

UNIVERSIDADE BANDEIRANTE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DA SAÚDE
DIOGO DE SOUSA MENEZES

**DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AOS
PACIENTES COM A DOENÇA DE CREUTZFELDT-JAKOB**

OSASCO
2010

DIOGO DE SOUSA MENEZES
CURSO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AOS
PACIENTES COM A DOENÇA DE CREUTZFELDT-JAKOB

Trabalho de conclusão de curso apresentado
à Universidade Bandeirante de São Paulo,
como exigência do Curso de Enfermagem.
Orientadora: Prof.^a Ms. Dulce Cristina Unti
Noronha Rigoni
Coorientadora: Prof.^a Lenize Ferreira Matioli

OSASCO
2010

DIOGO DE SOUSA MENEZES

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM A
DOENÇA DE CREUTZFELDT-JAKOB

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO APRESENTADO
À UNIVERSIDADE BANDEIRANTE DE SÃO PAULO COMO
EXIGÊNCIA DO CURSO DE ENFERMAGEM

Orientador

Nome: _____

Titulação: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

NOTA: _____

2ª Examinador

Nome: _____

Titulação: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

NOTA: _____

NOTA FINAL: _____

Biblioteca

Bibliotecário: _____

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

São Paulo, ____ de _____ de 20____

Dedico este trabalho a minha esposa Paula pelo incentivo de estudar. A minha mãe Cida e meu pai Roque porque sem eles não estaria aqui. E a minha Filha Leticia, para que ela siga os caminhos do pai.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter conseguido terminar mais esta etapa da minha vida. Depois à minha família, pai e mãe, minha mulher que me agüentou nas épocas das provas, e a minha filha que me da inspiração todos os dias.

Agradeço meus professores pelo conhecimento adquirido, e em especial a professora e orientadora Dulce que me ajudou e muito no meu TCC, e a Prof.^a Camila que me ajudou a escolher o tema e aos professores Benedicto e Lenize pela grande contribuição neste trabalho.

E aos meus amigos e colegas da universidade em especial aos parceiros de sala, Ricardo, Adriano, Bruna, Isis, Janaína, Marina, Jefferson, Toniel, Renata e Girlene pela parceria e ajuda nesses anos todos.

Muito obrigado a todos.

“Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos; escolhi servir o próximo, porque sei que todos nós um dia precisaremos de ajuda; escolhi o branco, porque quero transmitir a paz, escolhi me dedicar à saúde, porque respeito à vida.”

Autor desconhecido.

RESUMO

MENEZES, D.S. **Diagnósticos e intervenções de enfermagem aos pacientes com Doença de Creutzfeldt-Jakob**. 2010. 59 f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Curso de Enfermagem, Universidade Bandeirante de São Paulo, Osasco, 2010.

Neste estudo, realiza-se a revisão bibliográfica da Doença de Creutzfeldt-Jakob que é uma doença causada pela proteína príons, sendo de ocorrência mundial, porém rara 1:1.000.000 (um para um milhão) de pessoas, mas que mata em menos de 1 (um) ano de evolução, por se tratar de uma doença neurodegenerativa onde o paciente fica totalmente dependente de auxílio e cuidados, e sendo a enfermagem dentro da equipe de saúde uma das responsáveis por estes cuidados, este estudo tem como objetivo relatar os possíveis diagnósticos de enfermagem do NANDA e elaborar as intervenções de enfermagem segundo o NIC, no intuito de ajudar os enfermeiros no plano de assistências realizados nos pacientes acometidos com essa doença.

Palavras-chave: Doença de Creutzfeldt-Jakob. Diagnósticos de enfermagem. Intervenções de enfermagem.

ABSTRACT

MENEZES, D.S. Nursing interventions and diagnoses related to patients with Creutzfeldt-Jakob disease. 2010. 59 f. Project Conclusion (TCC) - Course of Nursing, Universidade Bandeirante de São Paulo, Osasco, 2010.

In this study, we carried out the review of Creutzfeldt-Jakob disease which is caused by a protein called Prion. It is rare, occurs in 1:1,000,000 (one in a million) of people, it is a worldwide occurrence, that kills in at least 1 (one) year of development, because it is a neurodegenerative disease where the patient is totally dependent on assistance and care, the nursing and the health team are one of those responsible for such care. This study aims to report the possible nursing diagnoses of NANDA and develop nursing interventions according to the NIC, in order to help the nurses in terms of assistance made in patients witch suffers from this disease.

Keyword: Creutzfeldt-Jakob disease. Nursing diagnoses. Nursing interventions.

LISTA DE ABREVIATURAS

DCJ - Doença de Creutzfeldt-Jakob

LILACS - Literatura Latino-Americano em Ciências da Saúde

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System on Line

BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde

PrP - Príons

PrPc - Proteína normal

PrPsc - Proteína alterada

GSS - Gerstmann-Straussler-Scheinker

FFI - Insônia Familiar Fatal

vDCJ - Variante da Doença de Creutzfeldt-Jakob

EEB - Encefalopatas Espongiformes Bovina

EET - Encefalopatas Espongiformes Transmissíveis

OMS - Organização Mundial de Saúde

EEG - Eletroencefalograma

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

NIC - Nursing Interventions Classification (Classificação das Intervenções de enfermagem)

