dor e à mobilidade, ocorrida

principalmente nas primeiras 24 horas, seja atribuída principalmente a realização do curativo proposto no protocolo, tendo em vista que o mesmo protege as lesões, mantém o meio úmido, reduz a aderência das lesões nas superfícies de contato, fatores que ajudam a favorecer a mobilidade do cliente no leito e fora dele.

Agregando aos atributos dor e mobilidade o atributo padrão de sono, constata-se na Tabela 36, que em nenhum dos três momentos obteve-se desconforto mínimo. Porém, constata-se que no momento T_0 houve predomínio de sujeitos com desconforto máximo, o que foi mudado após aplicação dos cuidados propostos no PCECDI, pois observou-se que dois sujeitos passaram do desconforto máximo para o mediano (momento T_1), o que se repetiu no momento T_2 , para quatro sujeitos, resultando no predomínio de clientes com desconforto médio. Um sujeito não foi avaliado no momento T_2 devido alta hospitalar.

Tabela 36 - Distribuição dos sujeitos segundo os termos linguísticos no cruzamento entre os atributos dor, mobilidade e padrão de sono nos momentos T_0 , T_1 e T_2

DOR/MOBILIDADE/PADRÃO DE SONO			
DESCONFORTO	T_0	T_1	T_2
Máximo	11	9	5
Mediano	3	5	8
Mínimo	-	-	-
Total	14	14	13

Nota: O sujeito 7 permaneceu internado por 04 dias, fato que impossibilitou a avaliação no momento T_2 . Assim no momento T_2 , totalizaram 13 clientes.

A redução do padrão de desconforto dos sujeitos também pode ser também atribuída aos cuidados relativos a higiene do corpo e das lesões e realização do curativo propostos no PCECDI, tendo em vista a redução da dor, o aumento da mobilidade e conseqüentemente possibilidade no deitar-se no leito sem que as lesões fiquem aderidas as roupas de cama e ao lençol, possibilitando o repouso no leito e conseqüentemente o sono.

Conforme Tabela 37, a interação entre os atributos dor, mobilidade e padrão de sono para avaliar o padrão de desconforto de cada cliente revelam que as intervenções propostas no PCECDI reduziram o desconforto (de máximo para mediano) em apenas três clientes nas primeiras 24 horas, ou seja, de T_0 a T_1 , dez mantiveram-se no mesmo padrão (oito máximo e dois mediano) e apenas

um teve o desconforto aumentado (de mediano para máximo).

Tabela 37 - Padrão de desconforto em termos linguísticos dos sujeitos segundo o cruzamento entre os atributos dor, mobilidade e padrão de sono nos momentos T₀, T₁ e T₂

DOR/MOBILIDADE/PADRÃO DE SONO			
SUJEITO	T₀	T₁	T₂
1	Mediano	Mediano	Máximo
2	Mediano	Máximo	Máximo
3	Máximo	Mediano	Mediano
4	Máximo	Máximo	Máximo
5	Máximo	Máximo	Mediano
6	Máximo	Máximo	Mediano
7	Máximo	Máximo	-
8	Máximo	Máximo	Mediano
9	Máximo	Mediano	Mediano
10	Máximo	Máximo	Mediano
11	Máximo	Máximo	Máximo
12	Mediano	Mediano	Mediano
13	Máximo	Máximo	Mediano
14	Máximo	Mediano	Máximo

Nota: O sujeito 7 permaneceu internado por 04 dias, fato que impossibilitou a avaliação no momento T₂. Assim no momento T₂, totalizaram 13 clientes.

Ainda de acordo com a Tabela 37, uma semana após, T₁ a T₂, seis sujeitos mantiveram o padrão de desconforto (três máximo e três mediano) cinco tiveram redução do desconforto (máximo para mediano) e dois deles tiveram o seu desconforto aumentado (de mediano para máximo). Outro não foi avaliado no momento T₂.

Analisando a evolução dos sujeitos em relação à associação entre estes atributos do momento T₀ para T₂, constata-se que, apesar de nenhum sujeito apresentar padrão de desconforto mínimo após sete dias de intervenção, houve evolução satisfatória, tendo em vista que onze sujeitos apresentavam padrão de desconforto máximo e três mediano antes das intervenções, (T₀), quadro bastante modificado no momento T₂, quando cinco apresentaram desconforto máximo e oito mediano.

Ao substituir o atributo padrão de sono pelo atributo exposição do corpo e das lesões na

interação entre dor e mobilidade, a Tabela mostra no momento T_0 predomínio de onze sujeitos com desconforto máximo, número consideravelmente reduzido nos momentos T_1 e T_2 , quando apenas quatro sujeitos permaneciam nesta condição, pois os demais passaram para o padrão de desconforto mediano.

Tabela 38 - Distribuição dos sujeitos segundo os termos linguísticos no cruzamento entre os atributos dor, mobilidade e exposição do corpo e das lesões nos momentos T_0 , T_1 e T_2

DOR/MOBILIDADE/ EXPOSIÇÃO DO CORPO E DAS LESÕES			
DESCONFORTO	T₀	T₁	T₂
Máximo	11	4	4
Mediano	2	10	8
Mínimo	1	0	1
Total	14	14	13

Nota: O sujeito 7 permaneceu internado por 04 dias, fato que impossibilitou a avaliação no momento T_2 . Assim no momento T_2 , totalizaram 13 clientes.

A avaliação entre os cruzamentos dos atributos dor, mobilidade e exposição revela que do momento T_0 para T_1 , sete sujeitos tiveram seu desconforto reduzido (de máximo para mediano); seis se mantiveram no mesmo padrão; e um teve o desconforto aumentado (de mínimo para mediano). Ver a Tabela 39.

A Tabela 39 mostra ainda que do momento de T_1 para T_2 , seis mantiveram o padrão de desconforto (cinco mediano e um máximo), quatro tiveram redução do desconforto (três de máximo para mediano e um de médio para mínimo), e três, aumento do desconforto (de mediano para máximo). Outro não foi avaliado no momento T_2 devido alta hospitalar.

Comparando o padrão de desconforto apresentado pelos sujeitos em relação a estes atributos no momento T_0 e no momento T_2 , observa-se redução do desconforto, pois antes das intervenções propostas, onze sujeitos classificaram-se com desconforto máximo, dois mediano e um mínimo. Uma semana após as intervenções (T_2) quatro consideravam-se com desconforto máximo, oito mediano e um com padrão mínimo.

Apenas o sujeito 2 não apresentou alteração no seu desconforto em nenhum dos períodos, mantendo-se com desconforto máximo, Tabela 39.

Tabela 39 - Padrão de desconforto em termos linguísticos dos sujeitos segundo o cruzamento entre os atributos dor, mobilidade e exposição do corpo e das lesões nos momentos T₀, T₁ e T₂

DOR/MOBILIDADE/EXPOSIÇÃO DO CORPO E DAS LESÕES			
SUJEITO	T₀	T₁	T₂
1	Máximo	Máximo	Mediano
2	Máximo	Máximo	Máximo
3	Máximo	Mediano	Mediano
4	Máximo	Mediano	Máximo
5	Máximo	Mediano	Mediano
6	Máximo	Mediano	Máximo
7	Mediano	Mediano	-
8	Máximo	Mediano	Mediano
9	Máximo	Máximo	Mediano
10	Máximo	Máximo	Mediano
11	Mínimo	Mediano	Mínimo
12	Máximo	Mediano	Mediano
13	Mediano	Mediano	Máximo
14	Máximo	Mediano	Mediano

Nota: O sujeito 7 permaneceu internado por 04 dias, fato que impossibilitou a avaliação no momento T₂. Assim no momento T₂, totalizaram 13 clientes.

A apreciação dos cruzamentos dos atributos oriundos das máquinas *fuzzy* que inferiram os consequentes classificatórios do desconforto nos termos linguísticos máximo, mediano e mínimo permitiram aferir se a tecnologia proposta nesta pesquisa para avaliação e aplicação de cuidados de enfermagem ao cliente com dermatoses imunobolhosas interferiu de forma positiva e/ou negativa na evolução dos clientes, em relação ao seu padrão de desconforto.

Considerou-se que a implementação da TCECDI interferiu de forma expressiva nas necessidades de conforto dos sujeitos do estudo nos contextos: físico, psicoespiritual e socioculturais pertinentes à Teoria de conforto de Kolcaba^{10,32,33}.

Em relação ao contexto físico, que diz respeito às sensações físicas, mecanismos homeostáticos e funções imunes³², destacam-se os cuidados propostos no PCECDI relativos aos objetivos: aliviar o desconforto; promover a cicatrização e prevenir lesões; prevenir infecções e

infestações; manter o equilíbrio hídrico e eletrolítico e controlar os possíveis efeitos adversos do tratamento.

Em relação ao contexto psicoespiritual, relativo à realização de cuidados direcionados para a informação, autoconceito, autoestima, sexualidade e fé em um ser superior³², ressaltam-se os cuidados propostos nos objetivos: avaliar as influências sociais, emocionais e espirituais das dermatoses imunobolhosas na vida do cliente e família e orientar o cliente e família na tentativa de reduzir a ansiedade e aumentar a capacidade para lidar com o problema.

Sobre o contexto sociocultural, relacionado ao fornecimento de apoio nas relações interpessoais, familiares e sociais e a tradições culturais³², os cuidados referiram-se ao acolhimento, à disponibilidade para ouvir os problemas vivenciados pelo cliente e família e estabelecimento de relação de confiança com os mesmos.

Porém, em relação ao contexto ambiental, destacam-se as diferentes realidades das instituições onde o estudo foi realizado e as dificuldades por estas apresentadas, tais como: planta física, falta de quarto com banheiro privativo e conseqüente falta de privacidade, uso coletivo de sanitários, higienização precária, pisos escorregadios, temperatura ambiental inadequada, e ruídos entre outras. Fato que culminou inclusive no pedido de alta de um dos sujeitos após quatro dias de internação. Informa-se que a pesquisadora trabalhou de acordo com as condições/limitações ambientais e estruturais apresentadas. Este contexto segundo a própria Kolcaba depende de uma filosofia institucional³², sendo considerado uma limitação do estudo.

Baseando-se nas classificações advindas da lógica *fuzzy*, na definição de conforto como uma experiência imediata de ter atendidas as necessidades humanas básicas e nos três sentidos técnicos preconizados por Kolcaba^{10,32,33}, constatou-se redução significativa do padrão de desconforto dos sujeitos durante a realização da pesquisa, em especial nas primeiras 24 horas.

Assim, afirma-se que a aplicação do PCECDI proporcionou o atendimento das necessidades humanas básicas dos sujeitos, principalmente nos seguintes sentidos técnicos preconizados por esta teórica: *relief* – alívio, tendo em vista a redução da dor e o aumento da mobilidade; e *easy* – calma, diante da melhora no padrão de sono, redução da exposição do corpo e das lesões e esclarecimento de dúvidas apontadas pelos mesmos, em especial, sobre a doença.

Considerando o conforto desfecho do cuidado e que este é sensível as mudanças ao longo do tempo, considera-se que o sentido técnico *transcendence* – transcendência foi alcançado em alguns momentos pela maioria dos sujeitos do estudo. Tal fato foi evidenciado em oito, do total de 14 sujeitos, principalmente nos que apresentavam lesões cutâneas extensas. No caso dos sujeitos com

PV, por exemplo, observou-se que os sete que apresentaram ICCMPV = 40 (um); 60 (três); 80 (dois) e 100 (um), foram os que apresentaram maior redução do desconforto, quando comparado aos dois sujeitos que apresentaram ICCMPV = 30 e 35, com lesões restritas a mucosa bucal.

Apesar do sofrimento e limitações apresentados em função da doença, observou-se nestes sujeitos, nas primeiras 24 horas após intervenções, a presença dos DE - disposição para melhora do autocuidado, disposição para enfrentamento melhorado, disposição para melhora da esperança e disposição para melhora do conforto. As características que definem estes DE, entre elas, o relato de desejo de aumentar a independência na manutenção da saúde e bem-estar; a utilização recursos espirituais e de grande variedade de estratégias voltadas ao problema e à emoção; a expressão de desejo de aumentar o conforto, o relaxamento, e de intensificar a resolução das queixas⁵³, estão de acordo com as apontadas por Kolcaba^{10,33}, em especial as relacionadas ao DE disposição para melhora do conforto.

Assim, ratifica-se que na medida em que o conforto era promovido a partir das intervenções de enfermagem propostas no PCECDI, realizadas a partir da avaliação personalizada, facilitada pela aplicação do PACD, a disposição das mesmas para o autocuidado, para o enfrentamento da doença e maximização do conforto aumentava.

Neste sentido, destaca-se a necessidade de um tempo maior para assimilar, processar e aceitar a nova condição, entre elas a de ter desenvolvido uma doença cutânea crônica, que traz inúmeras repercussões em suas vidas.

5.7 Resumo da evolução dos sujeitos após aplicação da TCECDI

Ressalta-se que a TCECDI foi aplicada em todos os 14 sujeitos que aceitaram a participar da pesquisa, sendo a intervenção interrompida em apenas um com pênfigo vulgar, gênero feminino que solicitou alta após quatro dias de internação, preferindo realizar o seu tratamento em instituição privada uma vez que possui plano de saúde. Todos os demais solicitaram continuidade das intervenções durante o período da pesquisa e inclusive posteriormente, sendo realizadas pelos enfermeiros e equipe do setor, tendo em vista a realização do curso e treinamento em serviço feito pelo pesquisador.

Nenhum sujeito evoluiu para óbito durante o período da pesquisa. Porém, um do gênero

feminino, com pênfigo vulgar, 60 anos, com ICCMPV=100, evoluiu para óbito após 50 dias de hospitalização, mais especificamente 28 dias após realização da pesquisa. Esta não respondeu a terapêutica medicamentosa proposta, mantendo ICCMPV=100, além de apresentar hiperglicemia constante e quadro infeccioso apesar do tratamento com antibióticos. Menciona-se, que esta somente foi avaliada 16 dias após a hospitalização, sendo observado uso de curativo inadequado durante este período, fato que contribuiu para o aumento de suas lesões. Ver Apêndice E - Caso clínico 5 - fotografia 10 dias antes da intervenção.

Os 12 demais sujeitos saíram de alta médica, com recomendação de acompanhamento ambulatorial, sendo que uma delas na cidade de domicílio Angra dos Reis, onde mantém acompanhamento com dermatologista. Estes não apresentaram recidivas mantendo controle da doença com acompanhamento ambulatorial, porém um necessitou de nova internação somente para administração de medicação endovenosa, devido residência em outro município.

Os dois sujeitos do gênero feminino com pênfigo vulgar hospitalizados no HAP/MS saíram de alta, porém devido residência em outros estados, Mato Grosso e Distrito Federal, foram orientadas a retornar a instituição após 60 dias para acompanhamento ambulatorial. A idosa proveniente do Mato Grosso teve que ser novamente internada em agosto de 2013, ou seja, após seis meses da alta devido recidiva da doença; a outra, que reside no Distrito Federal não compareceu na instituição para acompanhamento ambulatorial e ou nova internação.

CONCLUSÃO

A obtenção dos resultados descritos neste estudo somente foi possível mediante o alcance de todos os objetivos formulados. Isto porque para propor a TCECDI (PACD + PCECDI), foi necessário elaborar, validar e aplicar um instrumento de avaliação dos clientes (PACD), que privilegiasse a integralidade dos mesmos, facilitando a identificação dos DE, e consequentemente a aplicação do PCECDI. Assim, durante esta pesquisa realizou-se o acompanhamento dos clientes, avaliando-os antes e após a intervenção de enfermagem, relacionando-a a promoção de seu conforto/bem-estar.

A análise das evidências aponta para a veracidade da hipótese substantiva de que a TCECDI contribui para o conforto/bem-estar dos clientes com dermatoses imunobolhosas, principalmente os que apresentam lesões cutâneas extensas. Esta foi avaliada segundo técnicas que envolvem o raciocínio aproximado, sistema de inferência *fuzzy*, aplicado em cada cliente a partir da avaliação personalizada. O uso desta metodologia permitiu classificar o padrão de conforto dos sujeitos com o respectivo valor de pertinência na associação dos atributos: dor, mobilidade, padrão de sono, exposição do corpo e das lesões e conhecimento sobre a doença e autocuidado.

A possibilidade de pesquisar com pequena amostra se justificou, pois não foi realizada a inferência estatística baseada em distribuições que convergem para a distribuição de probabilidade de curva normal. Portanto, a aplicação da lógica *fuzzy* contribuiu para o acompanhamento e avaliação dos sujeitos, pois permitiu reconhecer padrões de conforto/bem-estar, a partir da participação ativa dos mesmos que se expressaram, em função de uma escala cromática, em relação a avaliação de cada atributo considerado fundamental para identificar o seu padrão de desconforto nos três momentos estabelecidos.

Seus resultados apontam possibilidades para nortear outras pesquisas, envolvendo fenômenos no qual a quantificação é insuficiente para a tomada de decisão quanto à eficácia da intervenção. Assim, demonstrou-se a propriedade de uma avaliação qualiquantitativa em um período de tempo de observação da prática de enfermagem proposta inicialmente para defesa da tese enunciada.

A análise dos resultados obtidos demonstrou que o atendimento das necessidades humanas dos sujeitos do estudo, promoveu a redução do seu desconforto/ mal-estar e a prevenção de riscos à saúde, tendo em vista que a pesquisa foi realizada no período de uma semana. Para facilitar a

recuperação dos mesmos e alcance do conforto esperado, assegurando assim, a promoção de sua vida com qualidade, ressalta-se a necessidade de manter para os casos de dermatoses imunobolhosas os cuidados propostos.

Portanto, confirmou-se que a intervenção de enfermagem fundamentada nos princípios filosóficos de Henderson e na Teoria do conforto de Kolcaba, para o cuidado aos clientes com dermatoses imunobolhosas, prescrita após o seu acurado exame clínico e determinação dos diagnósticos de enfermagem, contribui para o conforto/bem-estar dessas pessoas.

Ao privilegiar a autonomia do enfermeiro no exercício profissional, utilizando seu saber específico e não apenas cumprindo as prescrições médicas, centrada na terapia medicamentosa, o desenvolvimento desta pesquisa contribuiu também para a enfermagem como profissão, preenchendo lacunas nesta área do conhecimento, possibilitando o ensino qualificado, além de estimular entre os profissionais de saúde a reflexão, compreensão e desenvolvimento de outras pesquisas sobre a prática do cuidado em saúde, principalmente em dermatologia.

Apesar das contribuições deste estudo, ressalta-se a essencialidade de um atendimento de enfermagem, que por sua complexidade requer dos enfermeiros conhecimentos relativos à especificidade das dermatoses imunobolhosas, inclusive para o preparo da equipe, previsão e provisão de recursos materiais, estruturais e ambientais indispensáveis a uma atenção especializada/humanizada e livre de riscos. Diante da escassez de unidades de internação especificamente voltadas para os clientes com afecções cutâneas, e de enfermeiros especialistas nesta área, destaca-se a necessidade de qualificar estes profissionais, inclusive para assessorar a estrutura do ambiente físico e a organização das unidades de internação de dermatologia. Neste sentido, menciona-se que conteúdo programático dos cursos de especialização na área de enfermagem em dermatologia deve contemplar o cuidar de enfermagem em dermatologia nos diferentes níveis de atenção à saúde, incluindo as unidades de internação.

Diante dos resultados obtidos, espera-se despertar nos enfermeiros a necessidade de aplicar a TCECDI proposta neste estudo, e a partir desta, propor outras possibilidades de pesquisa e de cuidados.

REFERÊNCIAS

- 1 Oliveira EB, Brandão ES, Ferreira ARA. Peculiaridades no contexto do cuidado do cliente dermatológico: disseminando novas práticas e novos saberes. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2006.
- 2 Santos I dos, Brandão ES, Clos AC. Enfermagem dermatológica: competências e tecnologia da escuta sensível para atuar nos cuidados com a pele. *Rev Enferm UERJ*. 2009; 17(1): 124-30.
- 3 Brandão ES, Santos I dos. Formulário de admissão em dermatologia: um instrumento facilitador do cuidado de enfermagem personalizado e integral. *ReTEP, Rev Tend Enferm Prof*. 2009; 2(2): 93-7.
- 4 Santos I dos, Gauthier J, Caldas CP, Figueiredo NMA, Erdmann AL. Cuidar da integralidade do ser: perspectiva estética/sociopoética de avanço no domínio da enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2012; 20(1): 4-9.
- 5 Oliveira EB, Brandão ES. Contribuições do grupo de apoio no tratamento de clientes com problemas dermatológicos. *Cadernos IPUB*. 2000; VI (19): 211-23.
- 6 Brandão ES. O cuidar de enfermagem ao cliente com afecção cutânea: Paradigma Sociopoético. [Dissertação] Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem; 2002.
- 7 Santos I dos, Brandão ES, Neves EP. A perspectiva sociopoética do cuidar em dermatologia: correlação com a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson. In: Brandão ES, Santos I dos. *Enfermagem em dermatologia: cuidados técnico, dialógico e solidário*. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2006. p. 55-67.
- 8 Brandão ES. O cuidar do cliente com pênfigo: um desafio para a enfermagem. In: Brandão ES, Santos I dos. *Enfermagem em dermatologia: cuidados técnico, dialógico e solidário*. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2006. p. 109-30.
- 9 Ferin CF, Rodrigo MTL. El modelo de Virginia Henderson. In: Ferrín CF, Gómez MVN. *De La teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson em el siglo XXI*. Barcelona: Masson; 1998. p. 33-8.
- 10 Down T. Katherine Kocalba: theory of confort. In: Tomey AM, Alligood MR. *Nursing theorists and their work*. 6ª ed. New York: Mosby Elsevier; 2006. p. 726-42.
- 11 Porro AM. Dermatoses Imunobolhosas. In: Rotta O. *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP. Dermatologia: clínica, cirúrgica e cosmiátrica*. São Paulo: Manole; 2008. p. 259-66.
- 12 Cunha PR, Barravieira SRCS. Dermatoses auto-imunes. *An Bras Dermatologia*. 2009; 84(2): 111-24.

- 13 Hanauer L, Azulay-Abulafia L, Azulay RD, Azulay DR, Azulay RD. Doenças vesicobolhosas In: Azulay RD, Azulay DR, Azulay-Abulafia L. Dermatologia. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p. 145-61.
- 14 Femiano F. Pemphigus vulgaris: recent advances in our understanding of its pathogenesis. *Minerva Stomatol.* 2007; 56: 215-23.
- 15 Gonçalves GAP, Brito MMC, Salathiel AM, Ferraz TS, Alves D, Roselino AMF. Incidência do pênfigo vulgar ultrapassa a do pênfigo foliáceo em região endêmica para pênfigo foliáceo: análise de série histórica de 21 anos. *An Bras Dermatologia.* 2011; 86(6): 109-12.
- 16 Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS [acesso em 2013 jul 12]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>.
- 17 Silvestre MC, Netto JCA. Pênfigo foliáceo endêmico: características sociodemográficas e incidência nas microrregiões do estado de Goiás, baseadas em estudos de pacientes atendidos no Hospital de Doenças Tropicais, Goiânia, GO. *An Bras Dermatologia.* 2005; 80(3): 261-6.
- 18 Chagas ACF, Ivo ML, Honer MR, Correa RF, Situação do pênfigo foliáceo endêmico em Mato Grosso do Sul. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2005; 13(2): 274-6.
- 19 Bressan AL, Silva RS, Fontenelle E, Gripp AC. Imunossupressores na dermatologia. *An Bras Dermatol.* 2010; 85(1).
- 20 Brandão ES, Santos I dos Carvalho MR de, Pereira SK. Evolução do cuidado de Enfermagem ao cliente com pênfigo: revisão integrativa da literatura. *Rev Enferm UERJ.* 2011; 19(3): 479-84.
- 21 Brandão ES, Santos I dos. Evidences related to the care of people with pemphigus vulgaris: a challenge to nursing. *Online braz. j. nurs.* [Online]. 2012 Sept [acesso em 2013 Jul 25] 12(1): 162-77. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3674>.
- 22 Watson J. Enfermagem pós-moderna e futura. Lisboa: Lidel; 2002.
- 23 Pokomy ME. Nursing Theorists of Historical Significance. In: Alligood MR, Marriner-Tomey A. *Nursing Theorists and their work.* 7ª ed. USA: Mosby Elsevier; 2010. p. 54-68.
- 24 Santos I dos, Gauthier J. *Enfermagem: análise institucional e sociopoética.* Rio de Janeiro: EEAN; 1998.
- 25 Eagleton T. *A Ideologia da estética.* Rio de Janeiro: Zahar; 1993.
- 26 Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: Santos I dos, Figueiredo NMA, Padilha MCS, Cupello AJ, Souza SROS, Machado WCA. *Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade-questões-soluções.* São Paulo: Atheneu; 2004. p. 37-64.