PIIC - Pressão intracraniana

PCA - Assistência a Analgesia Controlada pelo Paciente

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 JUSTIFICATIVA:.....	14
1.2 PROBLEMAS	14
1.3 HIPOTESES	14
2 OBJETIVO	16
2.1 GERAL	16
2.2 ESPECÍFICO	16
4 DOENÇA DE CREUTZFELDT-JAKOB	18
4.1 DESCRIÇÃO DA DOENÇA DE CREUTZFELDT-JAKOB	18
4.2 O AGENTE ETIOLÓGICO – O PRÍON	20
4.3 EPIDEMIOLOGIA	22
4.4 TRANSMISSÃO.....	23
4.5 QUADRO CLÍNICO.....	26
4.6 DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS.....	27
4.7 TRATAMENTOS E PREVENÇÕES.....	28
5. O PROCESSO DE ENFERMAGEM	30
5.1 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NANDA.....	32
5.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA A DCJ	32
5.2.1 Fase Prodrômica	33
5.2.2 Fase de Estado.....	35
5.2.3 Fase Terminal	37
6 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DO NIC, BASEADOS NOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM.....	40
6.1 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA FADIGA E INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	41
6.2 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA ANSIEDADE E MEDO, ANSIEDADE RELACIONADO À MORTE.....	42

6.3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA RISCO DE SUICÍDIO	42
6.4 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA DÉFICIT NO AUTO CUIDADO PARA ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES DO CORPO:	43
6.5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA INSÔNIA, PADRÃO DO SONO PREJUDICADO E PRIVAÇÃO DO SONO	44
6.6 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA CONFUSÃO AGUDA E CRÔNICA.....	44
6.7 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA RISCO DE QUEDAS, RISCO PARA LESÃO, RISCO DE TRAUMA.....	45
6.8 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PERCEPÇÃO SENSORIAL PERTUBADA PARA VISÃO, SÍNDROME DA INTERPRETAÇÃO AMBIENTAL, PROCESSO DO PENSAMENTO PERTUBADO.....	46
6.9 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	46
6.10 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA E PARA MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA.....	47
6.11 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA CONFLITO DE DECISÃO, DISTÚRBIOS DA IDENTIDADE PESSOAL.....	48
6.12 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA MANUTENÇÃO INEFICAZ DA SAÚDE, COMPORTAMENTOS DE SAÚDE PROPÍCIOS À RISCO, CONTROLE INEFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO, INTERÇÃO SOCIAL PREJUDICADA	48
6.13 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA RISCO PARA INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA, PROTEÇÃO INEFICAZ.....	49
6.14 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA NEGLIGÊNCIA UNILATERAL	50
6.15 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA DÉFICIT NO AUTO CUIDADO PARA BANHO/HIGIENE	51
6.16 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA AUTO CUIDADO PARA VESTIR-SE/ARRUMAR-SE	52
6.17 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA ENFRENTAMENTO FAMILIAR COMPROMETIDO, PROCESSOS FAMILIARES INTERROMPIDOS E PESAR	52
6.18 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA RISCO DA SÍNDROME DE DESUSO ..	53
6.19 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA DOR CRÔNICA.....	53
6.20 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA RISCO PARA INFECÇÃO	54
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS	57

1 INTRODUÇÃO

A doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ) é a mais freqüente das raras doenças priônicas humanas, com incidência anual estimada de 1 (um) caso por milhão de habitantes

Tratando-se de uma doença fatal com menos de um ano de evolução na maioria dos casos, sua prevalência é da mesma grandeza que a incidência (YASUDA & SCAFF, 2005).

A DCJ foi descrita pela primeira vez nos anos vinte, na Alemanha, por Hans Gerhard Creutzfeldt, o qual relatou uma demência progressiva fatal associada com espasticidade e mioclonias em um paciente jovem (COSTA, et al. 2001).

A DCJ é forma mais comum de Encefalopatias Espongiformes Transmissíveis (EET) no ser humano, que incluem outras doenças como Kuru, Gerstmann-Straussler-Scheinker Síndromy (GSS) e a Insônia Familiar Fatal (FFI). (SECRETÁRIA DA SAÚDE 2008).

Existem quatro formas da doença de Creutzfeldt-Jakob que são: esporádica, iatrogênica, familiar e a nova variante (atípica ou da “vaca louca”).

A forma esporádica da doença, que corresponde a 85% dos casos, parece não ter variação sazonal e nem fatores de risco associados. A forma familiar é responsável por 10 a 15% dos casos, que apresenta um padrão de transmissão do tipo autossômico dominante. Outra forma, a iatrogênica, é igualmente de natureza transmissível, principalmente em ambientes hospitalares e cirúrgicos, principalmente em neurocirurgia. A forma atípica pode ter até 25% dos portadores da doença, sendo confirmada apenas por biópsia ou autópsia, com as demonstrações de alterações neuropatológicas espongiformes ocasionadas por príons (BALLONE 2007).

Segundo Costa et al. (2001), clinicamente, a DCJ esporádica ocorre principalmente na meia-idade tardia (cerca de 60 anos), e é rara abaixo dos 30 anos de idade. Ambos os sexos, são igualmente afetados.

Os sintomas prodrômicos incluem fadiga, depressão, perda de peso, distúrbios do sono e falta de apetite. Os sintomas iniciais são caracterizados por alterações comportamentais, emocionais e intelectivas, alterações visuais e

cerebelares, e confusão, com alucinação e agitação. A progressão da doença é rápida (algumas semanas) e, em seguida, o quadro clínico completo se expressa com demência e mioclonias como principais sintomas, além disso, ataxia, disartria e alterações extrapiramidais podem ocorrer. Existem algumas variantes clínicas da forma clássica, com ataxia cerebelar predominante e alterações visuais. Sinais piramidais e cegueira cortical podem estar também presentes (SILVA, et al. 2003).