- 27 Santos I dos, Berardinelli LMM, Rodrigues BMRD, Figueiredo NMA, Erdman AL. A perspectiva estética: filosofia e apropriação para o cuidado de enfermagem. Rio de Janeiro: Rocca; 2012.
- 28 Arendt H. A condição humana. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004.
- 29 Brandão ES. Desvendando os segredos do cuidar. In: Brandão ES, Santos I dos. Enfermagem em dermatologia: cuidados técnico, dialógico e solidário. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2006. p. 3-9.
- 30 Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Saúde em Debate. 2003 set-dez; 27(65).
- 31 Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
- 32 Kolcaba K. Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research. New York: Springer; 2008.
- 33 Kocalba K. Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. Adv Nurs Sci. 1992; 15(1): 1-10.
- 34 Silva CRL. Conceito de conforto na perspectiva de clientes e de enfermeiras em unidades de internação hospitalar [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery; 2008.
- 35 Zadeh LA. Fuzzy sets. Inform Contr. 1965; 8: 338-53.
- 36 Ahmed E. Fuzzy cellular automata models in immunology. J Statist Phys. 1996; 85 (1/2): 291-3.
- 37 Ortega NRS. Aplicação da teoria dos conjuntos fuzzy a problemas da biomedicine [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Física; 2001. 152p.
- 38 Jensen R, Lopes MHBM. Enfermagem e a lógica fuzzy: uma revisão integrativa. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet] jan-fev 2011 [acesso em 2011 set 07]; 9(1); [08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000100026&script=sci_arttext&tlng=pt.
- 39 Marques IR, Barbosa SF, Basile ALO, Marin HF. Guia de apoio à decisão em enfermagem obstétrica: aplicação da técnica da lógica fuzzy. Rev Bras Enferm. 2005; 58(3): 349-54.
- 40 Zadeh LA. Fuzzy logic: computing with words. IEEE Trans Fuzzy Sys. 1996; 4(2): 103-11.
- 41 Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
- 42 Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

- 43 Santos I dos. Por um pesquisar sob a perspectiva estética. In: Santos I dos, Gauthier J, Figueiredo NMA, Petit SH. Prática de pesquisa em ciências humanas e sociais: abordagem sociopoética. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 83-95.
- 44 Santos I dos, Correa LA, Albuquerque DC. A consulta de enfermagem através da escuta sensível e diagnósticos para o autocuidado do cliente com insuficiência cardíaca. São Paulo: Atheneu; 2008.
- 45 Brasil. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 26 jun. 1986. Seção 1, p. 9273-5.
- 46 Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. In: Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. Código de ética e legislações mais utilizadas no dia-a-dia da enfermagem. Rio de Janeiro: Coren-RJ; 2007.
- 47 Zagonel IPS. Consulta de enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado. In: Carraro TE, Westphalen MEA. Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB; 2001. p. 41-56.
- 48 Santos I dos, Rocha RPF. Qualidade de vida de clientes em hemodiálise e necessidades de orientação de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2011; 15(1): 31-8.
- 49 Corrêa LA, Santos I dos, Albuquerque DC. Nursing assessment: research/care through the sensible listening in the heart failure clinic. Online Brazilian J Nurs [online]. 2008;7 (1).
- 50 Brandão ES, Santos I dos. Instrumentos metodológico e tecnológico do cuidar sensível – Semiologia / semiotécnica / Avaliação diagnóstica de enfermagem. In: Brandão ES, Santos I. Enfermagem em dermatologia: cuidados técnico, dialógico e solidário. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2006. p. 223-37.
- 51 Souza SR, Azulay-Abulafia L, Nascimento LV. Validação do índice de comprometimento cutaneomucoso do pênfigo vulgar para avaliação clínica de pacientes com pênfigo vulgar. An Bras Dermatol. 2011; 86(2): 284-91.
- 52 Souza SR. Validação do índice de comprometimento cutaneomucoso do pênfigo vulgar para a avaliação clínica de pacientes com pênfigo vulgar [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008.
- 53 Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014/ [NANDA International]; Porto Alegre: Artmed; 2013.
- 54 Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. Rev Latino-am Enfermagem. 2002; 10(3): 446-7.
- 55 Bottega FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. Texto contexto enferm. [Internet] 2010 Jun [acesso em 2013 ago 30]; 19(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000200009>.

- 56 Potter PA, Perry AG. Mobilidade e imobilidade. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. p.1219-78.
- 57 Potter PA, Perry AG. O sono. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
- 58 Goffman E. Estigma. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.
- 59 Braden N. Auto-estima: como aprender a gostar de si mesmo. 38ª ed. São Paulo: Saraiva; 2001.
- 60 Cassiani SHB, Rodrigues LP. The Delphi technique and the nominal group as strategies to collect data in nursing research. *Acta Paul Enferm.* 1996; 9(3): 76-83.
- 61 Cunha ALSM, Peniche ACG. Content validity of an instrument to document recovery of patients in post anesthesia care unit. *Acta Paul Enferm [Internet]*. 2007 [acesso em 2013 Abr 2]; 20(2): 151-60. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200007>.
- 62 Silva RF, Tanaka O. Delphi technique: identifying the generic competence required for doctors and nurses working in a primary health care. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 1999 [acesso em 2013 Abr 2]; 33(3): 207-16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62341999000300001>.
- 63 Alexandre NMC, Coluci MZO. Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments. *Ciênc Saúde coletiva*. 2011; 16(7): 3601-8.
- 64 Blalock junior H M. Social Statistics. 2ª ed. Washington: International Student Edition; 1972.
- 65 Brasil. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial [da] União, Brasília (DF)*, 13 jun.2013. Seção 1, p. 59.
- 66 Azulay DR, Azulay-Abulafia L, Azulay RD. Drogas de grande valor em terapêutica dermatológica. In: Azulay RD, Azulay DR, Azulay-Abulafia L. *Dermatologia*. 5ª ed rev e atual. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p. 872-910.
- 67 Oliveira EB, Brandão ES. Abordagem psicossocial: o grupo de apoio ao cliente dermatológico em regime de internação como estratégia de intervenção. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2006.
- 68 Brandão ES, Mandelbaum MHS, Santos ES. A Challenge in nursing care: preventing pressure ulcers in the client. *R pesq cuid Fundam On line [Internet]*. 2013 [acesso em 2013 Out 21]; 5(1): 3221-8. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/2862/4282>.
- 69 Santos SC, Knijnik JD. Motivos de adesão à prática de atividade física na vida adulta intermediária. *Rev Mackenzie Educ Fís Esporte*. 2006; 5(1): 23-34.
- 70 Ministério da Saúde. Consultoria Jurídica. Advocacia Geral da União. Nota Técnica 129/2012. On line [Internet]. 2012 [acesso em 2013 Set 01]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Dez/12/tramadol.pdf>

APÊNDICE A - Protocolo de Avaliação do Cliente em Dermatologia (PACD)**PARTE I - IDENTIFICAÇÃO**

Nome Matrícula.....
 Admissão...../...../..... Nascimento...../...../.....
 Endereço.....
 Bairro..... Estado..... Tel.....
 Procedência.....
 Acompanhado/indicado por.....

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Sexo () M () F Idade.....
 Raça/Etnia autodeclarada ()Branca ()Negra ()Amarela ()Parda ()Indígena ()outra
 Estado Conjugal..... Escolaridade.....
 Profissão/ocupação.....
 Nacionalidade / Naturalidade...../
 Renda familiar Crença religiosa.....

PARTE II - HISTÓRICO**Variáveis clínicas**

Hipertensão arterial () Não () Sim Diabetes () Não () Sim
 Doença renal () Não () Sim Outra:.....
 Alergia () Não () Sim Substâncias:.....
 Usa medicação () Não () Sim Qual (ais)?
 Fuma () Não () Sim Tempo:.....Maços/dia.....
 Usa bebida alcoólica () Não () Sim Tipo:..... Frequência.....
 Esteve internado () Não () Sim Onde?.....
 Motivo..... Fez transfusão de sangue? () Não () Sim
 Doenças Progressas.....
 Doenças na Família.....
 Último Preventivo de câncer () ano atual () ano passado () há 2 anos () há 3 anos ou
 mais () nunca realizou
 Formas de prevenção utilizadas contra DST/HIV.....
 Apresenta risco para CA de pele? Não () Sim ()
 Que produtos utiliza na pele diariamente.....
 Usa FPS diariamente? Não () Sim () Rosto () Corpo () Reaplica () Não () Sim

PARTE III – A DOENÇA CUTÂNEA

Queixa Principal.....
 Hipótese /diagnóstico médico.....
 Quadro () Inicial: Tempo: () Recidivante: Tempo:.....
 Já fez tratamento para esta dermatose? () Não () Sim
 Sistêmico () Especifique..... Tempo:
 Tópico () Especifique..... Tempo:
 Na sua opinião, o que causou esta doença?.....
 Ocorreu algum fato novo em sua vida antes da doença?.....
 O que mais te causa desconforto?
 Qual a intensidade do desconforto? () Alta () Média () Baixa

O que costuma fazer para aliviar o desconforto ?.....

PARTE IV – ASPECTOS FISIOLÓGICOS/NECESSIDADES HUMANAS

Possui dificuldade para: () Falar () Ouvir () Comer () Ficar em pé () Andar () Ler () Escrever () Comunicar () Dormir Outras:.....

Costuma dormir quantas horas por dia?

Como está seu apetite: () Aumentado () Diminuído () Preservado

Faz algum tipo de dieta? () Não () Sim

Especifique os componentes nutritivos da dieta.....

Houve mudança no seu peso? () Não () Sim () Aumento () Perda

Quantos litros de água costuma beber por dia?.....litros.

Eliminações:

Urinária: Frequência.....x/dia

Características: () Normal () Alterada Especifique:.....

Desconforto urinário () Não () Sim Especifique:.....

Intestinal: Frequência.....x/dia/semana Última eliminação há.....dias

Características:.....

PARTE V – ASPECTOS EMOCIONAIS/SOCIAIS

Com quem você mora?.....

Quem ajuda você nos momentos difíceis?.....

Apresenta alguma limitação para realizar suas atividades diárias? () Não () Sim

Qual?.....

O quanto sua pele afetou ou afeta suas atividades sociais, de lazer, mentais, espirituais? () realmente muito () bastante () um pouco () nada ou sem relevância

Quão problemática se tornou sua relação com o(a) parceiro(a), amigos próximos ou parentes por causa de sua pele

() demais () bastante () um pouco () nada ou sem relevância

Sua pele impediu que você fosse trabalhar ou estudar?

() demais () bastante () um pouco () nada ou sem relevância

Quão difícil foi para você praticar atividades físicas?

() demais () bastante () um pouco () nada ou sem relevância

Até que ponto sua pele criou dificuldades na vida sexual?

() demais () bastante () um pouco () nada ou sem relevância

Sente-se sozinho com frequência? () demais () bastante () um pouco () nada ou sem relevância

Como passa a maior parte do dia?

O que gosta de fazer para se divertir/distrair?.....

Seu dinheiro é suficiente para suprir suas necessidades e da sua família? () Sim () Não Quais não são atendidas?.....

Quais são os seus planos para o futuro?.....

A chefia do seu emprego tem ciência da sua internação? () Não () Sim

PARTE VI – A INTERNAÇÃO

Como você se sente no ambiente hospitalar?.....

O que está mais te preocupando neste momento?.....

O que a enfermagem pode fazer para ajudá-lo?.....

.....

Que tipo de informações gostaria de receber durante sua internação?.....

PARTE VII – EXAME FÍSICO

Nível de consciência:

Lúcido Orientado Sonolento Torporoso Desorientado

Estado Emocional:

Ansioso Triste Preocupado Choroso Cooperativo
 Receoso Nervoso Apático Agitado Alegre

Deambulando: Sim Não Por que?..... **Dentes:**

Ausentes Cariados Tratados Conservados

Prótese dentária: Não Sim Superior Inferior

Tipo de pele: Seca Oleosa Mista

Lesões Mucosas: Não Sim Oral Genital Tipo:.....

Localização:..... **Odor:** Não Sim

Exsudato: Não Sim Tipo:.....

Lesões cutâneas: Não Sim

Tipo: Mácula Pápula Pústula Bolhosa Erosada
 Eritematosa Escamosa Vegetante Úlcerada Crostosa

Outras:.....

Regiões: Couro cabeludo Face Cervical Tórax Abdome
 Dorso MMSS Glúteos MMII Pés Disseminadas

Exsudato: Não Sim

Tipo: Seroso Sanguinolento Serosanguinolento
 Seropurulento Purulento Seropiosanguinolento

Cor: Amarelada Esverdeada

Quantidade: Pequena Média Grande

Odor: Ausente Fétido

Edema: Não Sim **Localização:**.....

Peso:.....Kg **Altura:**.....m **IMC:**..... Abaixo Ideal Acima do ideal

Sinais vitais: **T:**.....°C Axilar Oral **Pulso:**.....bpm **F.R.:**.....rpm

Pressão Arterial:.....x.....mmHg **Glicemia capilar:**.....mg/dl.

Dor: ausente leve moderada intensa insuportável

Nos casos de diagnóstico médico de Pênfigo Vulgar, avaliar o Índice de Comprometimento Cutâneo Mucoso (ICMPV), conforme Souza SR, Azulay-Abulafia L, Nascimento LV (2011).

Medicações sistêmicas (nome, via, dose, tempo de uso)

Medicações tópicas (nome, dose, tempo de uso)

PARTE VIII: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Instrução

Após entrevista e avaliação do cliente, identifique e marque com um x no espaço correspondente aos diagnósticos de enfermagem, respectivas características definidoras e fatores relacionados encontrados. Posteriormente, prescreva as intervenções de enfermagem sugeridas no Protocolo de Cuidados de Enfermagem aos Clientes com dermatoses Imunobolhosas (PCECDI) de acordo com os diagnósticos encontrados.

Registro dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA International 2012-2014

	DOMÍNIO 1: PROMOÇÃO DA SAÚDE
	Classe 1: Percepção da saúde
D1	* Estilo de vida sedentário: habito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física
	Principais características definidoras:
	-Escolhe uma vida diária sem exercícios físicos
	-Demonstra falta de condicionamento físico
	-Verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico
	Principais fatores relacionados:
	-Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde
	-Falta de interesse
	-Falta de motivação
	-Falta de recursos
	Classe 2: Controle da saúde
D2	* Autocontrole ineficaz da saúde: integração à vida diária de um regime terapêutico insatisfatório para alcançar metas específicas.
	Principais características definidoras:
	-Escolhas na vida diária ineficazes para atingir as metas de saúde
	-Expressão de dificuldade com os regimes prescritos
	-Falha em agir para reduzir fatores de risco
	-Falha em incluir regimes de tratamento à vida diária
	Principais fatores relacionados:
	-Complexidade do regime terapêutico

	-Conflito familiar
	-Déficit de apoio social
	-Déficit de conhecimento
	-Demandas excessivas
	-Dificuldades econômicas
	-Gravidade percebida
	-Impotência
	-Susceptibilidade percebida
D3	* Disposição para autocontrole da saúde melhorado: integração à vida diária de um regime terapêutico suficiente para alcançar os objetivos relacionados à saúde e que pode ser fortalecido.
	Principais Características definidoras
	-Expressa desejo de controlar a doença
	-Expressa pouca dificuldade com o regime de tratamento prescrito
	-Não há aceleração inesperada dos sintomas da doença
D4	* Comportamento de saúde propenso a risco: incapacidade de modificar estilo de vida compatível com mudança no estado de saúde.
	Principais características definidoras:
	-Demonstra não aceitação no estado de saúde
	-Não consegue agir de forma a prevenir problemas de saúde
	-Não consegue alcançar completa sensação de controle
	Principais fatores relacionados:
	-Apoio social inadequado
	-Atitude negativa em relação aos cuidados de saúde
	-Baixa auto eficiência
	-Baixa condição econômica
	-Compreensão inadequada
	-Excesso de álcool
	-Múltiplos estressores
	-Tabagismo

D5	* Proteção ineficaz: Diminuição na capacidade de proteger-se de ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões.
	Principais características definidoras:
	- Deficiência na imunidade
	- Calafrios
	- Fraqueza
	- Imobilidade
	- Insônia
	- Prejuízo na cicatrização
	- Prurido
	- Resposta mal adaptada ao estresse
	- Úlceras por pressão
	Principais fatores relacionados:
	- Distúrbios imunológicos
	- Extremos de idade
	- Nutrição inadequada
	- Terapias com medicamentos (corticosteroides, imunossupressores)

	DOMÍNIO 2: NUTRIÇÃO
	Classe 1: Ingestão
D6	* Deglutição prejudicada: funcionamento anormal do mecanismo de deglutição associado a déficit na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica.
	Principais características definidoras:
	-Dor epigástrica
	-Evidência observada de dificuldade para deglutir
	-Odinofagia (dor ao engolir)
	-Relato de que “alguma coisa entalou”
	-Evidência observado de dificuldade para deglutir
	-Deglutição pedaço à pedaço
D7	* Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais: ingesta de nutrientes que excede as necessidades metabólicas.

	Principais características definidoras:
	-Comer em resposta a estímulos internos (ansiedade)
	-Estilo de vida sedentário -Padrão de alimentação disfuncional (associa comida com outras atividades)
	-Peso 20% acima do ideal para a altura e compleição
	Principais fatores relacionados:
	-Ingestão excessiva em relação a à atividade física
	-Ingestão excessiva em relação às atividades metabólicas
D8	* Risco de Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais: risco de ingestão de nutrientes que excede as necessidades metabólicas.
	Principais fatores de risco:
	-Associação de comida com outras atividades
	-Comer em resposta a estímulos internos
	-Disfunção dos padrões alimentares
	-Estilo de vida sedentário
D9	* Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais: ingesta insuficiente de nutrientes para satisfazer às necessidades metabólicas.
	Principais Características definidoras
	-Cavidade bucal ferida
	-Mucosas pálidas
	-Peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal
	-Relato de ingesta inadequada de alimentos
	Principais fatores relacionados:
	-Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos
	Classe 4: Metabolismo
D10	* Risco de função hepática prejudicada: Risco de disfunção hepática
	Principais fatores de risco:
	-Abuso de substâncias (álcool, cocaína)
	-Coinfecção por HIV
	-Infecção viral (Hepatite A, B ou C)
	-Medicamentos hepatotóxicos

D11	* Risco de glicemia instável: risco de variação dos níveis de glicose no sangue.
	Principais fatores de risco:
	-Aumento de peso
	-Conhecimento deficiente sobre o controle do diabetes
	-Controle de medicamentos
	-Estado de saúde física
	-Estado de saúde mental
	-Estresse
	-Falta de aceitação do diagnóstico
	-Falta de adesão ao controle do diabetes
	-Ingestão alimentar
	-Perda de peso
	-Falta de controle de diabetes
	Classe 5: Hidratação
D12	* Risco de desequilíbrio eletrolítico: risco de mudanças nos níveis de eletrólitos capaz de comprometer a saúde
	Principais fatores de risco
	-Diarreia
	-Disfunção renal
	-Efeitos secundários relacionados ao tratamento (medicamentos)
	-Volume de líquidos deficiente
	-Volume de líquido excessivo
	-Vômito
D13	* Volume de líquidos deficiente: diminuição do líquido intravascular, intersticial e/ou celular. Refere-se à desidratação, perda de água, sem mudança no sódio.
	Principais características definidoras
	-Aumento da frequência do pulso
	-Aumento da temperatura corporal
	-Aumento na concentração urinária
	-Diminuição na pressão do pulso

	-Diminuição da pressão sanguínea
	-Diminuição do débito urinário
	-Diminuição do turgor da pele
	-Fraqueza
	-Mucosas secas
	-Pele seca
	-Sede
	Principais Fatores de risco:
	-Perda ativa de volume de líquido
D14	* Risco de volume de líquidos deficiente: risco de diminuição do líquido intravascular, intersticial e/ou celular. Refere-se à desidratação, perda de água, sem mudança no sódio.
	Principais Fatores de risco:
	- Deficiência de conhecimento
	-Desvios que afetam a ingestão de líquidos
	-Extremos de idade
	-Medicamentos
	-Perda ativa de volume de líquidos
	-Perdas excessivas por vias normais
D15	* Volume de líquidos excessivo: retenção aumentada de líquidos isotônicos
	Principais características definidoras
	-Alteração da pressão arterial pulmonar
	-Anasarca
	-Dispneia
	-Edema
	-Eletrólitos alterados
	-Ganho de peso em curto período
	-Oligúria
	Principal fator relacionado
	-Mecanismos reguladores comprometidos
D16	* Risco de desequilíbrio do volume de líquidos: risco de diminuição, aumento

	ou rápida mudança do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular. Refere-se à perda, ganho ou ambos
	Principais fatores de risco:
	-Queimaduras
	-Sepse

	DOMÍNIO 3: ELIMINAÇÃO E TROCA
	Classe 1: Função urinária
D17	* Eliminação urinária prejudicada: Disfunção na eliminação da urina
	Principais Características definidoras:
	-Frequência
	-Incontinência
	-Noctúria
	-Retenção urinária
	Principais fatores relacionados:
	-Dano sensorio motor
	-Infecção no trato urinário
	Classe 2: Função gastrintestinal
D18	* Constipação: Diminuição na frequência normal de evacuação, passagem de fezes difícil ou incompleta e/ou eliminação de fezes duras e secas.
	Principais características definidoras
	- Abdome distendido
	-Dor à evacuação
	-Dor abdominal
	-Esforço para evacuar
	-Fezes duras e formadas
	-Frequência diminuída
	-Macicez à percussão abdominal
	-Massa abdominal palpável
	-Sensação de pressão retal
	Principais fatores relacionados
	-Agentes anti-inflamatórios não esteroides

	-Antidepressivos
	-Carbonato de cálcio
	-Anticonvulsivantes
D19	* Risco de constipação: Risco de diminuição na frequência normal de evacuação, passagem de fezes difícil ou incompleta e/ou eliminação de fezes duras e secas.
	Principais Fatores de risco
	-Agentes anti-inflamatórios não esteroides
	-Antidepressivos
	-Carbonato de cálcio
	-Anticonvulsivantes
	-Diuréticos
	-Opiáceos
	-Sedativos
	-Atividade física insuficiente
	-Desidratação
	-Ingestão insuficiente de fibras
	-Ingestão insuficiente de líquidos
D20	* Diarréia: eliminação de fezes soltas e não formadas
	Principais características definidoras
	-Dor abdominal
	-Pelo menos 3 episódios de fezes líquidas/dia
	Principais fatores relacionados
	-Má-absorção
	-Processos infecciosos
	-Efeitos adversos de medicamentos
	-Alto nível de estresse