A evolução é inexorável que progride para mutismo acinético, torpor e coma, terminando em morte na maioria dos casos dentro de 3 a 12 meses, podendo aumentar ou diminuir o tempo de vida deste paciente, principalmente com os cuidados empregados pela enfermagem.

Principalmente por se tratar de uma doença neurodegenerativa, sendo fundamental adotar um método de trabalho capaz de direcionar e organizar as atividades de enfermagem de acordo com as necessidades de cada paciente.

O processo de enfermagem possibilita esta organização, pois é uma metodologia embasada em referências teóricas, de acordo com a filosofia de cada instituição, podendo atender aos pacientes de forma individualizada e integral nas suas necessidades biopsicossociais (CAFER, et al. 2005).

Considerando-se que o diagnóstico de enfermagem é um dos principais desafios dos enfermeiros, pois dele dependem os resultados de suas ações, este estudo tem como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem em cima dos sinais e sintomas apresentados por indivíduos com a DCJ, de acordo com a proposta da *North American Nursing Diagnoses Association* (NANDA 2007-2008) e, de maneira subsequente, apresentar propostas de intervenções de enfermagem, com base na *Nursing Interventions Classification* (NIC, 2004).

A utilização das classificações é de extrema importância, pois possibilita uma padronização da linguagem para os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, favorecendo a reflexão sobre as habilidades dos enfermeiros em examinar as tendências de sua prática e avaliar a qualidade de cuidados prestados aos pacientes (OLIVEIRA, et al. 2007).

1.1 JUSTIFICATIVA

A DCJ é uma doença causada pela proteína Príons de origem infecciosa e pouco estuda no Brasil, apesar de rara causou uma epidemia na Europa, por este motivo decidi estudar e realizar este trabalho para aumentar o conhecimento sobre o assunto e oferecer ferramentas para que a enfermagem possa lidar de maneira mais eficiente na prevenção e qualidade de vida de pacientes portadores da doença.

1.2 PROBLEMAS

- A.** O que a literatura contempla sobre transmissão, a epidemiologia e os sinais e sintomas da Doença de Creutzfeldt-Jakob?
- B.** Quais são os principais diagnósticos de enfermagem descritos na literatura dos pacientes portadores da Doença de Creutzfeldt-Jakob?
- C.** Quais são as intervenções de enfermagem descritas na literatura para pacientes portadores da Doença de Creutzfeldt-Jakob?

1.3 HIPOTESSES

A Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ) é uma disfunção cerebral que envolve uma diminuição da função cerebral e anormalidades nos movimentos causadas por danos nos tecidos do cérebro (WIKIPÉDIA 2010), isto é causado por um agente infeccioso desprovido de material genético (DNA e RNA) e composto apenas por proteína, chamado de príons (PrP) (ROBBIN & CONTRAN 2005).

E que o conhecimento dos diagnósticos de enfermagem e suas respectivas intervenções possam ser de grande utilidade para melhoria da qualidade de vida dos portadores da DCJ.

A definição de diagnóstico de enfermagem segundo NANDA (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2007-2008) é:

Um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais, ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, o qual fornece a base para a seleção das prescrições de enfermagem, e para o estabelecimento de resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável.

2 OBJETIVO

2.1 GERAL

Identificar na literatura a descrição, transmissão, epidemiologia e sinais e sintomas da Doença de Creutzfeldt-Jakob.

2.2 ESPECÍFICO

A) Analisar na literatura os principais diagnósticos de enfermagem (NANDA) identificados em pacientes portadores de Creutzfeldt-Jakob.

B) Verificar na literatura as principais intervenções de enfermagem (NIC) para pacientes portadores de Creutzfeldt-Jakob.

3 METODOLOGIA

Este estudo será uma revisão de literatura sistemática sobre a Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ), sua transmissão, seus sinais e sintomas, epidemiologia, além de identificar na literatura os principais diagnósticos de enfermagem da NANDA INTERNACIONAL (NANDA 2007-2008) e as possíveis intervenções de enfermagem da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC 2004).

3.1 Tipos de pesquisa: Revisão Integrativa de literatura. A pesquisa bibliográfica é um levantamento mais abrangente de referência bibliográfica sobre o tema escolhido. Os tipos de documentos aqui utilizados podem ser classificados como documentos que incluem resultados de pesquisa, e documentos secundários, que abrangem listas, revisões bibliografias (LAKATOS; MARCONI, 2005).

3.2 Critérios para o levantamento bibliográfico: O levantamento bibliográfico foi realizado com base na necessidade de construir um conhecimento acerca dos diagnósticos e os cuidados de enfermagem diante a doença de Creutzfeldt-Jakob. Os critérios estabelecidos foram:

1º). Artigos indexados nos bancos de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde) ou MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System on Line).

2º) Artigos publicados em periódicos nacionais, dentro do período de tempo delimitado para esta pesquisa que será do ano de 2000 a 2010.

3.º) Artigos localizados na Biblioteca da Universidade Bandeirante, Biblioteca Central da Universidade de São Paulo ou na BIREME (Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde).

3.3 Procedimentos para seleção dos artigos: Inicialmente, para a realização do levantamento bibliográfico foi utilizada a Internet, onde foi consultado o Banco de dados BDNF, LILACS E MEDLINE.

4 DOENÇA DE CREUTZFELDT-JAKOB

O capítulo a seguir tem como finalidade trazer uma maior compreensão sobre a Doença de Creutzfeldt-Jakob. Sua descrição, etiologia, epidemiologia, transmissão, quadro clínico, diagnósticos clínicos, citando os diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem de acordo com a literatura disponível em artigos científicos e livros.