DOMÍNIO 4: ATIVIDADE/REPOUSO

Classe 1: Sono/Repouso

D21 * **Insônia:** Distúrbio na quantidade e na qualidade do sono que prejudica o

	funcionamento normal de uma pessoa
	Principais características definidoras
	-Falta de energia observada
	-Relato de acordar cedo demais
	-Relato de dificuldade para adormecer
	-Relato de dificuldade para permanecer dormindo
	-Relato de sono não restaurador
	Principais fatores relacionados
	-Ansiedade
	-Cochilos frequentes durante o dia
	-Desconforto físico
	-Estresse
	-Fatores ambientais
	-Medo
D22	* Padrão de sono prejudicado: Interrupção da quantidade e qualidade do sono, limitada pelo tempo, decorrentes de fatores externos
	Principais características definidoras
	-Insatisfação com o sono
	-Mudança no padrão normal de sono
	-Relatos de não se sentir bem descansado
	-Relatos de dificuldade para dormir
	-Relatos de ficar acordado
	Principais fatores relacionados
	-Falta de privacidade/controlado do sono
	-Imobilização física
	-Mobiliário estranho para dormir
	-Temperatura/umidade do ambiente
	-Interrupções
	Classe 2 Atividade – Exercício
D23	* Capacidade de transferência prejudicada: Limitação ao movimento independente entre duas superfícies próximas

	Principais características definidoras:
	Incapacidade de transferir-se da cadeira para a cama e vice-versa
	Incapacidade de transferir-se da cadeira/cama para a posição em pé e vice e versa
	Incapacidade de transferir-se para dentro ou para fora do chuveiro
	Incapacidade de transferir-se para o vaso sanitário
	Principais fatores relacionados
	-Dor
	-Equilíbrio prejudicado
	-Força muscular insuficiente
	-Limitações ambientais
	-Obesidade
	-Visão prejudicada
D24	* Deambulação prejudicada: Limitação à movimentação independente, a pé, pelo ambiente
	Principais características definidoras:
	-Capacidade prejudicada para percorrer as distâncias necessárias
D25	* Mobilidade física prejudicada: Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades
	Principais características definidoras:
	-Amplitude limitada de movimento
	-Dificuldade para virar-se
	-Movimentos lentos
	Principais fatores relacionados:
	-Desconforto
	-Diminuição da massa muscular
	-Dor
	-Força muscular diminuída
	-Índice de massa corporal acima dos 75% apropriados para a idade
	-Medicamentos
	-Perda de integridade de estruturas ósseas
	-Prejuízos músculo-esqueléticos

	-Rigidez articular
D26	* Mobilidade no leito prejudicada: Limitação para movimentar-se de forma independente de uma posição para outra no leito
	Principais características definidoras:
	-Capacidade prejudicada de reposicionar-se na cama
	-Capacidade prejudicada para virar-se de um lado para outro
	Principais fatores relacionados:
	-Dor
	-Força muscular insuficiente
	-Medicamentos sedativos
	-Obesidade
	Classe 4: Respostas cardiovasculares-pulmonares:
D27	* Intolerância à atividade: Energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas
	Principais características definidoras:
	-Desconforto aos esforços
	-Dispnéias aos esforços
	-Relato de fadiga
	-Relato de fraqueza
	Principais fatores relacionados
	-Desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio
	-Fraqueza generalizada
	-Imobilidade
	-Repouso no leito
D28	* Padrão respiratório ineficaz: Inspiração e ou expiração que não proporciona ventilação adequada
	Principais características definidoras
	-Alterações na profundidade respiratória
	-Batimentos de asa de nariz
	-Bradpneia
	-Dispneia

	-Ortopneia
	-Taquipneia
	-Fase de expiração prolongada
	Principais fatores relacionados:
	-Ansiedade
	-Dor
	-Disfunção neuromuscular
	-Obesidade
	-Posição do corpo
D29	* Risco de perfusão renal ineficaz: risco de redução na circulação sanguínea para os rins que pode comprometer a saúde
	Principais fatores de risco:
	-Efeitos secundários relacionados ao tratamento
	-Exposição a nefrotóxicos
	-Hipertensão
	-Idade avançada
	-Infecção
	-Queimaduras (Lesões cutâneas extensas)
D30	*Risco de perfusão tissular periférica ineficaz: Redução na circulação sanguínea para a periferia, capaz de comprometer a saúde.
	Principais características definidoras:
	-A cor não volta a perna quando esta é baixada
	-Características da pele alteradas (cor, elasticidade, pelos, umidade, unhas, sensibilidade, temperatura)
	-Cicatrização de ferida periférica retardada
	-Dor em extremidade
	-Edema
	-Índice tornozelo-braquial menor que 0,90
	-Pulsos diminuídos ou ausentes
	-Tempo de enchimento capilar maior que 3 segundos
	Principais fatores de risco

	-Diabetes melito
	-Estilo de vida sedentário
	-Hipertensão
	-Idade acima de 60 anos
	-Tabagismo
	Classe 5: Autocuidado
D31	* Disposição para melhoria do autocuidado: Um padrão de realização de atividades para si mesmo que ajuda a atingir as metas relativas à saúde e pode ser fortalecido
	Principais características definidoras:
	-Relata desejo de aumentar a independência na manutenção da saúde/bem-estar
	-Relata desejo de aumentar o autocuidado
D32	* Déficit no autocuidado para alimentação: Capacidade prejudicada de desempenhar ou completar atividades de alimentação
	Principais características definidoras:
	-Incapacidade de abrir recipientes
	-Incapacidade de engolir alimentos
	-Incapacidade de levar os alimentos de um recipiente à boca
	-Incapacidade de mastigar alimentos
	-Incapacidade de movimentar alimentos na boca
	-Incapacidade de pegar alimentos com utensílios
	Principais fatores relacionados
	-Desconforto
	-Dor
	-Fraqueza
	-Prejuízo neuromuscular
D33	* Déficit no autocuidado para banho: Capacidade prejudicada de realizar as atividades de banho por si mesmo
	Principais características definidoras:
	-Incapacidade de acessar o banheiro
	-Incapacidade de lavar o corpo

	-Incapacidade de pegar os artigos para o banho
	-Incapacidade de regular a água do banho
	-Incapacidade de secar o corpo
	Principais fatores relacionados:
	-Dor
	-Fraqueza
D34	* Déficit no autocuidado para vestir-se: Capacidade prejudicada de realizar atividades de vestir-se por si mesmo
	Principais características definidoras:
	-Capacidade de colocar e/ou tirar itens de vestuário necessários
	Principais fatores relacionados:
	-Desconforto
	-Dor
	-Fraqueza
	-Motivação diminuída
	-Prejuízo neuromuscular/musculoesquelético
D35	* Autonegligência: Comportamentos culturalmente estruturados que envolvem uma ou mais atividades de autocuidado, em que há falha em manter um padrão de saúde e bem-estar socialmente aceito
	Principais Características definidoras
	-Falta de adesão a atividades de saúde
	Principais fatores relacionados
	-Abuso de drogas
	-Depressão
	-Estilo de vida – escolhas
	-Importante estressor de vida
	-Incapacidade de aprender
	-Medo de internação
	-Prejuízo cognitivo
	-Transtorno de personalidade
	Domínio 5: Percepção/cognição

Classe 4: Cognição	
D36	* Confusão aguda: Início abrupto de distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que ocorrem durante um breve período de tempo.
	Principais características definidoras:
	- Agitação aumentada
	-Alucinações
	-Falta de motivação para iniciar ou manter um comportamento voltado para uma meta
	-Falta de motivação para iniciar ou manter um comportamento voluntário
	-Flutuação na cognição
	-Flutuação no nível de consciência
	-Inquietação aumentada
	-Percepções errôneas
	Principais fatores relacionados:
	-Delírio
	-Demência
	-Mais de 60 anos de idade
D37	* Confusão crônica: Deterioração irreversível, prolongada e ou progressiva do intelecto e da personalidade, caracterizada por capacidade diminuída para interpretação dos estímulos ambientais e para processos de pensamento intelectual, manifestada por distúrbios da memória, da orientação e do comportamento.
	Principais características definidoras:
	- Interpretação alterada
	-Memória antiga prejudicada
	-Memória recente prejudicada
	-Prejuízo cognitivo progressivo
	-Socialização prejudicada
	Principais fatores relacionados
	-Acidenta vascular cerebral
	-Doença de Alzheimer

	-Demência por multi-infarto
D38	* Conhecimento deficiente: Ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico
	Principais características definidoras:
	-Comportamentos exagerados e/ou impróprios
	-Seguimento inadequado de instruções
	-Verbalização do problema
	Principais fatores relacionados:
	-Falta de capacidade de recordar
	-Falta de interesse em aprender
	-Interpretação errônea das informações
	-Limitação cognitiva
	-Falta de exposição
	-Falta de familiaridade com os recursos de informação
D39	* Disposição para conhecimento melhorado: A presença ou aquisição de informações cognitivas sobre um tópico específico é suficiente para alcançar objetivos relacionados à saúde e pode ser fortalecido
	Principais características definidoras:
	-Comportamentos congruentes com o conhecimento expresso
	-Expressa interesse em aprender
D40	* Memória prejudicada: Incapacidade de recordar informações ou habilidades comportamentais
	Principais características definidoras:
	-Esquecimento de efetuar uma ação em horário planejado
	-Incapacidade de aprender novas habilidades/informações
	-Incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada
	-Incapacidade de recordar eventos
	Principais fatores relacionados:
	-Anemia
	-Distúrbios neurológicos
	-Hipóxia

	Classe 5: Comunicação
D41	* Comunicação verbal prejudicada: Habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e ou usar um sistema de símbolos.
	Principais características definidoras:
	- Desorientação no espaço
	- Desorientação no tempo
	- Dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos (afasia, disfasia, dislexia)
	-Fala com dificuldade
	-Não consegue falar
	Principais fatores relacionados:
	-Baixa autoestima crônica
	-Baixa autoestima situacional
	-Barreiras físicas (traqueostomia, intubação)
	-Condições emocionais
	-Condições fisiológicas
	-Efeitos colaterais relacionados ao tratamento

	DOMÍNIO 6: AUTOCONCEITO
	Classe 1: Autoconceito
D42	* Desesperança: Estado subjetivo no qual um indivíduo não enxerga alternativas disponíveis ou é incapaz de mobilizar energias a seu favor
	*Principais características definidoras:
	-Alterações no padrão de sono
	-Apetite diminuído
	-Falta de envolvimento no cuidado
	-Falta de iniciativa
	-Indicações verbais
	-Passividade
	-Resposta diminuída a estímulos
	Principais fatores relacionados:

	-Abandono
	-Estresse prolongado
	-Isolamento social
	-Perda da crença num poder espiritual
	-Restrição prolongada de atividade
D43	* Risco de dignidade humana comprometida: risco de perda percebida de respeito e honra
	Principais fatores relacionados:
	-Exposição do corpo
	-Invasão percebida da privacidade
	-Tratamento desumano percebido
D44	* Risco de solidão: Risco de vivenciar desconforto associado a um desejo de mais contato com os outros
	Principais fatores de risco:
	-Falta de energia emocional
	-Isolamento físico
	-Isolamento social
	Classe 2: Autoestima
D45	*Baixa autoestima crônica: Autoavaliação – sentimentos negativos e prolongados sobre os mesmo ou suas próprias capacidades.
	Principais características definidoras:
	-Avalia a si mesmo como incapaz de lidar com acontecimentos
	-Busca excessivamente reafirmar-se
	-Demasiadamente conformado
	-Hesita em tentar coisas novas
	-Passivo
	-Relato de sentimento de culpa
	-Relato de sentimento de vergonha
	Principais fatores relacionados:
	-Evento traumático
	-Falta de afeto

	-Fracassos repetidos
	-Não ser parte de um grupo
D46	* Baixa autoestima situacional: Desenvolvimento de percepção negativa sobre o seu valor em resposta a uma situação atual
	Principais características definidoras:
	-Avaliação de si mesmo como incapaz de lidar com situações
	-Relato de desamparo
	-Relato de sentimento de inutilidade
	-Verbalizações autonegativas
	Principais fatores relacionados:
	-Distúrbio na imagem corporal
	-Mudanças no papel social
	-Prejuízo funcional
	-Rejeições
D47	* Risco de baixa autoestima situacional: risco de desenvolver uma percepção negativa sobre o seu valor em resposta a uma situação atual
	Principais fatores de risco:
	- Doença física
	-História de abandono
	-Mudanças de papel social
	-Prejuízo funcional
	-Rejeições
	-Distúrbio na imagem corporal
	Classe 3: Imagem corporal
D48	* Distúrbio na imagem corporal: Confusão na imagem mental do eu físico de uma pessoa
	Principais características definidoras:
	-Comportamentos de não reconhecer o próprio corpo
	-Relato de percepções que refletem uma visão alterada na aparência do próprio corpo
	-Resposta não verbal a mudanças reais no corpo

	-Esconder intencionalmente parte do corpo
	-Mudança no envolvimento social
	-Relato de mudança no estilo de vida
	-Sentimentos negativos em relação ao corpo
	Principais fatores relacionados:
	-Doença
	-Lesão
	-Psicossociais
	-Tratamento da doença

	DOMÍNIO 7: PAPÉIS E RELACIONAMENTOS
	Classe 2: Relações familiares
D49	* Processos familiares disfuncionais: As funções psicossociais, espirituais e fisiológicas da unidade familiar estão cronicamente desorganizadas, levando ao conflito, à negação de problemas, à resistência a mudanças, à resolução ineficaz de problemas e uma série de crises autopercebidas.
	Principais características definidoras:
	-Abuso de drogas
	-Conflito crescente
	-Críticas
	-Dependência
	-Dificuldade para divertir-se
	-Doenças físicas relacionadas ao estresse
	-Incapacidade para aceitar ajuda
	-Incapacidade de adaptar-se a mudanças
	-Incapacidade de lidar com conflitos
	-Incapacidade de expressar uma vasta gama de sentimentos
	Principais Fatores relacionados:

	-Abuso de Substâncias
	-Falta de habilidade para resolver problemas
	-História familiar de resistência ao tratamento
	-Habilidades de enfrentamentos inadequadas
	Classe 3: Desempenho de papéis
D50	* Interação social prejudicada: Quantidade insuficiente ou excessiva, ou qualidade ineficaz, de troca social
	Principais características definidoras:
	-Desconforto em situações sociais
	-Relato familiar de mudança na interação
	Principais Fatores relacionados:
	-Isolamento terapêutico
D51	* Relacionamento ineficaz: Padrão de parceria mútua que é insuficiente para o atendimento das necessidades recíprocas.
	Principais características definidoras:
	-Ausência de demonstração de colaboração bem-equilibrada entre os parceiros
	-Ausência de demonstração de compreensão do funcionamento insuficiente do parceiro (físico, social, psicológico)
	-Ausência de demonstração de respeito mútuo entre os parceiros
	-Incapacidade de comunicar-se de forma satisfatória entre os parceiros
	-Relato de insatisfação do atendimento das necessidades emocionais entre os parceiros
	Principais fatores relacionados:
	-Eventos estressantes da vida
D52	* Risco de relacionamento ineficaz: Risco de um padrão de parceria mútua que é insuficiente para o atendimento das necessidades recíprocas.
	Principais fatores de risco:
	-Eventos estressantes da vida

	DOMÍNIO 8: SEXUALIDADE
	Classe 2: Função sexual
D53	* Disfunção sexual: Estado em que o indivíduo passa por mudança na função sexual, durante as fases de desejo, excitação e/ou orgasmo, vista como insatisfatória, não recompensadora
	Principais características definidoras:
	-Alterações no alcance da satisfação sexual
	-Deficiência percebida de desejo sexual
	-Limitações percebidas/reais impostas pela doença
	-Verbalização do problema
	Principais fatores relacionados:
	-Estrutura corporal alterada
	-Função corporal alterada
	Vulnerabilidade
D54	* Padrão de sexualidade ineficaz: Expressões de preocupação quanto à sua própria sexualidade
	Principais características definidoras:
	-Alterações nas relações com pessoa significativa
	-Alterações na percepção do papel sexual
	-Relato de dificuldades nas atividades sexuais
	-Relato de limitações nas atividades sexuais
	-Relato de mudanças nas atividades sexuais

	DOMÍNIO 9: ENFRENTAMENTO / TOLERÂNCIA AO ESTRESSE
	Classe 1: Respostas pós-trauma
D55	*Síndrome do estresse por mudança: distúrbio fisiológico e/ou psicossocial decorrente de mudança de um ambiente para outro
	Principais características definidoras:
	-Ansiedade
	-Aumento da doença

	-Baixa autoestima crônica e/ou situacional
	-Distúrbio no padrão de sono
	-Isolamento
	-Pessimismo
	-Preocupação
	Principais Fatores relacionados:
	-Falta de um sistema adequado de apoio
	-Imprevisibilidade da experiência
	-Mudança de ambiente
	-Saúde psicossocial prejudicada
	Classe 2: Respostas de enfrentamento
D56	* Ansiiedade: Vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor (fonte frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo
	Principais características definidoras:
	-Apreensivo
	-Angustiado
	-Desamparo doloroso e aumentado
	-Desesperado
	-Irritabilidade
	-Medo
	-Preocupado
	-Atenção prejudicada
	-Capacidade diminuída para aprender
	-Dificuldade para concentrar-se
	-Inquietação
	-Insônia
	-Nervosismo
	Principais Fatores relacionados:
	-Ameaça:

	-à função do papel
	-à situação econômica
	-ao autoconceito
	-ao estado de saúde
	-aos padrões de interação
	-Conflito inconsciente quanto a metas da vida
	-Estresse
D57	* Enfrentamento ineficaz: Incapacidade de desenvolver uma avaliação válida dos estressoras, escolha inadequada das respostas e/ou incapacidade de utilizar os recursos disponíveis
	Principais características definidoras:
	-Alta taxa de doença
	-Comportamento destrutivo em relação a si mesmo
	-Falta de comportamento direcionado a resolução de problemas
	-Incapacidade de lidar conforme as instruções
	-Incapacidade de satisfazer as necessidades básicas
	-Relato de incapacidade de enfrentamento
	Principais fatores relacionados:
	-Alto grau de ameaça
	-Crise situacional
	-Incerteza
D58	* Disposição para enfrentamento melhorado: Padrão de esforços comportamentais e cognitivos para lidar com demandas que é suficiente para o bem-estar e pode ser reforçado
	Principais características definidoras:
	-Procura conhecer novas estratégias
	-Utiliza recursos espirituais
	-Utiliza grande variedade de estratégias voltadas à emoção
D59	* Sobrecarga de estresse: Excessivas quantidades e tipos de demandas que requerem ação.

	Principais características definidoras:
	-Demonstra ou relata aumento de sentimentos de impaciência
	-Relata estresse emocional como excessivo
	-Relata sensação de pressão
	Principais fatores relacionados:
	-Estressores intensos
	-Estressores repetidos
	-Múltiplos estressores concomitantes
	-Recursos inadequados (financeiros, sociais, educacionais)
D60	* Medo: Resposta à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo
	Principais características definidoras:
	-Relato de autosssegurança diminuída
	-Relato de nervosismo
	-Relato de pânico
	-Capacidade de aprendizagem diminuída
	-Capacidade de resolução de problemas diminuída
	Principais Fatores relacionados:
	-Falta de familiaridade com experiências ambientais
	-Separação do ambiente de apoio em situação estressante
D61	* Resiliência individual prejudicada: Capacidade reduzida de manter um padrão de respostas positivas a uma situação ou crise adversa.
	Principais características definidoras:
	-Baixa autoestima
	-Depressão
	-Isolamento sexual
	-Vergonha
	Principais fatores relacionados:
	-Economicamente desfavorecido
	-Transtornos psicológicos
	DOMÍNIO 10: PRINCÍPIOS DA VIDA

	Classe 1: Valores
D62	* Disposição para melhora da esperança: Padrão de expectativas e desejos para mobilizar energia em benefício próprio que é suficiente para o bem-estar e pode ser fortalecido
	Principais características definidoras:
	- Expressa desejo de intensificar a crença nas possibilidades
	-Expressa desejo de intensificar a esperança
	-Expressa desejo de intensificar a espiritualidade
	-Expressa desejo de reforçar a resolução de problemas para alcançar as metas
	-Expressa desejo de reforçar o sentimento de sentido à vida
	Classe 2: Crenças
D63	* Disposição para bem-estar espiritual melhorado: Padrão de experimentar e integrar significado e objetivo à vida, por meio de uma conexão consigo mesmo, com os outros, a arte, a música, a natureza e/ou com um ser maior que é suficiente para o bem-estar
	Principais características definidoras:
	-Demonstra energia criativa
	-Ouve música
	-Lê literatura espiritual
	-Presta serviços a outros
	-Participa de atividades religiosas
	-Relata experiências místicas
	-Reza
	-Expressa desejo de aumentar a esperança
	-Expressa desejo de aumentar o enfrentamento
	Classe 3: Coerência entre valores-crenças-atos
D64	* Falta de adesão: Comportamento que não coincide com um plano de promoção da saúde ou terapêutico acordado. O comportamento é total ou parcialmente aderente levar a resultados não efetivos
	Principais características definidoras:
	-Comportamento indicativo de falta de aderência

	-Evidências de desenvolvimento de complicações
	-Evidências de exacerbação de sintomas
	Principais fatores relacionados:
	-Capacidades pessoais
	-Crenças de saúde
	-Forças motivacionais
	-Influências culturais
	-Sistema de valores do indivíduo
	-Valores espirituais
	-Custo
D65	* Religiosidade prejudicada: Capacidade prejudicada de confiar em crenças e ou participar de rituais de alguma fé religiosa.
	Principais características definidoras:
	-Dificuldade em aderir a crenças religiosas prescritas
	-Relata angústia espiritual por separação de uma comunidade religiosa
	Principais fatores relacionados:
	-Envelhecimento
	-Transições da vida
	-Crise espiritual
	-Sofrimento
	-Doença
	-Dor
	-Ansiedade
	-Apoio ineficaz
	-Crise pessoal
	-Enfrentamento ineficaz
	-Medo da morte
D66	* Risco de sofrimento espiritual: Risco de capacidade prejudicada de experimentar e integrar significado à vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com os outros, à arte, a música, a natureza e/ou ser maior
	Principais fatores de risco:

	-Mudanças no ambiente
	-Mudanças de vida
	-Doença crônica
	-Doença física
	-Ansiedade
	-Baixa autoestima
	-Depressão
	-Estresse
	-Perda
	-Separação dos sistemas de apoio

	DOMÍNIO 11: SEGURANÇA/PROTEÇÃO
	Classe 1: Infecção
D67	* Risco de infecção: risco de ser invadido por organismos patogênicos
	Principais fatores de risco:
	-Aumento da exposição ambiental a patógenos
	-Conhecimento deficiente para evitar exposição a patógenos
	-Defesas primárias inadequadas
	-Pele rompida
	-Tecido traumatizado
	-Defesas secundárias inadequadas
	-Diminuição da hemoglobina
	-Imunossupressão
	-Leucopenia
	-Resposta inflamatória suprimida
	-Desnutrição
	-Doença crônica
	-Diabetes
	-Obesidade
	Classe 2: Lesão física
D68	* Risco de aspiração: Risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções

	orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas.
	Principais fatores de risco:
	-Alimentação por sonda
	-Deglutição prejudicada
	-Efeitos secundários relacionados ao tratamento (medicamentos)
	-Esvaziamento gástrico retardado
	-Nível de consciência reduzido
	-Presença de tubo intratraqueal
	-Presença de traqueostomia
	-Reflexo da tosse diminuído
D69	* Dentição prejudicada: Distúrbios nos padrões de desenvolvimento dentário ou na integridade estrutural dos dentes
	Principais características definidoras:
	-Ausência de dentes
	-Dentes desgastados
	-Dentes estragados
	-Dor de dente
	-Excesso de tártaro
	-Falta de alguns dentes
	-Halitose
	Principais Fatores relacionados:
	-Barreiras ao autocuidado
	-Conhecimento deficiente a respeito da saúde dental
	-Economicamente desfavorecido
	-Falta de acesso a cuidados profissionais
	-Higiene oral ineficaz
D70	* Integridade da pele prejudicada: Epiderme e/ou derme alteradas
	Principais características definidoras:
	-Destrução de camadas da pele
	-Invasão de estruturas do corpo
	-Rompimento da superfície da pele

	Principais fatores relacionados:
	-Extremos de idade
	-Fatores mecânicos
	-Imobilização física
	-Medicamentos
	-Pele úmida
	-Umidade
	-Circulação prejudicada
	-Deficiência imunológica
	-Estado metabólico prejudicado
	-Estado nutricional desequilibrado
	-Mudanças no estado hídrico
	-Mudanças no turgor
	-Proeminências ósseas
	-Sensações prejudicadas
D71	* Risco de integridade da pele prejudicada: Risco de epiderme e/ou derme alteradas
	Principais fatores de risco:
	-Excreções
	-Extremos de idade
	-Fatores mecânicos
	-Hipertermia
	-Imobilização física
	-Pele úmida
	-Secreções
	-Umidade
	-Circulação prejudicada
	-Estado nutricional desequilibrado
	-Fatores imunológicos
	-Medicamentos
	-Fatores psicogênicos

	-Mudanças no turgor da pele
	-Proeminências ósseas
	-Sensações prejudicadas
D72	* Integridade tissular prejudicada: Dano a membranas mucosas, córnea, pele ou tecido subcutâneos
	Principais características definidoras:
	-Tecido destruído
	Principais fatores relacionados:
	-Circulação alterada
	-Déficit de conhecimento
	-Déficit de líquidos
	-Excesso de líquidos
	-Extremos de temperatura
	-Fatores mecânicos
	-Fatores nutricionais
	-Mobilidade física prejudicada
	-Radiação
D73	* Risco de lesão: Como resultados de condições ambientais interagindo com os recursos adaptativos e defensivos do indivíduo
	Principais fatores de risco:
	-Físicos
	-Desnutrição
	-Disfunção imune/autoimune
	-Disfunção sensorial
	-Hipóxia tecidual
	-Psicológicos
D74	* Mucosa oral prejudicada: Lesões nos lábios e tecidos moles da cavidade oral
	Principais características definidoras:
	-Descamação
	-Desconforto oral
	-Desprendimento da mucosa

	-Dificuldades para comer
	-Dificuldades para deglutir
	-Dor oral
	-Exsudato semelhante a leite coalhado
	-Fissuras
	-Halitose
	-Lesões orais
	-Língua saburrosa
	-Palidez da mucosa
	-Queilite
	-Sangramento
	-Úlceras orais
	Principais Fatores relacionados:
	-Barreiras no autocuidado oral
	-Barreiras ao cuidado profissional
	-Conhecimento deficiente sobre higiene oral adequada
	-Depressão
	-Desidratação
	-Desnutrição
D75	* Risco de olho seco: Risco de desconforto ocular ou dano à córnea e à conjuntiva devido à quantidade reduzida ou à qualidade das lágrimas para hidratar o olho
	Principais fatores de risco:
	-Dano à superfície ocular
	-Doenças autoimunes
	-Efeitos secundários de tratamento
	Envelhecimento
D76	* Risco de quedas: Susceptibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico
	Principais fatores de risco:
	-Ausência de material antiderrapante no box do chuveiro

	-Imobilização
	-História de quedas
	-Idade acima de 65 anos
	-Uso de cadeira de rodas
	-Uso de dispositivos auxiliares (andador, bengala)
	-Anemias
	-Artrite
	-Dificuldade na marcha
	-Dificuldades visuais
	-Equilíbrio prejudicado
	-Força diminuída nas extremidades inferiores
	-Hipotensão ortostática
	-Mobilidade física prejudicada
	-Neuropatia
	-Problemas nos pés
	-Agentes ansiolíticos
D77	* Risco de sangramento: risco de redução no volume de sangue capaz de comprometer a saúde
	Principais fatores de risco:
	-Distúrbios gastrointestinais (doença ulcerativa gástrica)
	-Efeitos secundários relacionados ao tratamento (cirurgia, medicamentos)
	-Função hepática prejudicada (cirrose, hepatite)
D78	* Risco de trauma: risco de lesão tecidual acidental
	Principais fatores de risco
	-Banho em água muito quente
	-Camas altas
	-Fumar na cama
	-Fumar próximo de oxigênio
	-Janelas sem proteção de segurança
	-Mecanismos de chamada inadequados para clientes acamados
	-Pisos escorregadios

	-Coordenação muscular reduzida
	-Dificuldades de equilíbrio
	-Dificuldades emocionais
	-Fraqueza
	-História de trauma prévio
	-Redução das sensações
	-Visão insatisfatória
D79	* Risco de trauma vascular: Risco de dano a veia e tecido ao redor, relacionado à presença de cateter e/ou soluções infundidas
	Principais fatores de risco:
	-Duração de tempo de inserção
	-Local da inserção
	-Fixação inadequada do catéter
	-Velocidade de infusão
	Classe 4: Riscos ambientais
D80	* Contaminação: Exposição a contaminantes ambientais em doses suficientes para causar efeitos adversos
	Principais características definidoras:
	-Dependem do agente causador. Os agentes causam uma variedade de respostas orgânicas individuais, bem como respostas sistêmicas
	-Efeitos dermatológicos de exposição a produtos químicos
	-Efeitos dermatológicos de exposição a agentes biológicos
	Principais fatores relacionados:
	-Contato sem proteção com agentes químicos
	-Contato sem proteção com agentes biológicos
	-Doenças preexistentes
	-Exposições anteriores
	-Exposições concomitantes
	-Falta de roupas/curativo de proteção
	-Fatores nutricionais
	-Idade

D81	* Risco de contaminação: Exposição a contaminantes ambientais em doses suficientes para causar efeitos adversos
	Principais fatores de risco:
	-Contato sem proteção com contaminantes químicos
	-Contato sem proteção com agentes biológicos
	-Doenças preexistentes
	-Exposições anteriores
	-Exposições concomitantes
	-Falta de roupas/curativo de proteção
	-Fatores nutricionais
	-Idade
	Classe 5: Processos defensivos
D82	* Risco de resposta alérgica: Risco de uma resposta ou reação imunológica exagerada a substâncias
	Principais fatores de risco:
	-Medicamentos
	-Substâncias no ambiente
	Classe 6: Termorregulação
D83	*Hipertermia: Temperatura corporal elevada acima dos parâmetros normais
	Principais características definidoras:
	-Aumento da temperatura corporal
	-Convulsões
	-Pele avermelhada
	-Pele quente ao toque
	-Taquicardia
	-Taquidispnéia
	Principais fatores relacionados:
	-Aumento da taxa metabólica
	-Desidratação
	-Diminuição da capacidade para transpirar
	-Doença

		-Medicamentos
D84	* Hipotermia: Temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais	
	Principais características definidoras:	
		-Cianose nos leitos ungueais
		-Palidez
		-Pele fria
		-Piloereção
		-Preenchimento capilar lento
		-Taquicardia
		-Temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais
	Principais Fatores relacionados:	
		-Desnutrição
		-Diminuição da taxa metabólica
		-Doença
		-Exposição a ambiente frio
		-Medicamentos
D85	* Risco de desequilíbrio na temperatura corporal: Risco de não conseguir manter a temperatura corporal dentro dos parâmetros normais	
	Principais fatores de risco:	
		-Desidratação
		-Doença que afeta a regulação da temperatura
		-Extremos de idade
		-Extremos de peso
		-Medicamentos que causam vasodilatação
		-Medicamentos que causam vasoconstrição
		-Taxa metabólica alterada
D86	*Termorregulação ineficaz: Flutuação da temperatura entre hiper e hipotermia	
	Principais características definidoras:	
		-Aumento da temperatura corporal acima dos parâmetros normais
		-Cianose nos leitos ungueais
		-Convulsões

	-Flutuação na temperatura corporal acima e abaixo dos parâmetros normais
	-Frequência respiratória aumentada
	-Palidez moderada
	-Pele fria ao toque
	-Pele quente ao toque
	-Piloereção
	-Preenchimento capilar lento
	-Redução da temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais
	-Rubor
	-Taquicardia
	-Tremor brando
	Principais Fatores relacionados:
	-Doença
	-Extremos de idade
	-Flutuação na temperatura ambiental

	DOMÍNIO 12: CONFORTO
D87	* Disposição para melhora do conforto: Padrão de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psíquica, ambiental e/ou social para o bem-estar e pode ser fortalecido
	Principais características definidoras:
	-Expressa desejo de aumentar a sensação de contentamento
	-Expressa desejo de aumentar o conforto
	-Expressa desejo de aumentar o relaxamento
	-Expressa desejo de intensificar a resolução das queixas
D88	* Conforto prejudicado: Falta percebida de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psíquica, ambiental e social
	Principais características definidoras:
	-Ansiedade
	-Choro
	-Incapacidade de relaxar

	-Inquietação
	-Irritabilidade
	-Lamentação
	-Medo
	-Padrão de sono perturbado
	-Relato de falta de satisfação com a situação
	-Relato de prurido
	-Relato de sentir calor
	-Relato de sentir frio
	-Relato de sentir-se desconfortável
	-Relato de sintomas de angústia
	Principais Fatores relacionados:
	-Estímulos ambientais nocivos
	-Efeitos secundários relacionados ao tratamento
	-Falta de controle do ambiente
	-Falta de privacidade
	-Falta de controle da situação
	-Recursos insuficientes (financeiros)
	-Sintomas relacionados à doença
D89	*Dor aguda: Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de 6 meses
	Principais características definidoras:
	-Alterações na pressão arterial
	-Comportamento expressivo (agitação, gemido, choro, irritabilidade)
	-Dilatação pupilar
	-Distúrbio no padrão de sono
	-Evidência observada de dor
	-Expressão facial
	-Mudanças na frequência cardíaca

	-Mudanças na frequência respiratória
	-Posição para evitar a dor
	-Relato verbal de dor
	Principais Fatores relacionados:
	-Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos e psicológicos)
D90	* Dor crônica: Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem término antecipado ou previsível e com duração de mais de 6 meses
	Principais características definidoras:
	-Comportamento de proteção
	-Depressão
	-Expressão facial
	-Interação reduzida com pessoas
	-Irritabilidade
	-Medo de nova lesão
	-Mudanças no padrão de sono
	-Relato verbal de dor
	Principais Fatores relacionados:
	-Incapacidade física crônica
	-Incapacidade psicossocial crônica
D91	* Náusea: Fenômeno subjetivo de uma sensação desagradável, na parte de trás as garganta e no estômago, que pode ou não resultar em vômito
	Principais características definidoras:
	-Aversão à comida
	- Relato de náusea
	-Sensação de vontade de vomitar
	Principais fatores relacionados:
	-Distensão gástrica
	-Doença esofágica
	-Dor

	-Irritação gástrica
	-Medicamentos
	-Ansiedade
	-Odores nocivos
	Classe 2: Conforto Ambiental
	Classe 3: Conforto social
D92	* Isolamento social: Solidão experimentada pelo indivíduo e percebida como imposta por outros e como um estado negativo ou ameaçador
	Principais características definidoras:
	-Afeto triste
	-Apresenta comportamento não aceito pelo grupo cultural dominante
	-Ausência de pessoas significativas
	-Doença
	-Não comunicativo
	-Preocupação com os próprios pensamentos
	-Procura ficar sozinho
	-Projeta hostilidade
	-Retraído
	-Sem contato visual
	-Insegurança em público
	-Relatos de sentimentos de rejeição
	-Relato de sentimentos de solidão imposta por outros
	Principais Fatores relacionados:
	-Alterações na aparência física
	-Alterações no estado mental
	-Bem-estar alterado
	-Incapacidade de engajar-se em relacionamentos pessoais satisfatórios

Nota: Adaptado e validado por especialistas a partir do Formulário de Admissão do Cliente em Dermatologia⁵⁰.

Fatores importantes para continuidade do cuidado:

.....

APÊNDICE B - Protocolo de Cuidados de Enfermagem ao Cliente com Dermatoses Imunobolhosas (PCECDI)

OBJETIVOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM PROPOSTOS

1) Aliviar o desconforto provocado pelas lesões (cutâneas e/ou mucosas)	
Cuidados propostos:	Justificativa:
<p>1.1. Orientar higiene bucal com água bicarbonatada ou antisséptico bucal sem álcool nos casos de lesões na mucosa bucal.</p> <p>1.2. Orientar e/ou aplicar óleo mineral, vaselina líquida ou manteiga de cacau nos lábios.</p> <p>1.3. Providenciar dieta líquida / pastosa na presença de lesões na mucosa bucal.</p> <p>1.4. Atentar para possíveis queixas de dor à deglutição e registrá-las quando presentes.</p> <p>1.5. Administrar medicações analgésicas prescritas.</p> <p>1.6. Realizar limpeza das lesões cutâneas com soro fisiológico 0,9% em jato aquecido a 36°C, após banho de aspersão com sabão líquido neutro.</p> <p>1.7. Secar a pele ao redor das lesões com compressa estéril. Não secar as lesões.</p>	<p>1.1. A presença de lesões na mucosa bucal é comum nos clientes com pênfigo vulgar e costumam ser bastante dolorosas, dificultando a higiene tradicional com escova e pasta dental. A higiene bucal previne o desenvolvimento de infecção e facilita a regeneração do epitélio.</p> <p>1.2. O uso de emolientes diminui o ressecamento dos lábios e ajuda na remoção de crostas.</p> <p>1.3. A presença de lesões na mucosa bucal dificulta a mastigação dos alimentos sólidos.</p> <p>1.4. Queixas de dor à deglutição podem indicar a presença de lesões esofagianas, devendo ser investigadas através de endoscopia digestiva.</p> <p>1.5. As lesões das dermatoses imunobolhosas, podem ser bastante dolorosas, por isso, as medicações analgésicas prescritas devem ser administradas principalmente antes da higiene corporal e antes das refeições nos casos de lesões na mucosa bucal.</p> <p>1.6. A aplicação do soro fisiológico a 0,9% complementa a limpeza das lesões. Devido à falta de integridade da pele, os extremos de temperatura devem ser evitados. Além disso, o soro aquecido evita o resfriamento das lesões, auxiliando na reparação tecidual. O uso de sabão líquido neutro é de fácil aplicação e ajuda a prevenir infecções.</p> <p>1.7. O leito da lesão deve ser mantido úmido para promover a cicatrização.</p>

<p>1.8. Realizar curativo nas lesões cutâneas com gaze vaselinada estéril*, proteger com compressa estéril e fixar com atadura de crepom e fita adesiva sem exercer pressão na pele.</p> <p>1.9. Auxiliar o cliente a vestir-se (após realização do curativo).</p> <p>1.10. Manter a privacidade do cliente durante realização da higiene e curativos, evitando exposição do corpo e das lesões.</p> <p>1.11. Auxiliar o cliente durante alimentação (abrir a embalagem dos alimentos, oferecer as dietas).</p>	<p>1.8. O uso da gaze vaselinada estéril protege as lesões sem provocar aderência, mantém a umidade no leito das lesões e auxilia na remoção das crostas. O curativo não deve pressionar a pele, evitando novas lesões.</p> <p>1.9. As lesões cutâneas dificultam a mobilidade do cliente e conseqüentemente o ato de colocar e retirar as roupas.</p> <p>1.10. A exposição não somente do corpo, mas do corpo acometido por lesões pode interferir no estado emocional do cliente, além de despertar a curiosidade dos demais clientes.</p> <p>1.11. A presença de lesões cutâneas associada à fragilidade da pele pode dificultar a mobilidade do cliente e a manipulação de utensílios, podendo inclusive provocar acidentes.</p>
<p>2) Promover a cicatrização das lesões existentes</p>	
<p>Cuidados propostos:</p>	<p>Justificativa:</p>
<p>2.1. Administrar as medicações prescritas pela equipe médica.</p> <p>2.2. Avaliar o hematócrito e os níveis de proteína sérica.</p> <p>2.3. Solicitar avaliação nutricional.</p> <p>2.4. Estimular a ingesta de líquidos frios, não irritantes e alimentos ricos em proteínas e calorias, quando indicados.</p> <p>2.5. Inspeccionar a cavidade oral diariamente, registrando a presença de alterações, principalmente nos casos de pênfigo vulgar.</p>	<p>2.1. O controle das dermatoses imunobolhosas é feito através da administração de corticoides ou imunossupressores por via oral ou endovenosa.</p> <p>2.2. A diminuição do hematócrito e de proteína dificultam a cicatrização.</p> <p>2.3. A avaliação nutricional é necessária para reposição de nutrientes ou restrição de determinados alimentos, como por exemplo, os que contêm glúten, que devem ser evitados nos casos de diagnóstico de dermatite herpetiforme.</p> <p>2.4. As reposições hídrica e alimentar são indispensáveis para a cicatrização e recuperação do cliente.</p> <p>2.5. O uso de corticoides em altas doses pode facilitar a instalação de infecções secundárias na cavidade oral.</p>

<p>2.6. Inspeccionar a pele e lesões diariamente, registrando características e evolução, inclusive o surgimento de lesões novas – bolhas (características e localização).</p> <p>2.7. Realizar limpeza abundante das lesões cutâneas com soro fisiológico a 0,9%, em jato, aquecido a 36°C. (após banho de aspersão).</p> <p>2.8. Realizar curativo nas lesões cutâneas com gaze vaselinada estéril*, proteger com compressa estéril e fixar com atadura de crepom e fita adesiva sem exercer pressão na pele.</p>	<p>2.6. A avaliação da pele e das lesões deve ser diária para observação de qualquer alteração. O surgimento de lesões novas (bolhas) indica atividade da doença, e devem ser registradas e comunicadas a equipe médica para avaliação da terapêutica medicamentosa.</p> <p>2.7. A limpeza adequada das lesões é essencial para prevenir infecções e promover a cicatrização.</p> <p>2.8. A gaze vaselinada estéril promove a cicatrização, pois além de proteger as lesões sem provocar aderência, mantém a umidade no leito das mesmas e auxilia na remoção das crostas sem traumas.</p>
<p>3) Prevenir o aparecimento de novas lesões</p>	
<p>Cuidados propostos:</p>	<p>Justificativa:</p>
<p>3.1. Estimular e/ou auxiliar mudança de decúbito no caso do cliente acamado a cada 2 ou 3 horas (de acordo com o risco do cliente).</p> <p>3.2. Evitar pressão, fricção e traumas, mesmo nas áreas de pele aparentemente sadias.</p> <p>3.3. Evitar o uso de adesivos (esparadrapo, fita adesiva, micropore) diretamente na pele. Em caso de extrema necessidade, usar o mínimo possível. Fixar punções venosas com atadura de crepom.</p> <p>3.4. Evitar o uso de garrote durante as punções venosas, quando possível.</p> <p>3.5. Retirar os curativos de forma cuidadosa e com auxílio de soro fisiológico a 0,9% em jato e aquecido a 36°C.</p>	<p>3.1. A fragilidade da epiderme aumenta o risco de desenvolvimento das úlceras de pressão. O cliente com dermatoses imunobolhosas pode apresentar dificuldade para mobilizar-se no leito.</p> <p>3.2. Devido a fragilidade da pele, qualquer pressão ou fricção pode causar lesões.</p> <p>3.3. Devido à fragilidade da pele, o uso de adesivos pode promover o surgimento de novas lesões no momento da retirada dos mesmos.</p> <p>3.4. Devido à fragilidade da epiderme, a pressão exercida pelo garrote pode promover o surgimento de novas lesões.</p> <p>3.5. Molhar os curativos com soro fisiológico 0,9% auxilia a retirada. A temperatura do soro em torno de 36° mantém a temperatura no leito das lesões, promovendo a cicatrização.</p>

<p>3.6. Aplicar suavemente sabão líquido neutro durante o banho de aspersão e secar a pele íntegra cuidadosamente com compressa estéril;</p> <p>3.7. Orientar substituição da escova e pasta de dentes por soluções antissépticas de uso oral sem álcool, nos casos de lesões na mucosa bucal.</p> <p>3.8. Recomendar a retirada de prótese dentária nos casos de lesões na mucosa bucal.</p> <p>3.9. Manter as unhas limpas e aparadas.</p> <p>3.10. Avaliar presença de hiperemia que indique o desenvolvimento de úlceras por pressão.</p> <p>3.11. Auxiliar cliente durante transferência cadeira/leito e vice-versa e/ou deambulação, oferecendo apoio.</p> <p>3.12. Orientar o cliente a não se expor ao sol, mesmo após a remissão do quadro.</p>	<p>3.6. A fragilidade da epiderme exige suavidade durante a aplicação do sabão líquido e da secagem da pele fragilizada ao redor das lesões.</p> <p>3.7. A pressão exercida pela escova causa dor dificultando a higiene e pode aumentar as áreas lesadas ou promover o aparecimento de novas lesões.</p> <p>3.8. O atrito da prótese dentária pode causar dor, aumentar as áreas lesadas ou promover o aparecimento de novas lesões;</p> <p>3.9. O prurido pode estar presente em alguns casos. O atrito das unhas pode promover o surgimento de novas lesões, além de aumentar o risco de infecção.</p> <p>3.10. As lesões decorrentes das dermatoses imunobolhosas podem causar limitação da mobilidade. A hiperemia indica a presença de úlcera por pressão categoria 1.</p> <p>3.11. As lesões cutâneas dificultam a mobilidade do cliente. A enfermagem deve estar atenta para prevenir quedas e traumatismos. O cliente em uso de corticoide por tempo prolongado está mais predisposto à osteoporose e conseqüentemente a fraturas.</p> <p>3.12. A exposição à luz ultravioleta pode ser um fator precipitante/recidivante da doença, principalmente nos casos de pênfigo.</p>
<p>4) Prevenir infecções e infestações</p>	
<p>Cuidados propostos:</p>	<p>Justificativa:</p>
<p>4.1. Lavar as mãos antes e após contato com o cliente.</p>	<p>4.1. A lavagem das mãos é indispensável para evitar a infecção cruzada. O cliente com dermatoses imunobolhosas é susceptível a infecções (função de barreira da pele comprometida; uso de corticoides). A infecção é uma das principais causas de morte.</p>