4.1 DESCRIÇÃO DA DOENÇA DE CREUTZFELDT-JAKOB

A Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ) foi descrita pela primeira vez nos anos vinte, na Alemanha, por Hans Gerhard Creutzfeldt, o qual relatou uma demência progressiva fatal associada com espasticidade e mioclonias em um paciente jovem (COSTA, et al. 2001).

Em 1921 segundo Costa et al. (2001) Alfons Jakob descreveu cinco casos semelhantes de demência associada com sinais piramidais e extrapiramidais.

A Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ) é uma disfunção cerebral que envolve uma diminuição da função cerebral e anormalidades nos movimentos causadas por danos nos tecidos do cérebro (WIKIPÉDIA, 2010).

É uma desordem neurodegenerativa humana de rápida progressão e invariavelmente fatal, cuja etiologia, é atribuída a um isômero anormal de uma glicoproteína conhecida como proteína do príon (PrP) (ROBBIN & CONTRAN 2005).

A DCJ é a forma mais comum de Encefalopatias Espongiformes Transmissíveis (EET) no ser humano, que incluem outras doenças como Kuru, Gerstmann-Straussler-Scheinker Síndromy (GSS) e a Insônia Familiar Fatal (FFI). (SECRETÁRIA DA SAÚDE, 2008).

Existem quatro formas conhecidas da doença de Creutzfeldt-Jakob que são: iatrogênica, esporádica, familiar e a nova variante vDCJ (atípica ou da “vaca louca”).

Em sua forma iatrogênica ou adquirida, a proteína defeituosa é transmitida iatrogenicamente ao paciente, seja pela utilização de medicamentos (p.ex. hormônio de crescimento) ou de implantes (p.ex., enxertos de córnea ou de dura-máter) (CABOCLO, et al. 2002).

Neste caso, ocorre uma invasão do corpo do paciente por um príon externo a ele.

Em sua forma esporádica ou espontânea o príon defeituoso aparece após uma mutação que ocorre em um alelo normal (gene que produz a forma normal da proteína do príon). A mutação transforma este alelo no alelo que produz o príon defeituoso (COSTA, et al. 2001).

Na sua forma familiar ou hereditária, o alelo do gene cuja ação resulta no príon defeituoso é herdado mendelianamente. Ou seja, existem famílias em que existe uma maior probabilidade de ocorrer a DCJ clássica porque elas apresentam uma maior incidência do alelo do gene causador da doença. Estes casos familiares são raros e se concentram na Europa Oriental (NANCY, et al. 2004).

Nestes dois casos o esporádico e familiar o príon defeituosa não é transmitido de uma fonte externa mas sim produzido pelos próprios genes.

Em 1996, a DCJ alcançou notoriedade mundial no bojo da ameaça de epidemia de sua nova variante (vDCJ). Deve-se este fato ao relato de Yasuda (2000 apud Will, et al. 1996) que, no período de 1990 a 1996, detectaram 10 casos de DCJ na Grã-Bretanha, os quais apresentavam, além de algumas características clínico-patológicas incomuns quando comparadas com o padrão clássico.

Distingue-se da forma clássica porque atinge pacientes muito mais jovens, normalmente em torno de 20 anos e pela ocorrência, no início da síndrome, de sintomas sensoriais e psiquiátricos (NITRINI, 2005).

Uma evidente correlação epidemiológica com a epizootia da encefalopatia espongiforme bovina (EEB), mais conhecida como “síndrome da vaca louca”, que vem afetando o rebanho bovino do Reino unido desde os meados da década de 80 (YASUDA, 2000).

O vulto da repercussão deste fato teve origem na tese, de uma nova zoonose fatal a comprometer a saúde pública de modo epidêmico, em cuja transmissão estariam implicados a carne e a outros derivados bovinos largamente consumidos pela população (NITRINI, 2005).

Tendo em visto os ocorridos, no ano de 2000, no Estado de São Paulo iniciou-se a Vigilância Epidemiológica da DCJ, com base no art. 64 do Código Sanitário - Lei 10.083/98, considerada como agravo inusitado de importância em saúde pública (SECRETARIA DA SAÚDE, 2008).

Em 14 de julho de 2005, a DCJ passou a constar da lista de doenças de notificação compulsória (DNC) em todo o território nacional, conforme Portaria da Secretaria de Vigilância em Saúde SVS/MS N.º 33, atualizada pela Portaria 12 SVS/MS N.º 5, de 21 de fevereiro de 2006, incluída, também como DNC na lista do Estado de São Paulo (Resolução SS-20/2006) (SECRETARIA DA SAÚDE, 2008).

4.2 O AGENTE ETIOLÓGICO – O PRÍON

Um príon ou prião é um agregado supramolecular acelular, composto por proteínas com capacidade de modificar outras proteínas, tornando-as cópias das proteínas que o compõem (WIKIPÉDIA, 2010).

A palavra "prião" é um aportuguesamento do termo inglês "prion", que por sua vez é um acrónimo das palavras *Proteinaceous* e *Infection* (WIKIPÉDIA, 2010).

Há fortes evidências de que o príon seja um agente infeccioso desprovido de material genético (DNA e RNA) e composto apenas por proteína (PrP^{sc}) (ROBBIN & CONTRAN, 2005).

Esta proteína possui cerca de 250 aminoácidos e é quase idêntica a uma proteína normalmente produzida pelas células do SNC denominada príon celular (PrP^C), que parece ter várias funções como proteção e diferenciação neuronais (FILHO, et al. 2009).