<p>4.2. Manter técnica asséptica durante realização dos curativos.</p>	<p>4.2. Diante da vulnerabilidade do cliente, todos os cuidados para prevenção de infecção devem ser aplicados.</p>
<p>4.3. Avaliar e registrar possíveis sinais e sintomas de infecção local e/ou sistêmica.</p>	<p>4.3. A observação e registro diários das características das lesões, além do controle dos sinais vitais auxiliam na detecção de possíveis infecções. A febre pode estar mascarada pelo corticoide.</p>
<p>4.4. Realizar banho de aspersão com sabão líquido neutro.</p>	<p>4.4. O banho de aspersão é o mais seguro para evitar infecções. A limpeza com sabão líquido é mais fácil, menos dolorosa e mais higiênica.</p>
<p>4.5. Utilizar termômetro e esfíngomanômetro de uso exclusivo.</p>	<p>4.5. O uso de material exclusivo evita a ocorrência de infecção cruzada.</p>
<p>4.6. Realizar curativo nas lesões cutâneas com gaze vaselinada estéril*, proteger com compressa estéril e fixar com atadura de crepom e fita adesiva sem exercer pressão na pele.</p>	<p>4.6. O curativo realizado conforme indicado protege as lesões contra a infecção e a infestação por miíases.</p>
<p>4.7. Manter, sempre que possível, o cliente em quarto com banheiro privativo.</p>	<p>4.7. Este cuidado reduz a exposição do cliente, e auxilia na prevenção de infecção cruzada.</p>
<p>4.8. Orientar os clientes, nos casos de internação em enfermaria, evitar contato direto com os demais.</p>	<p>4.8. O contato entre os mesmos pode promover infecção cruzada, fato agravado nos casos dos imunossuprimidos.</p>
<p>4.9. Utilizar utensílios como comadres, patinhos esterilizados em caso de contato direto com a pele lesada.</p>	<p>4.9. Todos os cuidados devem ser aplicados para prevenir infecções.</p>
<p>4.10. Observar e registrar a presença de calafrios.</p>	<p>4.10. A presença de calafrios pode indicar infecção.</p>
<p>4.11. Utilizar véu nos casos de lesões disseminadas, cobrindo todo o leito, protegendo o cliente contra insetos.</p>	<p>4.11. O odor característico das dermatoses imunobolhosas, em especial do pênfigo atrai insetos e moscas. Além de interferir no repouso pode ocorrer a infestação por miíases.</p>
<p>4.12. Avaliar os acessos venosos diariamente. Em alguns casos, a troca deve ser diária ou a cada 48h.</p>	<p>4.12. A fragilidade da epiderme ao redor da inserção do cateter pode favorecer o aparecimento de lesões e conseqüentemente o acúmulo de exsudato.</p>

4.13. Administrar antibióticos prescritos.	4.13. Diante da vulnerabilidade dessa clientela, a infecção pode estar presente.
5) Manter o equilíbrio hídrico e eletrolítico	
Cuidados propostos:	Justificativa:
<p>5.1. Avaliar características da diurese, e realizar balanço hídrico, nos casos de lesões extensas.</p> <p>5.2. Incentivar ingesta hídrica.</p> <p>5.3. Providenciar acesso venoso periférico para reposição de líquidos, eletrólitos, reposição proteica, sangue e derivados, quando necessário.</p>	<p>5.1. A pele forma uma barreira que impede a perda de água e eletrólitos. A presença de lesões disseminadas promove a perda de grandes quantidades de líquidos e eletrólitos.</p> <p>5.2. A hidratação oral pode evitar a necessidade de realizar hidratação venosa.</p> <p>5.3. O desnudamento extenso da pele leva ao desequilíbrio hídrico, eletrolítico, perda proteica e sanguínea. Além da necessidade de reposição hídrica e eletrolítica por via endovenosa, podem ser prescritas reposição de sangue e derivados.</p>
6) Controlar os possíveis efeitos adversos do tratamento	
Cuidados propostos:	Justificativa:
<p>6.1. Realizar coleta para exames necessários.</p> <p>6.2. Administrar o corticoide, conforme prescrição médica. Nos casos de dose única pela manhã (após o café da manhã), e preferencialmente após ingesta alimentar nos casos de dose fracionada.</p> <p>6.3. Realizar controle dos sinais vitais, em especial, a pressão arterial (de 4 em 4 horas).</p> <p>6.4. Verificar a glicemia capilar antes das refeições.</p>	<p>6.1. Antes de iniciar o corticoide ou imunossupressores, é necessário realizar exames de rotina (sangue, urina, fezes, raio x de tórax e eletrocardiograma).</p> <p>6.2. A produção de hidrocortisona pelo córtex da adrenal atinge seus níveis plasmáticos máximos por volta das 6-8 horas da manhã. A administração do corticoide deve ser feita neste período para atingir o mínimo possível o eixo hipotálamo-hipofisário. O uso do corticoide antes da ingesta alimentar pode potencializar os seus efeitos colaterais a nível da mucosa gástrica. Clientes com história prévia de gastrite ou de úlcera gástrica podem ter o quadro exacerbado com o uso do corticoide.</p> <p>6.3. O corticoide promove a retenção de sódio e de água, podendo elevar a pressão arterial.</p> <p>6.4. O diabetes é uma complicação comum com o uso do corticoide.</p>

<p>6.5. Avaliar alterações de comportamento (agitação, agressividade).</p> <p>6.6. Observar e registrar características das eliminações. Realizar teste de catalase nas fezes dos clientes com história de gastrite, úlcera gástrica.</p> <p>6.7. Verificar a pressão arterial antes, durante (a cada 15/30 minutos) e após administração da pulsoterapia;</p> <p>6.8. Colher sangue do cliente para controle dos eletrólitos (sódio, potássio, cálcio e glicose) antes e após pulsoterapia.</p> <p>6.9. Avaliar o surgimento de outras lesões (ex: herpes zoster).</p> <p>6.10. Avaliar e registrar a aceitação da dieta recomendada de acordo com a avaliação clínica do cliente (dieta anticonstipante, hipossódica para diabetes, sem glúten);</p> <p>6.11. Atentar para queixas que podem indicar reações adversas aos produtos de uso tópico e/ou sistêmico.</p>	<p>6.5. O corticoide pode provocar alterações de comportamento, e até mesmo quadros psicóticos.</p> <p>6.6. O cliente em uso de carbonato de cálcio pode apresentar constipação. Os que possuem histórico de gastrite ou úlcera gástrica pode apresentar sangue vivo nas fezes ou fezes enegrecidas.</p> <p>6.7. A hipertensão é um dos efeitos colaterais que pode ocorrer durante a infusão da pulsoterapia.</p> <p>6.8. A pulsoterapia pode causar alterações nos eletrólitos.</p> <p>6.9. O uso de altas doses de corticoides pode reativar o vírus da varicela zoster e desencadear o surgimento de lesões na pele.</p> <p>6.10. A avaliação nutricional do cliente deve ser realizada pela nutricionista. A aceitação ou não das dietas deve ser avaliada e registrada pela enfermagem.</p> <p>6.11. As queixas devem ser sempre valorizadas pela equipe de saúde.</p>
<p>7) Avaliar as influências sociais, espirituais e emocionais das dermatoses imunobolhosas na vida do cliente e família</p>	
<p>Cuidados propostos:</p>	<p>Justificativa:</p>
<p>7.1. Realizar avaliação do cliente com o Protocolo de Avaliação do cliente em Dermatologia (PACD).</p> <p>7.2. Acolher o cliente e mostrar-se disponível para ouvir os problemas vivenciados pelo mesmo e família.</p>	<p>7.1. Protocolo de Avaliação do cliente em Dermatologia (PACD) foi elaborado com a intenção de avaliar o cliente de forma integral, contemplando não somente a esfera física, mas também as influências sociais e emocionais da doença cutânea na vida do cliente.</p> <p>7.2. A interação depende da habilidade interpessoal dos profissionais de saúde. Esta pode facilitar ou não a verbalização dos sentimentos do cliente e de sua família em relação às repercussões do</p>

<p>7.3. Realizar encaminhamento ao serviço social, sempre que necessário.</p> <p>7.5. Solicitar parecer à psicologia, quando necessário.</p> <p>7.6. Instilar a fé e esperança.</p> <p>7.7. Promover e/ou indicar estímulo a participação do cliente em grupos de apoio ou acompanhamento psicológico individual.</p>	<p>adoecimento cutâneo.</p> <p>7.3. Muitos clientes possuem questões sociais que interferem na sua recuperação e que devem ser avaliadas pelo assistente social.</p> <p>7.5. Diante das repercussões do acometimento cutâneo, a avaliação e acompanhamento pela psicologia podem colaborar muito, tendo em vista a necessidade de aceitação da doença, adesão ao tratamento e autocuidado. A interação do enfermeiro com outros profissionais é de extrema importância na promoção da recuperação do cliente.</p> <p>7.6. A fé e a esperança podem fortalecer o cliente no enfrentamento da doença.</p> <p>7.7. O grupo de apoio favorece a expressão de sentimentos e a troca de informações e experiências entre os seus componentes. O acompanhamento psicológico pode auxiliar o cliente no enfrentamento da doença e suas repercussões.</p>
<p>.8) Orientar o cliente e sua família, na tentativa de aumentar a capacidade para lidar com o problema</p>	
<p>Cuidados propostos:</p>	<p>Justificativa:</p>
<p>8.1. Desenvolver relacionamento de confiança com o cliente e família.</p> <p>8.2. Utilizar linguagem acessível durante a orientação do cliente e família.</p> <p>8.3. Orientar cliente e família sobre a etiologia da doença, tratamento e autocuidado.</p>	<p>8.1. O cliente e sua família possuem preocupações legítimas que podem ser reduzidas quando a equipe de saúde demonstra disponibilidade e sensibilidade para ouvir as suas questões, além de conhecimento para esclarecer suas dúvidas.</p> <p>8.2. O uso de termos técnicos dificulta a compreensão das orientações, por isso a linguagem deve ser de acordo com o nível cultural do cliente/família, utilizando estratégias para melhor compreensão.</p> <p>8.3. O cliente e sua família precisam obter informações básicas sobre o seu processo de adoecimento, visando diminuir sua ansiedade e aumentar a sua capacidade de reagir em seu próprio benefício. As dermatoses imunobolhosas exigem uma terapia continuada, após a alta para</p>

<p>8.4. Orientar cliente e família sobre a necessidade de evitar exposição solar, além do uso de fator de proteção solar, chapéu, óculos e guarda sol.</p> <p>8.5. Estimular o autocuidado.</p> <p>8.6. Promover/estimular ou indicar a participação do cliente em grupos de apoio ou acompanhamento psicológico.</p>	<p>manutenção de seu controle. Além disso, em alguns casos, ressalta-se a necessidade de controle das complicações provenientes do tratamento (diabetes, hipertensão), exigindo orientação da enfermagem para continuidade no domicílio.</p> <p>8.4. A exposição solar pode ser um fator precipitante das lesões, principalmente nos casos de pênfigo.</p> <p>8.5. O autocuidado é fundamental, principalmente diante do aspecto crônico das dermatoses imunobolhosas. Além disso, alerta-se para a necessidade de controle das complicações que podem surgir devido o tratamento, entre elas, o diabetes e a hipertensão arterial.</p> <p>8.6. O grupo de apoio favorece a troca de experiências e o fortalecimento individual no controle da doença. O acompanhamento psicológico pode auxiliar o cliente no enfrentamento da doença e suas repercussões.</p>
---	---

Nota: Protocolo modificado e adaptado do Protocolo de Enfermagem no Atendimento ao Cliente com Pênfigo para Protocolo de Cuidados de Enfermagem aos Clientes com Dermatoses Imunobolhosas, Brandão⁸.

^(*) A gaze vaselinada estéril deve ser preparada conforme protocolo a ser divulgado pela autora da pesquisa.

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do projeto: **Evidências do cuidado de enfermagem para o conforto do cliente com dermatoses imunobolhosas: ensaio clínico**

Pesquisador Responsável: Prof^ª Dr^ª Iraci dos Santos

Doutoranda: Euzeli da Silva Brandão

Instituição a que pertence o pesquisador responsável: Faculdade de Enfermagem/Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Telefones para contato com a doutoranda pesquisadora: (21) 9808-3847

Telefone da pesquisadora responsável: 21-93156020

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Idade: _____ anos RG: _____ CPF: _____

O Sr^o(^a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que tem como objetivo geral: Avaliar o conforto do cliente com dermatoses imunobolhosas, hospitalizado em enfermaria de dermatologia, antes e após a aplicação da Tecnologia de cuidado específico ao cliente com dermatoses imunobolhosas. O interesse por esta pesquisa surgiu através da interação ao desenvolver cuidados diretos as pessoas com dermatoses imunobolhosas, buscando, ao longo de doze anos, alternativas para aliviar o desconforto e reduzir complicações. Assim, foi elaborado um protocolo de atendimento de enfermagem que já foi aplicado e publicado em capítulo de livro e em periódico científico. Apesar da observação do alívio do desconforto e da redução dos riscos com a aplicação dos cuidados propostos neste protocolo, ainda não se utilizou uma pesquisa clínica para evidenciar os efeitos das intervenções de enfermagem recomendadas após sua aplicação. Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para o atendimento das necessidades humanas da pessoa com pênfigo vulgar, visando à promoção de conforto e a prevenção de riscos à saúde, assegurando, assim, a manutenção da vida com qualidade. Em relação às instituições de saúde campos da pesquisa e outras que atendem a clientela citada, espera-se a redução do tempo de hospitalização dos clientes e dos custos hospitalares. O Sr^o(^a) será avaliado diariamente e será submetido a aplicação de um formulário antes, após 24 horas e uma semana após a implementação dos cuidados propostos, na intenção de avaliar o seu conforto.

O protocolo consiste na realização de cuidados de enfermagem com o objetivo de Aliviar o desconforto provocado pelas lesões cutâneomucosas; Promover a cicatrização das lesões existentes; Prevenir o aparecimento de novas lesões; Controlar possíveis efeitos colaterais do tratamento; Avaliar as influências sociais e emocionais das dermatoses imunobolhosas na vida do cliente e família; Orientar o cliente e sua família, na tentativa de aumentar a capacidade para lidar com o

problema. Para avaliação do padrão de conforto proporcionado pela aplicação dos cuidados de enfermagem propostos no protocolo o Sr^o apontará/mará em uma escala cromática, do branco a diferentes tonalidades do amarelo laranja e vermelho, que servirão para avaliar a intensidade da dor, da exposição e da mobilidade antes, 24 horas após, e uma semana após os cuidados de enfermagem. Será necessário fotografar as lesões antes, durante e após realização dos cuidados de enfermagem propostos. O Sr^o poderá solicitar esclarecimentos em qualquer momento, antes e durante o desenvolvimento da pesquisa. O Sr^o(a) possui total liberdade para recusar a participação antes e/ou durante qualquer etapa da pesquisa, podendo optar pelos cuidados de enfermagem implementados tradicionalmente na enfermaria. Os dados da pesquisa poderão ser publicados, assegurando o sigilo de sua identidade, ou seja, o seu nome não será divulgado e as fotos não revelarão o seu rosto, somente a evolução das lesões, oferecendo total privacidade e anonimato das informações quando divulgadas/publicadas em eventos, livros e revistas científicas. Não haverá nenhuma despesa por parte dos sujeitos da pesquisa. Este documento possui duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou representante legal e outra arquivada pelo pesquisador.

Eu, _____, RG nº _____

Declaro ter sido esclarecido e concordo em participar como sujeito da pesquisa descrita acima.

_____ de _____ de 201__

Sujeito da pesquisa

Nome completo

Assinatura

Responsável pelo consentimento

Nome completo

Assinatura

Testemunha

Nome completo

Assinatura

Testemunha

Nome completo

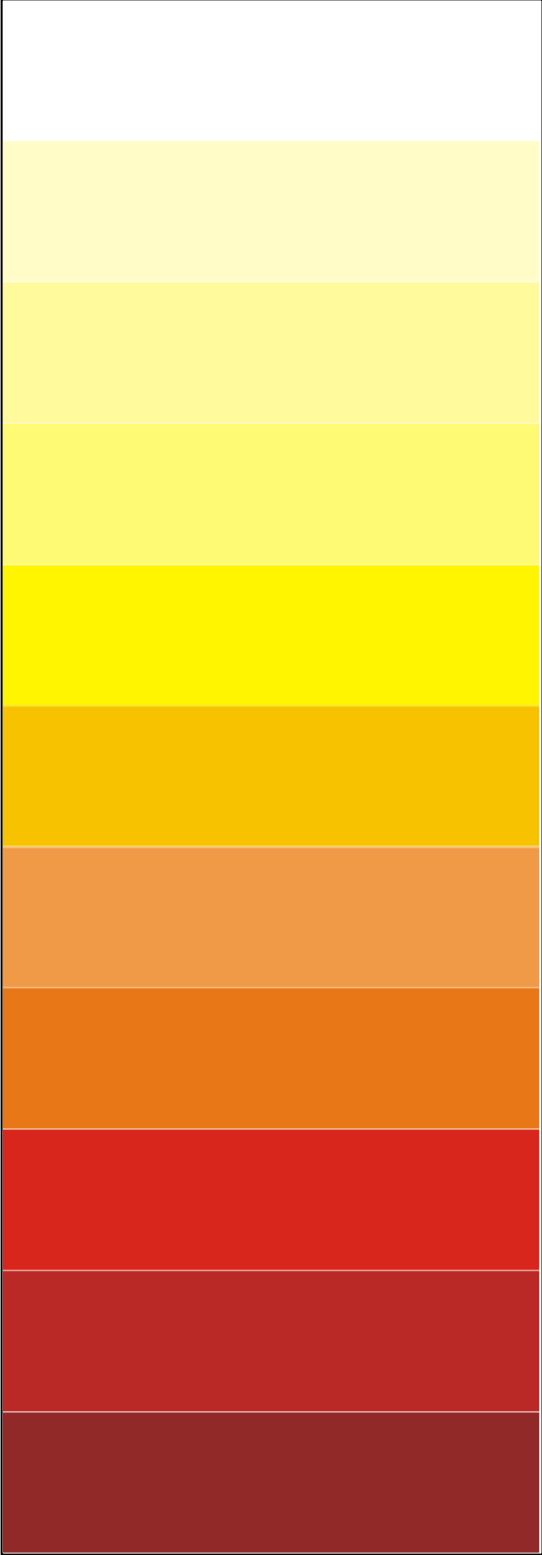
Assinatura

Em caso de dúvida, entre em contato com: Euzeli da Silva Brandão

Tel: (21) 9808-3847 – e-mail: euzelibrandao@gmail.com.br

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Endereço: Av. Vinte e oito de setembro, 77 – Térreo – Vila Isabel e-mail: cep-hupe@uerj.br Tel: (21) 2868-8253

APÊNDICE D – Formulário para avaliação dos atributos estabelecidos antes (T₀), durante – 24 horas (T₁) e uma semana após intervenção (T₂) (TCECDI)



Cliente

Instituição: Data/...../.....

Atributo:

Avaliação: 1ª () antes da intervenção
2ª () 24h após intervenção
3ª () 01 semana após intervenção

APÊNDICE E – Descrição dos casos clínicos e respectivas fotos dos 14 sujeitos do estudo

Caso 1, feminino, 26 anos, solteira, branca, natural do Amazonas, 3º grau em curso (fisioterapia), católica, porém também frequenta o kardecismo, reside com o companheiro na Tijuca, renda familiar de aproximadamente 3000,00 reais.

Admitida no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ) no dia 11/06/12, acompanhada pelo companheiro e por uma amiga. Possui diagnóstico médico de pênfigo vulgar confirmado após 3 biópsias.

Em 13/06/12 foi avaliada pela pesquisadora. Apresentava queixa de “dor” e de “exposição” devido à presença de lesões cutâneas.

Nega hipertensão, diabetes, doença renal, transfusão de sangue, tabagismo e uso de drogas ilícitas. Ingere raramente bebida alcoólica (vinho). Informa alergia a penicilina, dipirona, sulfas, couro e bijuteria.

História de duas internações prévias no Amazonas. Uma devido à dengue há aproximadamente 10 anos e outra mais recente para retirada de nódulo de mama em 2007. Refere que já passou por quadro de “depressão profunda”.

Mãe hipertensa, avô materno (CA de garganta). Avô e avó paternos com história de diabetes e hipertensão.

Último preventivo ginecológico em abril de 2011.

Iniciou quadro cutâneo há +/- 6 meses com lesões na mucosa oral, vaginal e cutânea. Fez uso de anti-histamínicos (Hixizine®, Celestamine®) e antibiótico (Cefalexina®), além do uso tópico de Duotrat® (Betametasona + gentamicina) e Diprosone® (Betametasona).

Atribui a causa provável da doença ao aspecto emocional, pois considera-se muito nervosa, ansiosa e irritada.

Relata desconforto devido a dor, que dificulta a deambulação e o sono e aos olhares das pessoas. Para alívio da dor costuma utilizar coxins durante à noite. Em relação aos olhares das pessoas, costuma “cobrir as lesões com roupas” e “fingir que não é com ela”.

Informa que o estado de sua pele modificou a sua vida, limitando os movimentos físicos, uso de roupas e realização de atividades diárias (caminhar, deitar, estudar, acompanhar o companheiro), inclusive informa que está estudando em regime domiciliar.

Refere apetite diminuído e perda de aproximadamente 2 kg. Costuma beber +/- 500ml de água/dia. Eliminações urinárias e intestinais sem alterações.

Nega mudança na relação com a família e amigos. Considera que pode contar com a mãe, com o companheiro e com amiga nos momentos difíceis. Nega solidão. Porém refere mudança nas relações sexuais devido “dor” e “medo de machucar”.

Planeja casar e ter filhos. Gostaria de ter dinheiro para viajar para o Amazonas onde está a sua família sempre que desejar.

A internação representa a “recuperação adequada”. No momento, preocupa-se com os estudos e com a doença. Refere que a equipe de enfermagem do setor se preocupa com a mesma e administra os medicamentos no horário. Gostaria de “saber mais sobre a doença”, além de possuir “dúvidas sobre a pulsoterapia” (metilprednisolona).

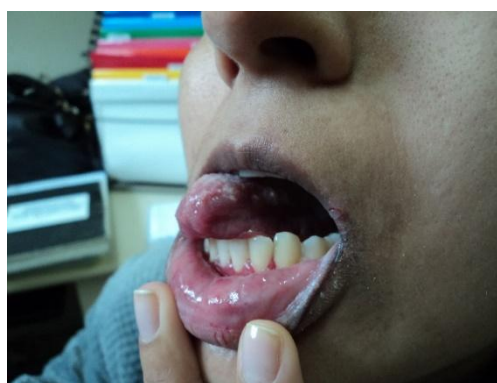
Ao exame, apresenta-se lúcida, orientada, ansiosa, preocupada, cooperativa, deambulando com um pouco de dificuldade. Dentes conservados, tratados. Presença de lesões exulceradas na mucosa oral, odor fétido característico. No momento, nega lesões na mucosa vaginal. Lesões cutâneas (bolhosas, erosadas e crostosas no couro cabeludo, tórax, abdome, dorso, membros superiores e inferiores). Drenagem do exsudato seroso e purulento em pequena quantidade. Odor pouco expressivo. Índice de Comprometimento Cutâneo Mucoso (ICCMPV) = 60.

Sinais vitais dentro dos parâmetros de normalidade.

Peso: 50.5kg; Altura: 1.62m; IMC: 19.2.

BHCG (-); Rx torác: normal; PPD: não reativo.

Fotografia 1 – Cliente 1: Momento T₀



Nota: Imagens antes da intervenção

Fotografia 2 - Cliente 1: Momentos T₁ e T₂

Nota: Imagens 24 horas após a intervenção



Nota: Imagens uma semana após intervenção

Caso 2, masculino, 52 anos, branco, casado, natural do Rio de Janeiro, 1º grau completo, operador de elevatória, católico, reside com a esposa e dois filhos em Campo Grande, possui renda familiar de aproximadamente 3000,00 reais. Admitido na enfermaria de dermatologia do HUPE/UERJ pela 4ª vez em 23/07/12, sem acompanhantes. Possui diagnóstico médico de pênfigo vulgar desde 2008, época em que obteve licença pelo INSS.

Ao ser avaliado pela pesquisadora no dia seguinte à internação, citou as “lesões de pele” como queixa principal devido dificuldade de mobilização e discriminação. Informa início de diabetes e hipertensão após início do tratamento da doença cutânea com corticoide. Nega doença renal, alergias, transfusão de sangue e uso de drogas ilícitas. Tabagista há 30 anos, com consumo de 1 maço/dia. Uso de bebida alcoólica (cerveja) nos fins de semana. História de Cirurgia de hérnia inguinal. Mãe diabética e com câncer de mama. Pai falecido (Acidente vascular cerebral). Nunca realizou exame de próstata.

Para tratamento da doença cutânea fez uso de prednisona, azatioprina e pulsoterapia. Após remissão da doença e alta hospitalar não manteve acompanhamento ambulatorial e conseqüentemente não fez uso regular das medicações.

Ao ser questionado sobre a origem da doença refere influência de distúrbio emocional após morte do pai.

Relata desconforto devido a impossibilidade de ir a praia, devido o sol e discriminação das pessoas. Procura superar protegendo as lesões com roupas. Refere que o estado de sua pele modificou socialmente a sua vida devido aos olhares das pessoas. Sente-se “cansado” fato que limita a realização das atividades diárias.

Possui dificuldade para dormir e sono irregular. Informa apetite diminuído e perda de aproximadamente 20 kg nos últimos anos. Nega realização de dietas, inclusive para hipertensão e diabetes. Inger cerca de +/- 2litros de água por dia. Nega alterações nas eliminações urinárias e/ou intestinais.

Nega mudança na relação com amigos e familiares após início da doença, porém referiu que teve dificuldades com as pessoas do ambiente de trabalho, que devido ao desconhecimento apresentarem medo de contágio. Nega sentir-se sozinho. Passa maior parte do dia assistindo televisão em casa. Para se divertir, gosta de conversar com amigos. Considera o seu dinheiro insuficiente para investir na formação dos filhos, sua principal meta.

A internação representa esperança de melhora. No momento, está preocupado com os resultados dos exames e com o início da medicação venosa programada pela equipe médica (imunoglobulina).

Considera-se bem tratado pela equipe de enfermagem. Nega desejo de receber orientação durante a internação.

Ao exame, lúcido, orientado, deambulando, preocupado, receoso. Ausência de lesões na cavidade oral. Uso de prótese dentária superior. Lesões cutâneas erosadas e crostosas no couro cabeludo, tórax, abdome, membros superiores e inferiores. Drenagem de exsudato seroso e seropurulento em pequena quantidade. Ausência de odor e/ou edema. Índice de Comprometimento Cutâneo mucoso (ICCOMPV) = 45.

Sinais Vitais: PA: 140x90 mmHg; T: 34.7 °C; P: 78bpm; R: 20irpm.

Glicemia Capital: 339 mg/dl; Peso: 63.3Kg; Altura: 1.69m; IMC= 22.1

Fotografia 3 - Cliente 2: Momento T₀

Nota: Imagens antes da intervenção

Fotografia 4 - Cliente 2: Momento T₁



Nota: Imagens 24 horas após a intervenção

Fotografia 5 – Cliente 2: Momento T₂

Nota: Imagens uma semana após intervenção

Caso 3, feminino, 64 anos, divorciada, parda, natural do Rio de Janeiro, 1º grau incompleto, cabeleireira, evangélica, reside com um dos dois filhos no Bairro Portuguesa-RJ, renda familiar de aproximadamente 2.500,00 reais. Admitida na enfermaria de dermatologia do HUPE/UERJ em 02/08/12, acompanhada pelo filho. Hipótese diagnóstica pênfigo vulgar, confirmada após resultado de biópsia. Já fazia uso de corticoide 40mg (há aproximadamente 30 dias).

Ao ser avaliada pela pesquisadora no momento da admissão apresentava queixa de “dor de forte intensidade”. Roupas de uso pessoal aderidas nas lesões disseminadas que apresentava.

Informa hipertensão prévia a doença cutânea e uso de anti-hipertensivos regularmente. Nega doença renal, alergias, transfusão de sangue, tabagismo, uso de drogas ilícitas. Internada três vezes anteriormente devido à realização de dois partos e apendicectomia. Não sabe informar as doenças que apresentou na infância. Pai e mãe falecidos (doença no coração). Último preventivo ginecológico colhido em julho/12 após vários anos.

Em relação à doença cutânea, trata-se de um quadro inicial sem tratamentos prévios. Não sabe informar a causa do doença, nega fatos novos em sua vida.

Refere que a “dor” é o que causa maior desconforto, e que vinha utilizando analgésicos para alívio. Em relação ao estado da pele atual refere: “sente-se um monstrinho”.

Apresenta dificuldade para comer e andar. Não consegue dormir. Refere apetite diminuído e nega realização de dietas. Informa perda de peso. Ingere +/- 2litros de água por dia. Nega alterações nas eliminações (urinária e intestinal).

Informa muitas limitações para realizar as atividades diárias, principalmente para trabalhar. Conta com a ajuda de Deus e dos filhos nos momentos difíceis. Nega mudança na relação com familiares e amigos após a doença, porém deixou de frequentar o ambiente de trabalho. Não tem relações sexuais desde os 38 anos. Nega sentir-se sozinha. Passa a maior parte do dia trabalhando no salão de beleza. Gosta de ver televisão e às vezes ir ao cinema, shopping com a neta. Considera o seu dinheiro suficiente para suprir suas necessidades. Tem como plano para o futuro “ser feliz”. Sua chefia foi comunicada sobre a internação.

Em relação à internação refere que “vai decidir sobre a sua saúde”. No momento, sente que “vai ficar bem”. Em relação à enfermagem, espera a realização de “curativos com carinho e amor”. Gostaria de receber orientações sobre a doença.

Ao exame físico, apresenta-se lúcida, orientada, ansiosa, com fascas de dor, porém cooperativa, deambulando com muita dificuldade devido lesões cutâneas. Dentes ausentes na arcada superior e inferior, com uso de prótese, porém não está utilizando no momento devido lesões

exulceradas na mucosa oral, com odor fétido. Lesões cutâneas erosadas, exulceradas e crostosas disseminadas (couro cabeludo, face, cervical, tórax, abdome, dorsal, membros superiores e inferiores). Drenagem de exsudato seropurulento em média quantidade e odor fétido. Índice de Comprometimento Cutâneo mucoso (ICCOMPV) = 80

Peso: 75.7kg; Altura: 1.42; IMC: 37.5

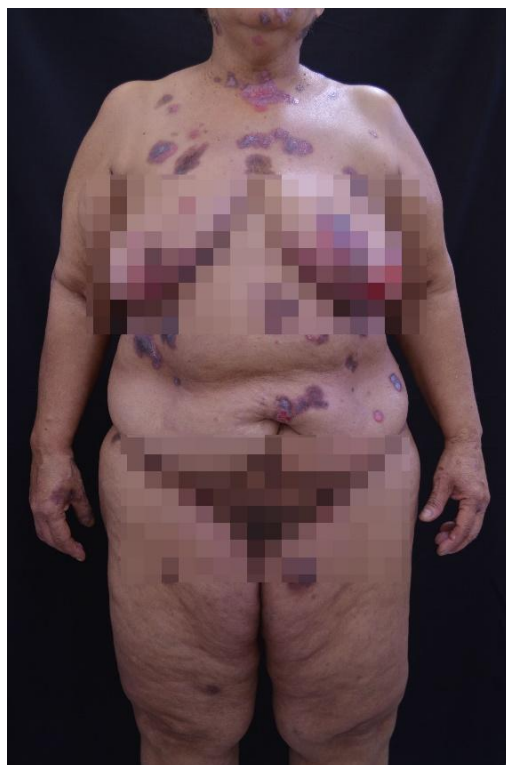
Sinais Vitais dentro dos padrões de normalidade.

Fotografia 6 – Cliente 3: Momento T₀

Nota: Imagens antes da intervenção

Fotografia 7 – Cliente 3: Momento T₁

Nota: Imagens 24 horas após a intervenção

Fotografia 8 – Cliente 3: Momento T₂

Nota: Imagens uma semana após intervenção

Caso 4, feminino, 47 anos, casada, parda, natural do Espírito Santo, analfabeta, católica, doméstica. Reside com o marido em Boa Esperança – Angra dos Reis. Renda familiar de aproximadamente 1.000 reais. Admitida na enfermaria de dermatologia do HUPE/UERJ no dia 11/09/12 acompanhada pela filha e por um vizinho. Possui diagnóstico médico de pênfigo vulgar, quadro recidivante (3ª vez).

Ao ser avaliada pela pesquisadora no segundo dia de internação apresentava queixa de “dor”. Nega diabetes, doença renal, alergias, tabagismo, transfusão de sangue e uso de drogas ilícitas. Informa hipertensão, uso regular de medicação (porém não sabe informar o nome). Uso ocasional de bebida alcoólica (vinho). Duas internações anteriores no Hospital das Freiras, em Piraí, para realização de dois partos normais (filhos vivos). Nega cirurgias. Doenças progressivas: anemia e hipertensão. Pai e mãe falecidos (câncer e doença cardíaca respectivamente). Último preventivo de câncer ginecológico há mais de 5 anos.

Sobre a doença cutânea, faz uso de prednisona 20mg há mais de 2 anos. Ao ser questionada sobre a provável origem da doença refere problemas emocionais, preocupação com os filhos (filha mãe solteira e filho saiu de casa).

Em relação ao desconforto, cita que não consegue ingerir alimentos. Para aliviar a dor tomava chá e banho de ervas (transagem e outras). Refere que o estado da sua pele modificou sua vida “totalmente e que estava ficando doida”.

Informa dificuldade para falar, comer, ler, escrever e dormir, porém considera que dorme razoavelmente bem. Relata apetite diminuído e perda de peso. Nega realização de dietas e alterações urinárias. Porém informa eliminação de fezes ressecadas e tendência à constipação. Ingere +/- 2litro de água ao dia.

Em relação aos aspectos emocionais destaca limitação para realização dos afazeres domésticos. Refere que conta com Deus, com os médicos e com a filha nos momentos difíceis. Verbaliza afastamento dos amigos após doença. Refere mudança nas relações sexuais devido presença de lesões na mucosa vaginal. Passa a maior parte do dia realizando tarefas domésticas, porém com a doença “ficava inquieta e via TV”. Para se distrair, gosta de frequentar a igreja. Informa que seu dinheiro não é suficiente para suprir algumas necessidades como “comer algumas coisas”, por exemplo. Como planos para o futuro, pretende ficar curada, construir a sua casa e ajudar os netos. No momento não está trabalhando fora de casa.

Sobre a internação, refere que é muito ruim, mas que é uma forma de aliviar o sofrimento, busca Deus e a inteligência dos profissionais. Refere saudade da família.

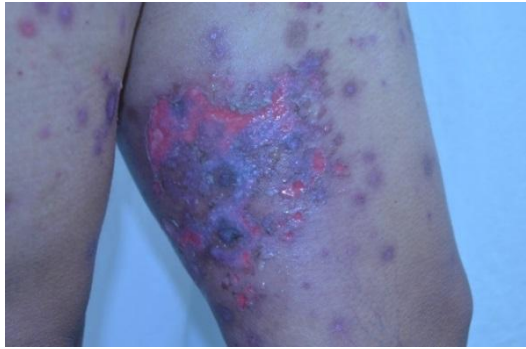
Ao ser questionada sobre o que a enfermagem pode fazer para ajudá-la refere “orientar sobre tudo que for bom”.

Ao exame físico, lúcida, orientada, preocupada, chorosa, cooperativa, deambulando, apresentando dentes cariados e ausentes, ausência de prótese dentária. Lesões exulceradas na mucosa oral e crostosas nos lábios. Lesões cutâneas exulceradas no couro cabeludo, face, tórax, abdome, dorso e membros inferiores com exsudato seroso em média quantidade, sem odor e/ou edemas. ICCMPV=50.

Peso: 54.8kg; Altura 1.51m; IMC: 24.03

Sinais Vitais: T:35.9°; P: 79bpm; FR: 16irpm; PA: 150x90mmHg

Fotografia 9 – Cliente 4: Momentos T₀ e T₁



Nota: Imagens antes da intervenção



Nota: Imagens 24 horas após a intervenção

Fotografia 10 – Cliente 4:
Momento T₂



Nota: Imagens uma semana após
intervenção

Caso 5, feminino, 60 anos, casada, branca, natural de Pernambuco, 1º grau incompleto, comerciante aposentada, católica, reside com o marido e filho de 29 anos no bairro de Boa Vista, em São Gonçalo – RJ. Não informou renda familiar. Admitida no Hospital Universitário Antônio Pedro acompanhada pelo filho e pela irmã em 14/08/12. Possui diagnóstico médico de pênfigo vulgar, quadro recidivante (primeira vez há aproximadamente três anos).

Ao ser avaliada pela pesquisadora, 16 dias após internação, apresentava queixa de “ardência na pele”. Nega hipertensão, doença renal, alergias, tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas, transfusão de sangue. Refere desenvolvimento de diabetes após início do uso do corticoide para tratamento da doença cutânea. Informa duas internações anteriores para realização do parto e tireoidectomia. Nega outras doenças pregressas. Informa irmã e mãe falecidos devido câncer intestinal. Último preventivo câncer ginecológico há um ano e meio.

Ao ser questionada sobre a provável causa da doença cutânea refere “estresse”. Em relação ao tratamento, faz uso de corticoide oral há aproximadamente três anos. Nas lesões cutâneas, no momento, em uso de gaze vaselinada, porém seca e aderida às lesões. Em relação ao desconforto, verbaliza que não consegue dormir e que o estado de sua pele modificou sua vida que se tornou um “baixo astral”.

Informa ainda dificuldade para falar, comer, andar, ler, escrever e dormir. Informa que seu apetite está diminuído, com perda de aproximadamente 18kg. Refere que faz dieta devido ao diabetes. Costuma beber +/- 1 litro de água por dia. Nega alterações urinárias, porém eliminação de fezes duras e ressecadas.

Reside com o marido e filho de 29 anos. Apresenta limitação para realização das atividades diárias. Conta com a ajuda das irmãs, marido e filho nos momentos difíceis. Nega mudança na relação com amigos e familiares após a doença, porém refere mudança nas relações sexuais devido as lesões.

Refere que sente-se sozinha no hospital. Em casa, passa a maior parte do tempo realizando as atividades do lar. Gosta de se reunir com a família, Considera que a renda familiar é suficiente para suprir as necessidades. Sobre os planos para o futuro refere que pretende ser feliz.

Sobre a internação, relata que representa um sofrimento. A falta de cicatrização das lesões é o que a preocupa no momento. Gostaria de receber orientações sobre o tratamento durante internação.

Ao exame físico, lúcida, orientada, sonolenta, ansiosa, preocupada, nervosa, deambulando com muita dificuldade. Dentes tratados, conservados. Lesões ulceradas na mucosa oral e crostosas nos lábios. Lesões cutâneas bolhosas, erosadas, exulceradas e crostosas disseminadas (couro

cabeludo, face, cervical, tórax, abdome, dorso, membros superiores, glúteos, membros inferiores e pés), drenando exsudato purulento, amarelado em média quantidade, odor fétido. Ausência de edema.

ICCMPV= 100

Peso 45 Kg; Altura: 1.50m; IMC = 20.

Sinais vitais: T:36.3°C; P:95bpm; FR:16irpm; PA:137x87mmHg; Glicemia Capilar: 167/117/143 mg/dl.

Fotografia 11 – Cliente 5



Nota: Imagens 10 dias antes da intervenção

Fotografia 12 – Cliente 5: Momento T₀

Nota: Imagens antes da intervenção

Fotografia 13 - Cliente 5: Momento T₁

Nota: Imagens 24 horas após a intervenção

Fotografia 14 – Cliente 5: Momento T₂

Nota: Imagens uma semana após intervenção

Caso 6, feminino, 45 anos, solteira, branca, natural do Maranhão, 1º grau completo, manicure e depiladora, evangélica, reside com o companheiro no bairro Engenho Novo – RJ. Renda familiar de aproximadamente 1.000 reais. Admitida na enfermaria de dermatologia do HUPE/UERJ em 01/10/12 acompanhada por irmã de criação e amiga, deambulando com dificuldade. Possuía hipótese diagnóstica de pêfingo foliáceo, confirmada após biópsia. Em uso de corticoide desde março/2012.

Ao ser avaliada pela pesquisadora no dia seguinte da internação, apresentava-se queixosa em relação à dor e à descamação. Nega hipertensão, diabetes, doença renal, transfusão de sangue, uso de medicamentos, tabagismo, uso de drogas ilícitas. Refere alergia a abacaxi e uso raro de bebida alcoólica (vinho). Histórico de cinco internações anteriores: parto (Carmela Dutra), celulite e posterior enxerto no pé direito (Gafree Guinle), laqueadura, abdominoplastia (HUPE/UERJ). Informa que teve todas as doenças da infância e psoríase plantar há aproximadamente 15 anos. Mãe diabética. Relata exame preventivo (ginecológico) anual, último em Agosto/12.

Sobre a doença cutânea, trata-se de quadro inicial, portanto sem tratamentos prévios. Não sabe explicar a causa da doença, porém informa “aborrecimento” em fevereiro, surgindo lesões na face, a seguir. Refere que a maior causa do desconforto é a “aparência do rosto com lesões” e “dor”. Costuma fazer compressas com água boricada para aliviar. O estado de sua pele modificou sua vida no trabalho, pois sente-se envergonhada consigo mesma, e em relação ao companheiro (no momento, desempregado).

Possui dificuldade para andar e dormir. Refere que está com o apetite diminuído. Tenta evitar alimentos gordurosos e açúcar. Apresenta aumento de peso devido uso de corticoide desde março /12. Bebe +/- 1litro de água/dia. Nega alterações urinárias e ou intestinais.

Apresenta limitação para trabalhar fora e realizar as atividades do lar. Possui apoio do companheiro e família nos momentos difíceis. Refere que houve mudança na relação com colegas de trabalho e amigos após início da doença, devido ao medo do desconhecido. Além das mudanças nas relações sexuais, segundo a própria cliente “não tem cabeça para isso”. Nega sentir-se sozinha. Gosta de ir à praia, dançar, caminhar. Refere que nem sempre o seu dinheiro é suficiente para diversão, sair. Planeja sua vida mais tranquila no futuro. Comunicou a internação a sua chefia.

Sente-se feliz com a internação para resolução do problema. Preocupa-se com a situação e incômodo causado pela doença. Considera que a enfermagem pode “aliviar o desespero, a dor”. Gostaria de receber orientações sobre “a doença e como se cuidar”.

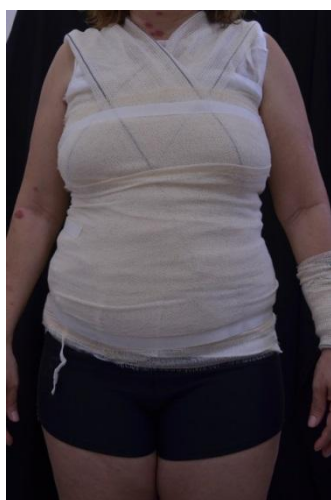
Ao exame físico, lúcida, orientada, deambulando, ansiosa, triste, preocupada, receosa, nervosa e agitada. Arcada dentária superior e inferior com falta de alguns elementos dentários e dentes cariados. Informa que está em tratamento. Ausência de próteses e lesões na mucosa oral. Lesões cutâneas bolhosas, erosadas e descamativas no couro cabeludo, face, cervical, tórax, abdome, membros superiores e uma única lesão no membro inferior esquerdo. Drenagem de exsudato seroso em pequena quantidade, odor fétido. Edema na face, seios e abdome.

Peso: 72.6kg; Altura: 1.61m; IMC=28

Sinais vitais: T: 36.8°C; P: 97 bpm; FR: 20 irpm; PA: 120x80 mmHg.

Fotografia 15 - Cliente 6: Momentos T₀ e T₁

Nota: Imagens antes da intervenção



Nota: Imagens 24 horas após a intervenção

Fotografia 16 - Cliente 6: Momento T₂

Nota: Imagens uma semana após intervenção

Caso 7, feminino, 52 anos, casada, branca, natural do Rio de Janeiro, nível superior completo com pós-graduação, professora de 2º grau. Residia com o marido na Ilha do Governador – RJ. Porém no momento o mesmo se encontra em outro estado à trabalho. Não informou renda familiar. Admitida na enfermaria de dermatologia do HUPE/UERJ acompanhada pelo marido em 16/10/12, com quadro cutaneomucoso que teve início em outubro de 2011. Diagnóstico médico: pênfigo vulgar.

Ao ser avaliada, no dia seguinte da internação pela pesquisadora, apresentou como queixa principal “lesões na pele e incômodo na boca”. Referiu que “a doença está mexendo com o meu emocional” e que “não consegue se reconhecer” devido as modificações corporais.

Nega diabetes, doença renal, tabagismo, uso de drogas ilícitas. Informa que já apresentou picos de hipertensivos após iniciar uso de corticoide oral. Iniciou corticoide tópico há 20 dias. Refere histórico de alergia respiratória, além de sulfa, detergente e esparadrapo. Faz uso de medicações para reposição hormonal. Uso de bebida alcoólica raramente (Pró-seco). Possui histórico de cinco internações anteriores para realização de cirurgias (miomectomia, artroscopias nos dois joelhos e ombro, além de hérnia de disco). Informa doenças da infância (cachumba, sarampo e varicela). Pai falecido com câncer de laringe, avó paterna e tios diabéticos, mãe com Alzheimer. Último preventivo ginecológico em janeiro de 2012.

Sobre a doença cutaneomucosa, informa início em outubro de 2011, logo após implante dentário de titânio e cirurgia de ombro em agosto/2011.

Fez uso de betametasona (bochecho), psorex (tópico) e iniciou aumentou a dose do corticoide oral há 20 dias chegando a dose de 90mg a partir do dia 13/10/12. Ao ser questionada sobre a causa da doença, considera o desequilíbrio emocional devido as cirurgias que se submeteu, além do adoecimento da mãe (Alzheimer) e conflito religioso com o marido. Segundo ela o mesmo sempre foi ateu e ela kardecista. Porém após viagem a trabalho para o Acre, onde está há alguns meses, frequenta igreja evangélica, abordando o tema de forma insistente, quando a cada 15 dias passa o fim de semana no Rio de Janeiro, o que segundo a mesma, a irrita profundamente. Em relação ao desconforto, refere que além do aumento de peso, o estado de sua pele modificou a sua rotina de vida (usar roupas decotadas, fazer hidroginástica, frequentar salões de cabeleireiro). Porém, sente-se envergonhada devido a presença de lesões no couro cabeludo. Para aliviar o desconforto, vai para o shopping fazer compras.

Apesar das lesões na mucosa oral, nega dor e dificuldades para comer e falar. Informa que está com apetite aumentado. Nega realizar dietas. Ingere aproximadamente meio litro de água por

dia. Nega alterações nas eliminações (urinária e intestinal). Última eliminação intestinal há dois dias (ainda não conseguiu evacuar no ambiente hospitalar).