PrP^{sc} diferencia-se da proteína normal PrP^C por sua estrutura química secundária. Enquanto PrP^{sc} contém 43% de sua estrutura, em forma de folha β -pregueada, a proteína normal PrP^C contém apenas 3% a 4% deste tipo de estrutura (FILHO, et al. 2009 apud PRUSINER, 1997).

A estrutura β -pregueada proporciona à molécula forte estabilidade química e insolubilidade o que torna a proteína altamente resistente aos principais agentes físicos e químicos (FILHO, et al. 2009 apud PRUSINER, 1997).

Segundo Filho et al. (2009) o agente é altamente estável e resistente ao congelamento, ressecamento e calor do cozimento normal, da pasteurização e da esterilização à temperatura e tempo usuais.

Segundo Yasuda & Scaff (2005) o príon é resistente a 90°C/1h, em calor seco a 160°C/24h e autoclavagem 126°C/2h (proteínas normalmente coagulam-se a temperaturas superiores a 60°C), às proteases gastrintestinais (tripsina, pepsina, nucleases, etc.), ao baixo pH (por exemplo, o pH do estômago do boi é 2,2), à radiação ultravioleta (até 2540 Å), à energia ultrassônica, à radiação ionizante (até 150 kJ) e à maioria dos desinfetantes, inclusive formaldeído (pode resistir a uma solução formolizada a 20% durante quatro meses).

Temperaturas de 105°C sob pressão durante 30-60 minutos podem inativar o agente infeccioso.

Multiplicam-se rapidamente e são capazes de converter moléculas de proteína em substâncias perigosas, simplesmente alterando sua estrutura espacial (ROBBIN E CONTRAN, 2005).

São responsáveis por doenças transmissíveis e hereditárias, podendo causar ainda a doença esporádica, na qual nem a transmissão nem a hereditariedade são evidentes (BALLONE, 2007).

A proteína príon celular normal, identificada pelas abreviaturas PrP ou PrP^c, é uma proteína celular normal presente em vários tipos de células, incluindo músculo e linfócitos (FILHO, et al. 2009 apud PRUSINER, 1997).

A proteína infecciosa príon, pode ser abreviada por PrP^{sc}, sendo que este agente infectante tem tropismo pelo tecido neural (FILHO, et al. 2009).

A forma celular normal, não patogênica (PrP^c) tem uma conformação predominantemente alfa helicoidal, enquanto que a forma infectante, PrP^{sc} (originada da denominação scrapie) apresenta estrutura em folha (ROBBIN & CONTRAN, 2005).

O PrP^{sc} interage com o PrP^c transformando-o em PrP^{sc}, através de um processo ainda não perfeitamente elucidado e para o qual muito provavelmente contribuam outras proteínas (FILHO, et al. 2009 apud PRUSINER, 1997).

Desta maneira, quando um PrP^{sc} é inoculado ou ingerido, permanece nas placas de Peyer, no ílio posterior, por 6 a 10 meses, distribuindo-se em seguida aos órgãos linfo-reticulares (baço, tonsilas, linfonodos) (ROBBIN & CONTRAN, 2005).

Somente a partir do 32º mês pós-infecção, os príons atingem a medula oblonga e os nervos periféricos, sendo assim transportados ao SNC.

Quando alcança o sistema nervoso ele se replica, sem cessar, utilizando como molde a proteína autógena, ocorrendo à conversão, portanto, de PrPc em PrPsc, causando a doença (BALLONE, 2007).

Os príons acumulados juntam-se formando fibrilas ou placas, as quais têm efeitos tóxicos sobre as células, particularmente os neurônios (ROBBIN & CONTRAN, 2005).

4.3 EPIDEMIOLOGIA

A DCJ é de ocorrência mundial na escassa incidência de 1: 1.000.000 (um para um milhão), tratando-se de uma doença fatal em menos de um ano de evolução na maioria dos casos, sua prevalência é da mesma grandeza que a incidência (YASUDA & SCAFF, 2005).

A forma esporádica constitui a maioria, enquanto que a genética, na qual a transmissão revela o padrão autossômico dominante, ocorre em cerca de 10% do total (COSTA, et al. 2001).

Afeta ambos os sexos na mesma proporção, alcançando o pico de incidência entre 5ª e 6ª décadas, sendo extremamente rara nas faixas etárias abaixo dos 40 anos (SILVA, et al. 2003).

Segundo Yasuda & Scaff (2005) seu tempo de incubação é desconhecido. Cálculos a respeito são indiretos e baseados em deduções a partir dos estudos realizados em inoculação experimental em animais, ou acidental em seres humanos, via eletrodos corticais ou hormônio de crescimento (GH), onde o período de incubação varia de 12 meses a vários anos.

Costa et al. (2001) diz que tanto a escassez dos casos de ocorrência conjugal quanto o aparente foco temporal verificado em um estudo epidemiológico de larga escala não permitem conclusão definitiva sobre a transmissão horizontal ou modos alternativos e naturais de transmissão.

Em um recente registro, a via transplacentária foi considerada como possível via de transmissão vertical. Até o surgimento dos casos de vDCJ, não havia sido identificado nenhum fator de risco com relação a tipos ocupacionais, hábitos alimentares, procedimentos cirúrgicos ou métodos invasivos, exposição ao scrapie ou contato com ovinos e seus derivados (YASUDA & SCAFF, 2005).