Em relação as atividades diárias, sente-se cansada e com autoestima baixa. Conta com a ajuda do marido e de Deus nos momentos difíceis. Informa mudança no ambiente de trabalho devido a doença, pois sente-se mais cansada e triste, os alunos perceberam mudança em seu comportamento. Nega mudança em relação aos amigos e familiares. Refere mudança nas relações sexuais, pois sente-se feia e sem tempo. No momento, sente-se sozinha com frequência. Passa a maior parte do dia resolvendo problemas, possui muitas atividades. Para se divertir gosta de viajar, ir ao cinema. Refere que apesar de seu dinheiro ser suficiente para suprir as suas necessidades preocupa-se com as despesas com a saúde de sua mãe (aposentada) e sua dependente. Planeja realizar um projeto chamado “Pequeno leitor” e fazer uma viagem para a Europa, além de frequentar mais o kardecismo. Sua chefia foi comunidade sobre a internação.

Sobre a internação, tenta aceitar, mas considera difícil devido à falta de individualidade, privacidade. Ao ser questionada sobre as preocupações, refere que quer ficar boa. Sobre o que a enfermagem pode fazer para ajudá-la cita “conversar”. Gostaria de receber orientações sobre os cuidados e precauções, porém “sem aprofundar para não ficar pior”.

Ao exame físico, apresenta-se lúcida, orientada, deambulando, ansiosa, triste, preocupada, cooperativa, receosa, nervosa e agitada. Cavidade oral com dentes tratados, presença de lesões ulceradas na mucosa oral. Lesões erosadas e exulceradas no couro cabeludo. Apresenta três lesões crostosas pequenas na região torácica e dorso. Exsudato sanguinolento em pequena quantidade. Ausência de odor e edema. ICCMPV=30

Peso: 95kg; Altura 1.73m; IMC=32.

Sinais vitais: T:36.9°C; P:80bpm; FR:20irpm; PA:140x90mmHg

Fotografia 17 - Cliente 7: Momento T₀

Nota: Imagens antes da intervenção

Caso 8, feminino, 58 anos, branca, viúva, natural do Ceará, doméstica aposentada, evangélica, analfabeta, renda familiar de um salário mínimo. Reside no Jardim Marília, no Mato Grosso. Admitida em 29/10/12 no Hospital Adventista do Pênfigo em Campo Grande/MS, acompanhada pela filha com quadro de recidiva de pênfigo vulgar.

Ao ser avaliada pela pesquisadora 24 dias após internação apresentava queixa de “incômodo devido feridas”. Informa diabetes e hipertensão devido uso de corticoide. Refere alergia a poeira, pimenta, chocolate, café e perfume. Cita que possui “pedra na vesícula”. Relata que só esteve internada para realização de cesarianas e outra anteriormente devido ao pênfigo. Nega doença renal, tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas e transfusão de sangue. Não sabe informar as medicações que utiliza. Refere que já teve cachumba, sarampo e dengue. História familiar de diabetes. Não sabe informar data do último preventivo ginecológico.

Em relação a doença cutânea, informa início há aproximadamente dois anos, com uso de corticoide sistêmico. No momento, em uso de diprogenta creme 2x dia. Ao ser questionada sobre a provável causa da doença refere “preocupação com a filha que viajou para os EUA e não dava notícia”. Considera a dor o que mais provoca desconforto, para alívio, faz uso de analgésicos como paracetamol e dipirona. Destaca que o estado de sua pele modificou a sua vida, pois não gosta de ser vista com lesões.

Refere dificuldade para dormir. Mantém apetite preservado. Nega manutenção de dieta no domicílio, somente no hospital, onde a dieta oferecida pela instituição é vegetariana. Nega alterações nas eliminações (urinária e intestinal). Elimina fezes diariamente sem alterações.

Reside com 3 netos pequenos, após a doença cutânea apresenta limitações para realizar as atividades diárias (cuidar da casa). Conta com as filhas nos momentos difíceis. Nega mudanças em relação aos familiares após a doença, porém sofre mudanças na relação com os amigos, devido “curiosidade e medo do contágio”. Nega relações sexuais após ficar viúva. Passa a maior parte do dia cuidando da casa e da família. Para se divertir, gosta de costurar, de plantar e ver novelas. Apesar de citar que seu dinheiro é suficiente para suprir suas necessidades, destaca que gostaria de ter dinheiro para regressar à terra natal e rever os parentes no Ceará (seus planos para o futuro).

Sobre a internação, apesar de estar acompanhada pela filha que retornou dos EUA, informa que se sente sozinha, sente falta da família. Porém, no momento, está mais tranquila com a chegada da filha. Está ansiosa para receber alta. Refere que a enfermagem pode ajudar cuidando de suas lesões e orientando sobre o autocuidado para evitar retorno da doença.

Ao exame físico apresentava-se lúcida, orientada, deambulando com dificuldade, preocupada, receosa, cooperativa. Ausência de elementos dentários (em uso de próteses) e de lesões na mucosa oral. Lesões cutâneas erosadas e crostosas no couro cabeludo, face, cervical, tórax, abdome, dorso, membros superiores e glúteos, drenagem de exsudato serosanguinolento em média quantidade, odor fétido. Edema nos membros inferiores e pés. Peso: 70kg; Altura: 1.47m; IMC=32

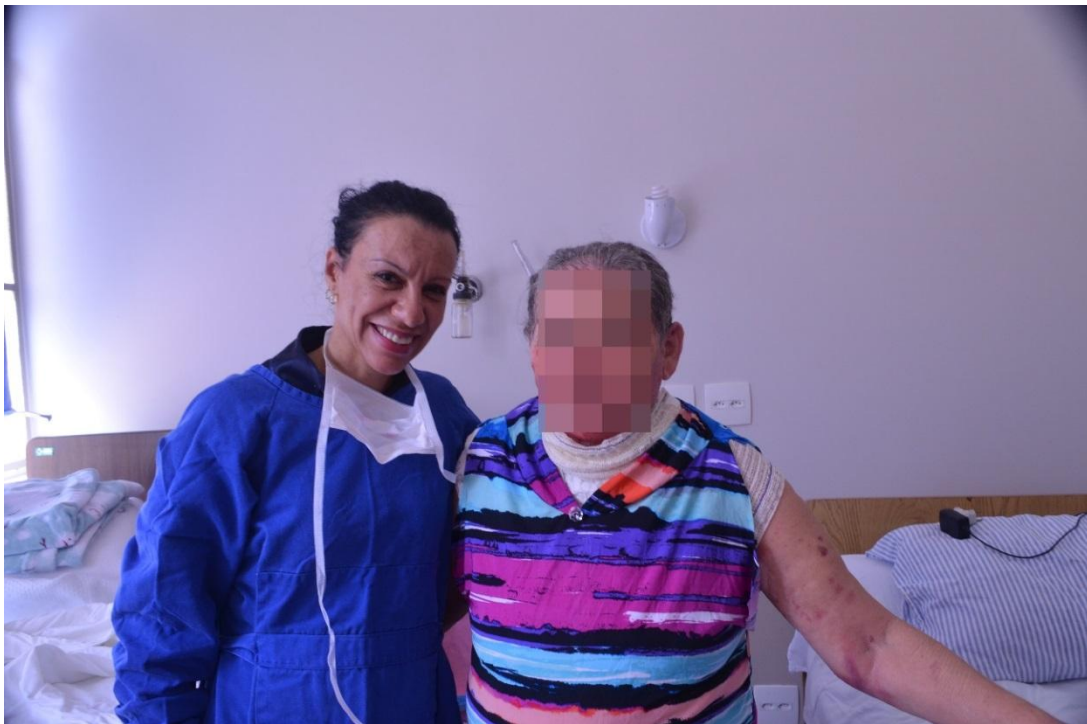
Sinais vitais: T:36.2°C; P:82bpm; FR:20irpm; PA:120x80mmHg.

Glicemia Capilar: 278/135/115 mg/dl - Dieta para diabetes e hiperproteica

Fotografia 18 – Cliente 8: Momento T₀

Nota: Imagens antes da intervenção

Fotografia 19 – Cliente 8: Momento T₁



Nota: Nota em 24 horas após intervenção

Caso 9, feminino, 82 anos, solteira, parda, natural da Bahia, analfabeta, 14 filhos, evangélica, trabalhadora rural aposentada, com renda de um salário mínimo. Reside com um dos filhos em Senador Camará – RJ. Admitida na enfermaria de dermatologia do HUPE/UERJ em 12/12/12, acompanhada por um dos filhos com quadro inicial de penfigoide bolhoso, confirmado após biópsia.

Ao ser avaliada pela pesquisadora no dia da internação, apresentava queixa de “muita dor”. Nega diabetes, doença renal, alergias, tabagismo, etilismo. Uso de drogas ilícitas, transfusão de sangue, cirurgias e doenças na família.

Refere que tem hipertensão arterial e que faz uso de enalapril e hidroclorotiazida. Esteve internada há seis meses devido quadro de pneumonia. Informa que tem hemorroida e que teve sarampo na infância. Último preventivo de câncer ginecológico há mais de três anos.

Início do quadro dermatológico há 15 dias com lesões na mucosa oral e pele. Acha que o início da doença cutânea pode ter ligação com o tratamento que fez para pneumonia. Refere que a “dor e a coceira” causa muito desconforto. Não consegue andar e nem dormir direito.

Em relação a dieta, informa que seu apetite está preservado. Procura utilizar pouco sal e pouca gordura. Refere perda de peso, porém não sabe informar quanto perdeu. Ingera +/-2 litros de água por dia. Nega alterações nas eliminações (urinária e fecal). Última eliminação no dia da entrevista.

Reside com um dos filhos. Conta com ele, com a filha e com um ex genro chamado nos momentos difíceis. Nega mudança na relação com amigos e familiares após a doença. Informa que não tem relações sexuais há mais de 30 anos. Passa a maior parte do dia cuidando da casa. Para se distrair, vai a igreja e faz crochê (almofadas). Considera que seu dinheiro é suficiente para suprir suas necessidades. Em relação ao futuro deseja melhorar a saúde. Sobre a internação considera que esta representa a cura e o amor das pessoas que trabalham no setor. Nega preocupações no momento. Ao ser questionada sobre o que a enfermagem pode fazer para ajudar, refere “conversar e fazer curativo”. Gostaria de receber informações sobre a própria saúde durante a internação.

Ao exame físico apresenta-se lúcida, orientada, cooperativa, emagrecida, deambulando, bastante ativa. Cavidade oral com dentes ausentes, uso de próteses superior e inferior. Lesões ulceradas em mucosa oral. Lesões bolhosas distribuídas principalmente nas regiões dorsal, membros superiores, membros inferiores e pés, drenagem de exsudato seroso e sanguinolento em pequena quantidade, ausência de odor e/ou edema.

Peso:43.1kg; Altura:1.40; IMC=21.9

Sinais vitais: T: 36°C; P: 78 bpm; FR: 19 irpm; PA: 120x80mmHg

Fotografia 20 - Cliente 9: Momentos T₀ e T₁



Nota: Imagens antes da intervenção



Nota: Imagens 24 horas após intervenção

Fotografia 21 – Cliente 9: Momento T₂



Nota: Imagens uma semana após intervenção

Caso 10, feminino, 80 anos, viúva, branca, natural de Minas Gerais, alfabetizada, metalúrgica, renda familiar de aproximadamente 1.250,00 reais. Reside sozinha, porém próxima a um dos filhos em Vila Cosmos no Rio de Janeiro. Admitida em 11/12/12 na enfermaria de dermatologia do HUPE/UERJ, acompanhada por uma amiga da igreja, apresentando quadro recidivante de penfigoide bolhoso.

Ao ser avaliada pela pesquisadora no dia seguinte da internação, apresentava queixa de “dor”.

Nega alergias, uso de bebida alcoólica, tabagismo (parou de fumar há 50 anos) e uso de drogas ilícitas. Informa hipertensão arterial e uso regular de furosemida e lexotan. História de duas cesáreas (Gesta III, Para II e I aborto). Esplenectomia à direita há 48 anos devido abscesso. Doenças da infância. Sarampo e varicela. Nega doenças na família. Último preventivo ginecológico em Setembro de 2012, porém ainda não pegou o resultado (Posto em Santa Cruz).

Sobre a doença cutânea, informa início do quadro há 2 anos com presença de prurido e lesões bolhosas nos membros inferiores. Iniciou uso de corticoide apresentando melhora do quadro, porém recidiva há 2 meses. Estava em uso de prednisona 40mg sem êxito (desde outubro 12). Não sabe a causa da doença. Refere que a “dor” é a principal causa de desconforto, utilizava dorflex no domicílio para aliviar. O estado de sua pele limitou as suas atividades (caminhada e hidroginástica). Apresenta dificuldade para comer, andar e dormir. Refere que o seu apetite está aumentado, apresentando aumento do peso. Ao ser questionada sobre a realização de dietas, cita que não come carne de porco e linguiça. Nega queixas em relação as eliminações urinárias e/ou intestinais. Reside sozinha. Relata limitação para realizar atividades física como caminhar e fazer hidroginástica. Informa que o pessoal da igreja a ajuda nos momentos difíceis. Nega mudanças na relação com amigos e familiares. Nega a prática de relações sexuais desde que ficou viúva (há mais de 30 anos). Refere que não se sente sozinha, pois passa a maior parte do dia trabalhando em casa e frequentando a igreja, inclusive festas e casamentos para se distrair/divertir. Apesar de pouco, considera seu dinheiro suficiente para atender as suas necessidades, planeja alugar uma casa que possui para aumentar a sua renda. Apesar disso, filhos informam que a mesma pegou empréstimo no banco.

Sobre a internação, refere que “Deus abriu esta porta” para ela. Nega preocupações. Em relação a enfermagem, espera a continuidade das atividades que estão realizando. Gostaria de receber orientações sobre a alimentação e sobre a doença.

Ao exame físico, lúcida, respondendo as solicitações verbais, confusa em alguns momentos, apresentando diminuição da acuidade auditiva, ausência de elementos dentários em cavidade oral,

em uso de prótese superior e inferior. Presença de lesões exulceradas na mucosa oral. Deambulando com muita dificuldade devido presença de lesões bolhosas, exulceradas e eritematosas nos membros superiores e inferiores, principalmente na face anterior e interna das coxas e joelhos, drenando exsudato seroso em média quantidade. Ausência de odor. Edema ++/4+ nos joelhos.

Peso:73kg; Altura:1.60; IMC=28.5

Sinais vitais: T:36°C; P:84bpm; FR:16irpm; PA:130x90mmHg; Glicemia: 128mg/dl

Fotografia 22 – Cliente 10: Momentos T₀

Nota: Imagens antes da intervenção

Fotografia 23 – Cliente 10: Momento T₂

Nota: Imagens uma semana após intervenção

Caso 11, masculino, 70 anos, branco, casado, católico, natural do Rio de Janeiro, 2º grau completo, policial civil aposentado, renda de aproximadamente 2.000,00 reais. Reside com a esposa e prima da esposa na Barra da Tijuca – RJ. Admitido na enfermaria de dermatologia do HUPE/UERJ deambulando acompanhado da esposa e do filho. Hipótese de diagnóstico médico penfigoide bolhoso (quadro inicial).

Ao ser avaliado pela pesquisadora no dia da admissão apresentava como queixa principal a presença de “bolhas”. Início do quadro há 18 dias com aparecimento de pápulas nas mãos. Seguidas de lesões bolhosas nas regiões cervical e torácica. Há 1 semana apresentou aumento das lesões bolhosas principalmente nas mãos e pés. Em uso de corticoide tópico.

Possui hipertensão arterial e diabetes. História de acidente vascular cerebral em 2010 e em julho de 2012. Colocação de Stand (junho de 2011) e By pass (novembro 2010). Faz uso de ácido acetilsalicílico 200mg/dia/ Apresentou hemorragia digestiva, sendo realizada videocolonoscopia em julho de 2012. Faz uso de metformina, além de outras medicações (não sabe informar o nome). Cirurgia de Catarata em 2012.

Nega tabagismo e uso de bebida alcoólica. Mãe diabética. Nega exames preventivos em relação ao câncer de próstata. Faz uso ocasional de fator de proteção solar.

Não sabe informar o que pode ter causado a doença cutânea. Apesar de se queixar do desconforto causado pela presença das bolhas, nega queixa de dor. Refere que “a doença cutânea foi a pior coisa que aconteceu em sua vida”. Devido às lesões bolhosas extensas nas mãos possui dificuldade para movimentá-las e realizar atividades, inclusive para ingerir alimentos. O seu apetite está preservado. Informa que faz dieta para diabetes, evitando doce, açúcar. Refere perda de aproximadamente 8kg. Ingesta hídrica de +/-500ml/dia. Nega alterações em relação as eliminações urinária e intestinal. Em relação a limitação provocada pela doença cutânea, cita que não está indo a academia fazer os exercícios de fisioterapia. Diz que conta com a esposa nos momentos difíceis. Nega mudanças na relação com amigos e familiares. Informa interrupção da prática sexual há muitos anos. Nega sentir-se sozinho com frequência. Passa a maior parte do dia assistindo televisão, o que faz para se distrair. Refere que seu dinheiro é suficiente para suprir as suas necessidades e da família. Nega planos para o futuro.

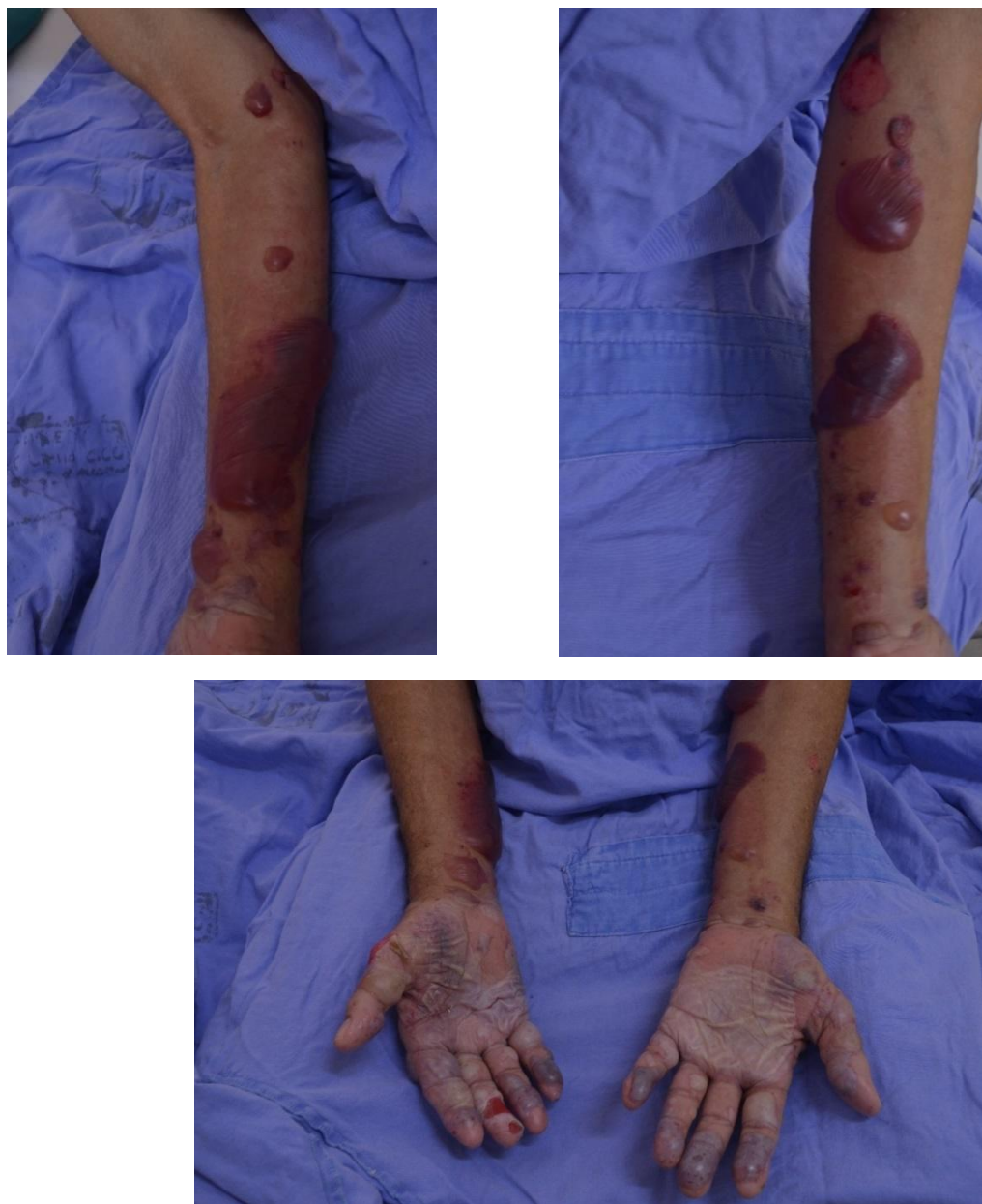
Sobre a internação refere que representa “ajuda”, pois o que mais o preocupa no momento é “a doença”. Ao ser questionado sobre o que a enfermagem pode fazer para ajuda-lo. Cita “fazer o bem”. Gostaria de receber orientações sobre a doença e como se cuidar.

Ao exame físico, apresenta-se lúcido, apresentando episódios de esquecimento sobre fatos recentes e antigos. Mucosa oral íntegra, em uso de prótese dentária superior e inferior. Presença de lesões bolhosas íntegras extensas com conteúdo citrino e hemorrágico, além de lesões exulceradas nas regiões torácica, axilar direita e esquerda, membros superiores e inferiores, incluindo as regiões palmo-plantar. Drenagem de exsudato seroso em pequena quantidade. Odor fétido, porém discreto.

Peso: 71kg; Altura:1.71; IMC=24.4

Sinais vitais: T: 35°C; P:80bpm; FR:19 irpm; PA:110x60mmHg;

HGT: 132mg/dl

Fotografia 24 - Cliente 11: Momento T₀

Nota: Imagens antes da intervenção

Fotografia 25 - Cliente 11: Momento T₂

Nota: Imagens uma semana após intervenção

Caso 12, feminino, 70 anos, parda, católica, natural da Paraíba, casada, porém separada. 1º grau incompleto, costureira, possui renda de +/- 1 salário mínimo. Reside sozinha em Magé. Foi admitida em 03/01/13 na enfermaria de dermatologia do HUPE/UERJ deambulando, acompanhada pela filha e pelo genro. Encaminhada pelo setor de Dermatologia da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, com hipótese de diagnóstico médico de pênfigo vulgar, quadro inicial. (Após biópsia – diagnóstico de pênfigo foliáceo).

Ao ser avaliada pela pesquisadora no momento da internação apresentava como queixa principal “queimação e coceira”. Relata início do quadro no fim de novembro de 2012, procurou assistência médica que prescreveu prednisolona (40mg/dia), cefalexina 500mg, hixizime 25mg 2x dia, e psorex creme (uso tópico), sem melhora do quadro. Refere que o estado de sua pele, modificou a sua vida em vários aspectos (atividades diárias no domicílio), deixou de costurar, além de ficar triste.

Nega hipertensão, diabetes, doença renal, cardíaca, alergias, tabagismo, etilismo. Esteve internada anteriormente somente para realização dos partos normais (Gesta V/Para III). Informa que já teve catapora, sarampo e cachumba. Pais falecidos com acidente vascular cerebral. Nega atividade sexual (há mais de 10 anos). Cita que faz exame ginecológico anualmente (último em 2012), inclusive com realização de mamografia.

Refere dificuldade para comer e dormir. Apetite preservado. Nega realização de dieta, porém informa que não come carne de porco, camarão, caranguejo e linguíça. Relata que ingere aproximadamente 2 litros de água/dia. Eliminações urinárias com características normais. Eliminações intestinais com frequência mantida, porém ressecadas.

Apesar de residir sozinha, conta com a ajuda dos filhos nos momentos difíceis. Nega mudanças nas relações com familiares e amigos. Nega solidão, passa a maior parte do dia plantando, cuidando dos bichos e /ou costurando. Para se divertir, faz viagens com o grupo da igreja. Considera o seu dinheiro suficiente para suprir as suas necessidades. Planeja acabar a obra que está fazendo em sua residência.

Sobre a internação, considera “uma felicidade”. Segundo a própria “Jesus me guiou para aqui”. Refere que não está preocupada, pois os “filhos irão cuidar dos seus bichos”. Em relação ao que a equipe de enfermagem pode fazer para ajudá-la cita “dar remédio para ficar boa” “Me favorecer para ficar boa”. Gostaria de receber orientações “Sobre tudo que precisar”.

Ao exame físico lúcida, orientada, deambulando, comunicativa, cooperativa, preocupada, presença de poucos elementos dentários, em precário estado de conservação, na arcada inferior.

Prótese dentária superior. Lesões exulceradas na mucosa oral (gingiva superior). Lesões cutâneas eritematosas, escamosas e crostosas nas regiões da face, cervical, tórax, abdome, dorso, membros superiores e pés, drenando exsudato amarelado em média quantidade e odor fétido. Ausência de edemas.

Peso:43.8kg; Altura:1.35; IMC=24

Sinais vitais: T:36°C; P:88bpm; FR:20irpm; PA:200x100mmHg

Fotografia 26 – Cliente 12: Momento T₀

Nota: Imagens antes da intervenção

Fotografia 27 – Cliente 12: Momento T₂

Nota: Imagens uma semana após intervenção

Caso 13, masculino, 46 anos, natural de Pirai – Rio de Janeiro, católico, 1º grau completo, garçom, renda familiar de aproximadamente 2.000,00 reais. Reside com a esposa e dois filhos na cidade de Pinheiral – RJ. Admitido sem acompanhantes em 15/02/13 na enfermaria de dermatologia do HUPE/UERJ, com quadro recidivante de pênfigo vulgar, sendo esta a quarta internação.

Ao ser avaliado pela pesquisadora, apresentava queixa de “dor” nas lesões presentes na cavidade oral “realizando bochechos com nistatina”. Devido quadros anteriores, o primeiro em 2012), fez uso de medicações sistêmicas como prednisona, azatioprina, rituximab e micofenolato mofetil. Após alta, fazia acompanhamento ambulatorial. Faz uso de micofenolato mofetil desde 2010.

Refere que “não tem noção da causa da doença”, porém esposa informa que na época do surgimento da doença em 2010, o cliente trabalhava muito (+/- 18 h/dia), além de se alimentar muito mal.

Em relação ao estado de sua pele, o cliente informa modificações em sua vida no que diz respeito ao psicológico, pois não aceita a doença. Teve que se afastar do trabalho e dar entrada no INSS, tendo redução do salário. Assim, precisa fazer bicos como garçom para complementar a renda, pois segundo o próprio, que seu dinheiro não é suficiente para suprir as suas necessidades e de sua família.

Conta com a esposa nos momentos difíceis. Nega mudanças na relação com familiares e amigos devido a doença. Refere redução na frequência das relações sexuais. Nega solidão. Diz que passa a maior parte do dia “curtindo o filho mais novo”. Para se distrair, gosta de pescar e ir a praça com os filhos. Possui como planos para o futuro “melhorar, sarar”.

Nega diabetes, doença renal, alergias, cirurgias, tabagismo, uso de bebida alcoólica, drogas ilícitas e transfusão de sangue. Informa hipertensão arterial e osteoporose, com história de fratura de costela após iniciar uso de corticoide. Doenças da infância: sarampo e varicela. Pai falecido (hipertensão, infarto agudo do miocárdio), mãe saudável. Nega realização de exame preventivo de câncer de próstata e uso de fator de proteção solar.

Sobre a internação, considera que “é a única maneira de se recuperar”. Preocupa-se em “sara mais rápido para estar em casa”. Em relação ao que a enfermagem pode fazer para ajudá-lo, relata “resposta da medicação”. Gostaria de receber “todas as orientações sobre a doença”.

Ao exame físico, lúcido, orientado, deambulando com dificuldade, ansioso, preocupado, cooperativo. Lesões exulceradas no couro cabeludo, cavidade oral com múltiplas lesões exulceradas, incluindo lábios que apresentam crostas. Dentes cariados e prótese dentária inferior.

Lesões erosadas e exulceradas em bolsa escrotal e inguinal à direita e esquerda com drenagem de exsudato seroso em pequena quantidade, odor fétido. Ausência de edemas.

Peso: 52.8kg; Altura: 1.55; IMC=22

Sinais vitais: T: 36.5°C; P: 76bpm; FR:20irpm; PA:130x70mmHg

Glicemia: 84mg/dl

Fotografia 28 - Cliente 13: Momento T₀



Nota: Imagens antes da intervenção

Fotografia 29 – Cliente 13: Momento T₂



Caso 14, Nota: Imagens uma semana após intervenção feminino, 53 anos, parda, natural do

Tocantins, católica, 1º grau incompleto, cozinheira, renda familiar de aproximadamente 620,00 reais. Reside com a filha no Distrito Federal. Admitida no Hospital Adventista do Pênfigo em Campo Grande/MS no dia 06.12.12, acompanhada pela filha. Possui diagnóstico médico de pênfigo vulgar.

Ao ser avaliada apresentava queixa de dor de forte intensidade. Nega hipertensão arterial, diabetes, doença renal, uso de medicamentos, transfusão de sangue, tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas. Refere alergia a dipirona. Informa internação anterior no Distrito Federal devido. Nega doenças pregressas e doenças na família. Último preventivo ginecológico há + de 2 anos.

Quadro cutâneo inicial e sem tratamento prévio. Não sabe informar a causa provável da doença, nega fato novo em sua vida. Refere dor e desconforto e uso de analgésicos. Relata que o estado de sua pele modificou a sua vida “reduzindo a autoestima, além de sentir vergonha de terceiros”.

Informa dificuldade para falar, comer, se comunicar com as pessoas e dormir, destaca insônia devido a dor. No momento, apesar da dificuldade para comer, mantém apetite preservado, porém, segundo a própria, apresenta perda ponderal. Inger menos de 500 ml de água por dia. Nega alterações nas eliminações urinária e fecal.

Reside com a filha, que a ajuda nos momentos difíceis. Apresenta limitações para realizar atividades diárias devido presença de muitas lesões nas mãos. Nega mudanças nas relações com familiares e amigos após início da doença devido as lesões. Passa o dia e a noite sentada. Nega participação em atividades para se divertir/distrair. Considera seu dinheiro suficiente para suprir suas necessidades e de sua família. Planeja voltar a trabalhar. Segundo a mesma, a chefia foi comunicada sobre a sua internação.

Para ela, a internação representa descobrir o tratamento. Preocupa-se com a possibilidade de morrer e não ver mais a filha. Refere que a enfermagem está fazendo o suficiente, porém deseja receber informações sobre a doença (por que existe, e como surgiu/adquiriu).

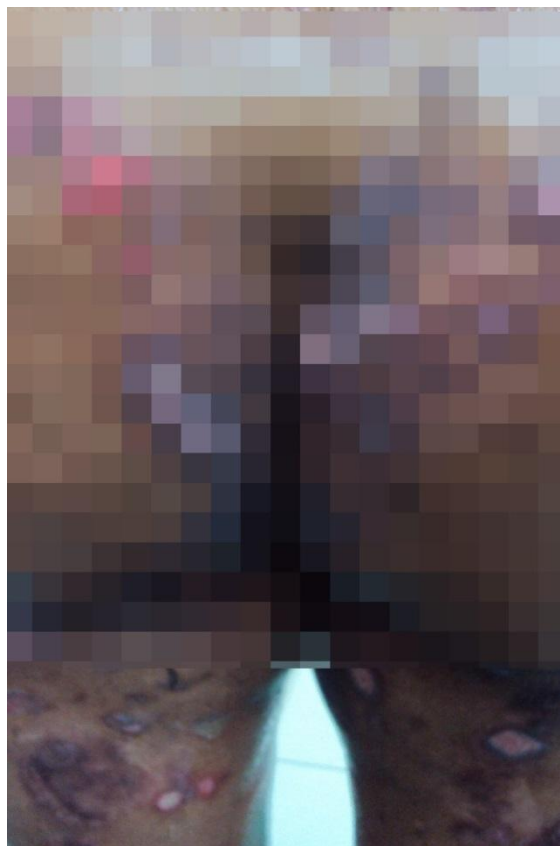
Ao exame físico, deambulando, lúcida, orientada, triste, preocupada e cooperativa. Lesões na mucosa oral, dentes ausentes, em uso de prótese dentária superior. Lesões cutâneas no couro cabeludo, face, cervical, tórax, abdome e glúteos, com drenagem do exsudato esverdeado em média quantidade e odor fétido. Edema nos membros inferiores.

Peso: 70kg; ICCMPV=85

Sinais vitais: T:35.6°C; P:90 bpm; FR:18 irpm; PA:130x80mmHg

Fotografia 30 - Cliente 14: Momento T₀

Nota: Imagens antes da intervenção

Fotografia 31 - Cliente 14: Momento T₂

Nota: Imagens uma semana após intervenção

ANEXO A – Formulário – Índice de Comprometimento Cutaneomucoso do Pênfigo Vulgar (ICMPV)

Nome: _____ Registro: _____
 Idade: _____ Sexo: _____ Tel: _____ Data: _____

QUESITO	PONTUAÇÃO	DESCRIÇÃO	ESCORE
Nº DE BOLHAS OU DE ÁREAS EXULCERADAS OU DE CROSTAS ONDE TENHA HAVIDO BOLHA	0	SEM BOLHAS	
	5	1-5 BOLLHAS	
	10	6-10 BOLHAS	
	15	11-15 BOLHAS	
	20	10-20 BOLHAS	
	25	+ DE 20 BOLHAS	
		+	
TAMANHO DAS BOLHAS OU DE ÁREAS EXULCERADAS OU DE CROSTAS ONDE TENHA HAVIDO BOLHA	0	SEM BOLHAS	
	5	MAOIR LESÃO COM ATÉ 5 CM NO >DIÂMETRO	
	10	COM 5,1-7,5 CM	
	15	COM 7,6-10 CM	
	20	> 10 CM	
	25	LESÕES EM > 20% DA SUPERFÍCIE CORPORAL	
		+	
SINAL DE NIKOLSKI (E/OU) DE ASBOE-HANSEN	0	SINAIS AUSENTES	
	20	01 OU AMBOS SINAIS PRESENTES	
		+	
COMPROMETIMENTO MUCOSO OU SEPSE	0	SEM LESÕES MUCOSAS	
	10	1 SÍTIO MUCOSO	
	20	2 SÍTIOS MUCOSOS	
	30	3 OU MAIS SÍTIOS; OU PRESENÇA DE REPERCUSSÃO FUNCIONAL GRAVE POR COMPROMETIMENTO MUCOSO (INDEPENDENTE DO NR DE SÍTIOS); OU SEPSE (COM OU SEM COMPROMETIMENTO MUCOSO PELO PV	
TOTAL	= SOMATÓRIO DOS QUESITOS		DE 0 A 100

Fonte: Souza, Azulay-Abulafia, Nascimento⁵¹

⁵²
Souza

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

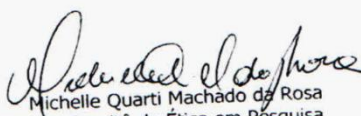
Rio de Janeiro, 10 de abril de 2012

Do: Comitê de Ética em Pesquisa
Enfª. Michelle Quarti M. Rosa
Para: Aut. Euzeli da Silva Brandão – Profª. Iraci dos Santos
Registro CEP/HUPE: 3119/2011 (este número deverá ser citado nas correspondências referentes ao projeto)
CAAE: 0258.0.228.000-11

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após avaliação, considerou o projeto, "EVIDÊNCIAS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA O BEM-ESTAR E CONFORTO DO CLIENTE COM PÊNFIGO VULGAR: ENSAIO CLÍNICO" aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. Sª., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.


Michelle Quarti Machado da Rosa
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
HUPE/UERJ

CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
AV. VINTE E OITO DE SETEMBRO, 77 TÉRREO - VILA ISABEL - CEP 20551-030
TEL: 21 2868-8253 – FAX: 21 2264-0853 – Email: cep-hupe@uerj.br

ANEXO C – Declaração de Ciência da Chefia de Serviço de Dermatologia e Sifilografia do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO**



DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA

Declaro para os devidos fins que a(o) SERVIÇO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA do Hospital Universitário Pedro Ernesto, sabe do interesse na realização da Pesquisa: EVIDÊNCIAS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA O BEM-ESTAR E CONFORTO DO CLIENTE COM PENICILINA VULGAR: CUSADO CLÍNICO sendo os responsáveis o autor EUZELI DA SILVA BRANDÃO e orientador PROF. DR. IRACI DOS SANTOS e não nos opomos que a mesma seja realizada. O projeto só deverá começar após avaliação e aprovação do Comitê de Ética em pesquisa do HUPE.

• Período de: ___/___/___ à ___/___/___

• Coleta de dados através de:

() ENTREVISTA () QUESTIONÁRIO () PRONTUÁRIO () OUTROS _____

Prof. Paulo Roberto Moura
Nome do responsável na Unidade/Serviço/Disciplina

Prof. Paulo Roberto Moura
Assinatura com carimbo

11/11/2011
Data

Nome do pesquisador

Assinatura

Data

ANEXO D – Declaração de Ciência da Chefia do Serviço de Dermatologia do Hospital
Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense



DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA

Declaro para os devidos fins que o serviço de dermatologia do Hospital Universitário Antonio Pedro - HUAP, sabe do interesse na realização da Pesquisa: **Evidências do cuidado de enfermagem para o bem-estar e conforto do cliente com pênfigo vulgar: ensaio clínico**, sendo os responsáveis o autor **Euzeli da Silva Brandão** e orientador **Iraci dos Santos** e não nos opomos que a mesma seja realizada. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

- Período de: / / à 30/04/2013
- Coleta de dados através de:
 ENTREVISTA QUESTIONÁRIO PRONTUÁRIO ()
 OUTROS _____

Sandra Maria Barbosa Durães
 Sandra Maria Barbosa Durães

Data ___/___/___

Nome do pesquisador

Assinatura

Data ___/___/___

ANEXO E – Declaração de Ciência do Coordenador Técnico do Hospital Adventista do Pênfigo
 Campo Grande – Mato Grosso do Sul



DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA

Declaro para os devidos fins que a(o) COORDENADOR TÉCNICO do Hospital Adventista do Pênfigo, sabe do interesse na realização da Pesquisa: **Evidências do cuidado de enfermagem para o bem-estar e conforto do cliente com pênfigo vulgar: ensaio clínico**, sendo os responsáveis o autor **Euzeli da Silva Brandão** e orientador **Iraci dos Santos** e não nos opomos que a mesma seja realizada. O projeto só deverá começar após avaliação e aprovação do Comitê de Ética em pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

- Período de: 20/ 11 /2012 à 30/04/2013

- Coleta de dados através de:
 ENTREVISTA QUESTIONÁRIO PRONTUÁRIO ()
 OUTROS

Instituição Adventista de Educação e Assistência Social
 Hospital Adventista do Pênfigo

Data

Nome do responsável na Unidade/Serviço/Disciplina

Assinatura com carimbo

Data

____/____/____

Nome do pesquisador

Assinatura

ANEXO F – Declaração de Ciência da Chefia do Serviço do Instituto de Dermatologia
Professor Rubem David Azulay da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro



INSTITUTO DE DERMATOLOGIA

Santa Casa da Misericórdia - RJ
Chefia
Prof. David Rubem Azulay

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA

Declaro para os devidos fins que a(o) Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, sabe do interesse na realização da Pesquisa: Evidências do cuidado de enfermagem para o bem-estar/conforto do cliente com pênfigo vulgar: ensaio clínico, sendo os responsáveis o autor Euzelí da Silva Brandão e orientador Iraci dos Santos e não nos opomos que a mesma seja realizada. O projeto só deverá começar após avaliação e aprovação do Comitê de Ética em pesquisa do HUPE.

- Período de: 01/12/2011 à 30/04/2013.

- Coleta de dados através de:

(x) ENTREVISTA (X) QUESTIONÁRIO (X) PRONTUÁRIO ()
OUTROS _____

David Rubem Azulay
Chefe de Serviço
Instituto de Dermatologia
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA

David Rubem Azulay

10 / 11 / 11

Nome do responsável na Unidade/Serviço/Disciplina
Data

David Rubem Azulay

Assinatura com carimbo

Assinatura com carimbo

Nome do pesquisador
Data

Assinatura

ANEXO G – Relatórios de Ensaio/Testes de Esterilidade do curativo utilizado no estudo conforme PCECDI.



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
LABAC – LABORATÓRIO DE BACTERIOLOGIA CLÍNICA
CONTQUAL - LABORATÓRIO DE CONTROLE DA QUALIDADE

RELATÓRIO DE ENSAIO

Nº: 192/13

TESTE DE ESTERILIDADE

Solicitante: Doutoranda Euzeli da Silva Brandão	
Endereço: Rua Dr. Paulo César nº 155, aptº. 708	
Cidade: Niterói	Estado: RJ
Amostra nº: 386/13	
Data de recebimento da amostra: 18/11/2013	
Tipo de amostra: Gaze Vaselina – amostra 1	
Nº do lote: não aplicável	Data de esterilização: 07/11/2013
Data do início do ensaio: 18/11/13	
Data do término do ensaio: 02/12/13	
Metodologia de ensaio: <i>Ensaio Microbiológicos para Produtos Estéreis, item 5.5.3.2 - Farmacopéia Brasileira - 5ª edição - 2010</i>	
RESULTADO	
Ausência de crescimento microbiano.	
CONCLUSÃO	
A amostra é considerada SATISFATÓRIA para o teste de esterilidade, segundo os padrões estabelecidos pela Farmacopéia Brasileira – 5ª edição.	

Alfredo da Silva Martins
 Técnico de Laboratório
 UERJ - Matr. 312243 - CPF: RJ 9774

S. Maria Antônia da Cruz Neto
 Bióloga - CRM: 2794
 Matrícula: 31881-6

Data de emissão: 09/01/14

Este Relatório de Ensaio não pode ser utilizado em publicidade, propaganda ou para fins comerciais.
 Os resultados deste Relatório de Ensaio referem-se única e exclusivamente às amostras acima coletadas.
 Este documento não deve ser reproduzido parcialmente.



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
LABAC – LABORATÓRIO DE BACTERIOLOGIA CLÍNICA
CONTQUAL - LABORATÓRIO DE CONTROLE DA QUALIDADE

RELATÓRIO DE ENSAIO

Nº: 193/13

TESTE DE ESTERILIDADE

Solicitante: Doutoranda Euzeli da Silva Brandão	
Endereço: Rua Dr. Paulo César nº 155, aptº. 708	
Cidade: Niterói	Estado: RJ
Amostra nº: 387/13	
Data de recebimento da amostra: 18/11/2013	
Tipo de amostra: Gaze Vaselineada – amostra 2	
Nº do lote: não aplicável	Data de esterilização: 07/11/2013
Data do início do ensaio: 18/11/13	
Data do término do ensaio: 02/12/13	
Metodologia de ensaio: <i>Ensaio Microbiológicos para Produtos Estéreis, item 5.5.3.2 - Farmacopéia Brasileira - 5ª edição - 2010</i>	
RESULTADO	
Ausência de crescimento microbiano.	
CONCLUSÃO	
A amostra é considerada SATISFATÓRIA para o teste de esterilidade, segundo os padrões estabelecidos pela Farmacopéia Brasileira – 5ª edição.	


 Alfredo da Silva Martins
 Técnico de Laboratório
 UERJ-Mat. 31.324-3 CRF-RJ 6774


 Sérgio Antônio da Cruz Maia
 Biólogo - CRM 2794
 Matrícula: 31981-6

Data de emissão: 09/01/14

Este Relatório de Ensaio não pode ser utilizado em publicidade, propaganda ou para fins comerciais.
 Os resultados deste Relatório de Ensaio referem-se única e exclusivamente às amostras acima coletadas.
 Este documento não deve ser reproduzido parcialmente.



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
LABAC – LABORATÓRIO DE BACTERIOLOGIA CLÍNICA
CONTQUAL - LABORATÓRIO DE CONTROLE DA QUALIDADE

RELATÓRIO DE ENSAIO

Nº: 194/13

TESTE DE ESTERILIDADE

Solicitante: Doutoranda Euzeli da Silva Brandão	
Endereço: Rua Dr. Paulo César nº 155, aptº. 708	
Cidade: Niterói	Estado: RJ
Amostra nº: 415/13	
Data de recebimento da amostra: 05/12/2013	
Tipo de amostra: Gaze Vaselina – amostra 3	
Nº do lote: não aplicável	Data de esterilização: 03/12/2013
Data do início do ensaio: 05/12/13	
Data do término do ensaio: 19/12/13	
Metodologia de ensaio: <i>Ensaio Microbiológicos para Produtos Estéreis, item 5.5.3.2 - Farmacopéia Brasileira - 5ª edição - 2010</i>	
RESULTADO	
Ausência de crescimento microbiano.	
CONCLUSÃO	
A amostra é considerada SATISFATÓRIA para o teste de esterilidade, segundo os padrões estabelecidos pela Farmacopéia Brasileira – 5ª edição.	


 Alfrede da Silva Martins
 Técnico de Laboratório
 UERJ/Mat. 31364-3 CRE-RJ 0774


 Sérgio de Almeida
 Biólogo - CRUM: 2794
 Matrícula: 31881-6

Data de emissão: 09/01/14

Este Relatório de Ensaio não pode ser utilizado em publicidade, propaganda ou para fins comerciais.
 Os resultados deste Relatório de Ensaio referem-se única e exclusivamente às amostras acima coletadas.
 Este documento não deve ser reproduzido parcialmente.



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
LABAC - LABORATÓRIO DE BACTERIOLOGIA CLÍNICA
CONTQUAL - LABORATÓRIO DE CONTROLE DA QUALIDADE

RELATÓRIO DE ENSAIO

Nº: 195/13

TESTE DE ESTERILIDADE

Solicitante: Doutoranda Euzeli da Silva Brandão	
Endereço: Rua Dr. Paulo César nº 155, aptº. 708	
Cidade: Niterói	Estado: RJ
Amostra nº: 416/13	
Data de recebimento da amostra: 05/12/2013	
Tipo de amostra: Gaze Vaselínada – amostra 4	
Nº do lote: não aplicável	Data de esterilização: 03/12/2013
Data do início do ensaio: 05/12/13	
Data do término do ensaio: 19/12/13	
Metodologia de ensaio: <i>Ensaio Microbiológicos para Produtos Estéreis, item 5.5.3.2 - Farmacopéia Brasileira - 5ª edição - 2010</i>	
RESULTADO	
Ausência de crescimento microbiano.	
CONCLUSÃO	
A amostra é considerada SATISFATÓRIA para o teste de esterilidade, segundo os padrões estabelecidos pela Farmacopéia Brasileira – 5ª edição.	

Alfreda da Silva Martins
 Laboratório de Bacteriologia
 Rua Dr. Paulo César nº 155 - Niterói

Sergio Henrique da Cruz Melo
 Biólogo - CBPM - 2794
 Matrícula: 31881-6

Data de emissão: 09/01/14

Este Relatório de Ensaio não pode ser utilizado em publicidade, propaganda ou para fins comerciais.
 Os resultados deste Relatório de Ensaio referem-se única e exclusivamente às amostras acima coletadas.
 Este documento não deve ser reproduzido parcialmente.