A DCJ parecia comportar-se como uma endemia, ao mesmo tempo infecciosa e genética, da mesma forma que o scrapie, seu equivalente animal a contaminar o gado ovino da Europa, desde há mais de 250 anos, quando a partir de 1957 fatos de importância crucial vieram a ser constatados na história natural das encefalopatias espongiformes transmissíveis (EET), a descrição do Kuru e o registro, décadas após, de número crescente de casos de transmissão iatrogênica pelo uso de GH de hipófise cadavérica (SILVA, et al. 2003).

A DCJ ocorre em todo o mundo, porém, permanece subnotificada na maioria dos países por falta de um sistema de vigilância adequado. Estudos recentes sugerem uma incidência entre 0,5 e 1,5 casos por um milhão de habitantes por ano, nos países europeus (SECRETÁRIA DA SAÚDE, 2008).

4.4 TRANSMISSÃO

Em cerca de 85% dos pacientes, a DCJ ocorre como uma doença esporádica sem nenhum padrão de transmissão reconhecível. Uma pequena proporção de pacientes (10 a 15%) desenvolve DCJ decorrente de mutações hereditárias nos genes da proteína do príon, e os demais são de origem iatrogênica (BALLONE, 2007).

A causa da DCJ esporádica permanece desconhecida apesar de vastíssimos estudos, os quais não conseguiram evidenciar nenhum elo com o “scrapie”, a EET de ovelhas e cabras (YASUDA & SCAFF, 2005).

A DCJ iatrogênica foi reconhecida a partir da identificação de casos associados à transmissão de agentes infecciosos devido ao uso de hormônios do crescimento e gonadotrofinas cadavéricas, enxertos de dura mater, instrumentos neurocirúrgicos e transplante de córneas (SECRETÁRIA DA SAÚDE, 2008).

Segundo Ballone (2007) estudos experimentais demonstraram o desenvolvimento da doença a partir da inoculação de tecidos de cérebro de pessoas que morreram com DCJ em primatas, evidenciando-se assim o risco de formas iatrogênicas de DCJ.

Até 2002, haviam sido identificados no mundo 300 episódios diagnosticados como DCJ iatrogênica.

Estudos subseqüentes mostraram a importância de eletrodos e outros procedimentos médicos e neurocirúrgicos invasivos no desenvolvimento da DCJ iatrogênica, como transplante de dura mater, uso de hormônios do crescimento e gonadotrofinas de pituitária cadavérica (SECRETÁRIA DE SAÚDE, 2008).

Nenhum caso de EET foi ainda identificado devido à exposição ao agente em tratamentos dentários.

O período de incubação da DCJ iatrogênica pode ser longo, de 12 a 30 anos, e mais curto quando a exposição é intracerebral (YASUDA & SCAFF, 2005).

Até o presente, somente a DCJ esporádica foi associada à transmissão iatrogênica. Além disso, essa transmissão é rara.

As ações de prevenção da ocorrência da DCJ iatrogênica requerem o reconhecimento do papel das vias específicas de transmissão iatrogênica, buscando-se novas opções e precauções para a prevenção desses casos (SECRETÁRIA DA SAÚDE, 2008).

A secretaria da saúde do estado de São Paulo (2008) recomenda que:

Instrumentos utilizados em procedimentos neurocirúrgicos e oftalmológicos invasivos em pacientes com DCJ, isto é, em caso suspeito ou confirmado, incluindo-se pacientes com risco de desenvolvimento de DCJ, tais como os indivíduos com história familiar de DCJ, receptores de enxertos ou que foram medicados com hormônios de pituitária cadavérica, deveriam ser destruídos após a utilização e submetidos a tratamentos com alto poder de eliminação da transmissão.

A maioria dos países no mundo não utiliza mais o hormônio de crescimento humano.

Dura mater e córneas vêm sendo obtidas por screening mais criteriosos, contudo, sabe-se que é difícil identificar doadores assintomáticos, porém, potencialmente infectados, portadores do agente EET (BALLONE, 2007).

Segundo Ballone (2007) muitos países abandonaram a prática comercial de enxertos de durais humanos substituindo-os por peças sintéticas ou por outras alternativas.

Outro risco importante a ser considerado é o da possibilidade da transmissão das EET humanas por transfusão sanguínea. Essa possibilidade implica que o agente poderia ser transmitido por outros órgãos como coração, fígado, pulmão, rim, etc., além dos tecidos nervosos, exigindo critérios mais rígidos nas práticas de transplante de órgãos (SECRETARIA DA SAÚDE, 2008).

Alguns estudos sugerem que componentes sanguíneos de pacientes com DCJ podem conter baixos níveis de infectividade, porém, não seriam transmissíveis (YASUDA, SCAFF, 2005).

Ainda que seja concreta a dificuldade de se validar os dados de estudos experimentais ou epidemiológicos devido ao longo período de incubação e ausência de marcadores pré-clínicos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), não há ainda evidências suficientes de transmissão de DCJ humana por sangue, componentes sanguíneos ou derivados de plasma.

Com relação aos riscos ocupacionais, gerados no atendimento de pacientes de DCJ, há cerca de 40 casos registrados com história de exposição nosocomial (SECRETÁRIA DE SAÚDE, 2008).

Contudo, somente um entre eles, tem história de exposição ocupacional à EET humana – um cirurgião ortopedista que trabalhava com dura mater de humanos e ovinos 20 anos do início de sua doença. (SECRETÁRIA DE SAÚDE, 2008).

Nos demais casos não há evidências de que tenham sido realmente expostos nos locais de trabalho.

Não há nenhum caso documentado de doença adquirida por pesquisadores em laboratório, em estudos da EET animal ou humana, possibilidade de transmissão que não pode ser subestimada.

A contaminação por meio de feridas ou em mucosa nasal parece ser de alto risco.

No Reino Unido, devido à epidemia de EEB, foram realizadas inúmeras investigações em fazendeiros objetivando-se dimensionar o possível risco ocupacional de se adquirir a EEB (YASUDA, SCAFF, 2005).

Há um elevado número de casos de DCJ, estatisticamente significativa, entre os criadores de gado, no Reino Unido, desde 1990, entre eles, quatro tinham relato de que seus animais foram afetados pela EEB (YASUDA, SCAFF, 2005).

Porém, clinicamente, nenhum desses fazendeiros apresentava o quadro clínico e neuropatológico de DCJ.

Ainda segundo Yasuda e Scaff (2005) estudos adicionais realizados em fazendeiros de outros países da Europa, onde a EEB era rara ou ausente, mostraram similarmente maior incidência de DCJ neste grupo, o que pode ser explicado possivelmente por uma maior sensibilidade da vigilância direcionada para os criadores de gado.

4.5 QUADRO CLÍNICO

A DCJ caracteriza o seu quadro clínico no início de modo gradual e progressivo, na maioria dos casos.

No entanto, deve-se chamar atenção para a ocorrência de início súbito em 20% dos casos, o que pode simular outros processos patológicos (NANCY, et al. 2004).

A progressão subaguda e fatal não ultrapassa seis meses de duração na maioria dos pacientes: cerca de 90% falece dentro de dois anos de evolução e 50% sobrevive menos do que nove meses, sendo excepcional uma duração acima de seis anos (YASUDA, 2000).

Reconhecem-se três fases na evolução clínica: a prodrômica, de estado e terminal.

Na fase prodrômica, sucedem-se sintomas vagos que simulam uma afecção funcional tais como astenia, depressão, distúrbios do sono, emagrecimento, desatenção, episódios sincopais, os quais, ocasionalmente, se associam, em 1/3 dos casos, com alterações visuais, da marcha e da fala, incordenação motora e nistagmo, indicativos de um distúrbio orgânico (COSTA, et al. 2001).

A duração média desta fase é de 3,5 meses, tendo sido constatada duração excepcionalmente longa de até oito anos (ROBBIN & CONTRAN, 2005).

Na fase de estado, Yasuda e Scaff (2005) mostram como tradução de uma doença cerebral orgânica e difusa, aberrações mentais tornam-se mais evidentes, adquirindo o caráter de demência progressiva, ao lado de disfunções comportamentais, cognitivas, piramidais, extrapiramidais, cerebelares, sinais de comprometimento do motoneurônio periférico e distúrbios sensitivo-sensoriais, em graus e formas variados de associação.

A duração média da fase de estado é de quatro a cinco meses.

Na fase terminal, advêm graves alterações do estado de consciência até coma, acompanhadas de mioclonias, posturas decorticada ou descerebrada, convulsões, disautonomias, que em conjunto definem uma existência meramente vegetativa (YASUDA, 2000).

A morte ocorre, quase sempre, como consequência de infecções intercorrentes, quando não pela própria doença, tendo uma duração média de 3 a 12 meses (YASUDA, SCAFF, 2005).

A duração desta fase depende exclusivamente dos cuidados de enfermagem.

4.6 DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS

Para estabelecer o diagnóstico da DCJ, são realizados exames clínicos e laboratoriais.

A anamnese, além de explorar as características que contribuem para a suspeita de DCJ ou vDCJ, deve ser direcionada para identificação de história de doenças anteriores que possam sugerir outros diagnósticos que se confundem com a clínica das EET.

Na construção da história epidemiológica devem ser levantados os seguintes fatores de risco relacionados às várias formas de DCJ: viagens ao exterior, em especial a países com casos de EEB, hábitos de ingestão de carne ou de produtos cárneos importados de países com casos de vDCJ a partir da década de 80 (para identificação da variante – vDCJ), deve-se também, analisar a história de existência de casos semelhantes na família, em parentes de primeiro grau (na identificação de formas familiares), ou antecedentes de realização de cirurgias com enxertos de dura mater, transplante de córnea, uso de eletrodos invasivos, tratamento com hormônios de pituitária de cadáveres humanos, ou outros produtos suspeitos (na investigação de formas iatrogênicas) (MARIN, et al. 2008 apud KRETZCHMHR, 1996).

Exames laboratoriais de rotina Investigações de rotina hematológica e bioquímica, incluindo-se os marcadores de processo inflamatório são comumente normais na DCJ e outras EET (MARIN, et al. 2008).

O líquido de pacientes com DCJ não contém células inflamatórias, apresentando leve aumento de proteínas (0,5-1,0g/l) em 1/3 dos casos de DCJ (MARIN et al. 2008).

O eletroencefalograma (EEG), exame não invasivo, é um importante auxiliar no diagnóstico de DCJ, 60 a 80% dos casos apresentam atividade periódica curta; nos demais, observam-se anormalidades não específicas como lentificação de ondas (PEREIRA, 2002).

A neuroimagem tem como principal função um exame de imagem para excluir outras patologias (PEREIRA, 2002).

A análise genética tem como finalidade a identificação de polimorfismos e/ou mutações no gene do príon celular (*PRNP*) (YASUDA, 2000).

Exames neuropatológicos, em exame macroscópico de cérebro atrofia cortical ou cerebelar pode ser verificada, com grandes variações, em distintas regiões do córtex para cada caso (ROBBIN & CONTRAN, 2005).

Imunocitoquímica da proteína do príon (PrP) é uma ferramenta recente que pode ser utilizada como técnica adicional no diagnóstico neuropatológico da DCJ (MARIN, et al. 2008).

A necropsia com coleta do encéfalo é o diagnóstico definitivo de DJC, requer confirmação neuropatológica. A necropsia deve ser fortemente recomendada em qualquer suspeita de DCJ (SECRETARIA DA SAÚDE, 2008).

Quando a necropsia não for possível, a biópsia post-mortem deve ser realizada, sendo que a biópsia cerebral in vivo somente é recomendada quando se torna uma alternativa diagnóstica imprescindível frente a outras doenças tratáveis (SECRETARIA DA SAÚDE, 2008).

4.7 TRATAMENTOS E PREVENÇÕES

Não existe tratamento específico. Como a doença é, em geral, rapidamente progressiva, pacientes desenvolvem alta dependência e requerem acompanhamento permanente. É essencial considerar as necessidades emocionais, psicológicas, físicas, nutricionais e sociais do paciente e de seus parentes. Profissionais de saúde

e parentes devem estar devidamente orientados quanto aos cuidados com o paciente, bem como, em que situações observam-se métodos para prevenção de transmissão da doença.

Medicamentos são utilizados para diminuir a dor e ansiedade.

A grande resistência do agente a técnicas convencionais de descontaminação requer métodos de controles rígidos, em situações em que se identifica risco potencial (SECRETÁRIA DA SAÚDE, 2008).

Medidas profiláticas são importantes quando se manipula material biológico ou instrumentos cirúrgicos. Deve-se ter em conta que os tecidos com maior infectividade são os do SNC, seguidos pelos órgãos linfopoiéticos (BALLONE, 2007).

É sempre oportuno ter em mente que a presença de infectante residual só pode ser determinada através de inoculação em animais, método difícil e nem sempre confiável quando não se obtém a transmissão (YASUDA, SCAFF, 2005).

Logo é prudente utilizar material descartável. Todo material deve ser descontaminado antes da sua eliminação.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) editou as Medidas de Precaução na Resolução RDC nº 213 de 30/07/2002 e seguem algumas destas medidas:

- 1) Seleção de doadores de órgãos e/ou tecidos;
- 2) Identificação dos espécimes para exames laboratoriais;
- 3) Manuseio adequado do material e do instrumental contaminados;
- 4) Uso de materiais e instrumentos descartáveis;
- 5) Incineração do material e do espécime, após seu uso;
- 6) Proibição do uso de sangue, hemoderivados e de materiais de origem animal para fins médicos, importados da região de risco (EEB, scrapie);
- 7) Adoção obrigatória de métodos de descontaminação eficazes do instrumental cirúrgico reutilizável em hospitais.

5. O PROCESSO DE ENFERMAGEM

Com Florence Nightingale a enfermagem iniciou sua caminhada para a adoção de uma prática baseada em conhecimentos científicos, abandonando gradativamente a postura de atividade caritativa, intuitiva e empírica.

Com esse intuito, diversos conceitos, teorias e modelos específicos à enfermagem foram e estão sendo desenvolvidos, com a finalidade de prestar uma assistência, ou seja, planejar as ações, determinar e gerenciar o cuidado, registrar tudo o que foi planejado e executado e, finalmente, avaliar estas condições, permitindo assim gerar conhecimentos a partir da prática, realizando assim o processo de enfermagem (OLIVEIRA, et al. 2007).

Na década de 70, Wanda de Aguiar Horta (Horta, 1979), desenvolveu um modelo conceitual, no qual a própria vivência na enfermagem levou-a procurar desenvolver um modelo que pudesse explicar a natureza da enfermagem, definir seu campo de ação específico e sua metodologia.

O processo de enfermagem é um método para organização e prestação de cuidados na área (OLIVEIRA, et al. 2007, apud DELLÁ'ACQUA E MYADAHIRA 2002).

Segundo Paul e Reeves (2000), esse é o esquema subjacente que propicia ordem e direção ao cuidado de enfermagem. É a essência da prática de enfermagem, é o instrumento e a metodologia da profissão de enfermagem, que auxiliam o profissional tanto na tomada de decisões quanto na prevenção e na avaliação das conseqüências.

Oliveira et al. (2007) afirma que o processo de enfermagem foi delineado de maneira diferente por diversos autores, mas existem elementos comuns: histórico, diagnóstico, planejamento, implantação e evolução da enfermagem.

Para a realidade brasileira como proposto por Horta (1979), a operacionalização do processo ocorre por meio de seis fases que compreendem o histórico, o diagnóstico, o plano assistencial, o plano de cuidados ou prescrição, a evolução e o prognóstico de enfermagem.

A primeira fase do processo de enfermagem é o histórico de enfermagem, que pode ser traduzido como um roteiro sistematizado para o levantamento de

dados do ser humano que são significativos para o enfermeiro e que tornam possível a identificação de seus problemas. Segundo Horta (1979), esses dados, convenientemente analisados e avaliados, levam ao segundo passo, o diagnóstico de enfermagem (DE), significando a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a determinação pelo enfermeiro do grau de dependência desse atendimento em natureza e em extensão.

A próxima fase será o plano assistencial, no qual ocorre a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido.

Determinado o plano assistencial, teremos a quarta fase que consiste na prescrição de enfermagem, ou seja, a implementação do plano assistencial pelo roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano.

O plano de cuidados é avaliado sempre, fornecendo os dados necessários para a quinta fase à evolução de enfermagem.

A evolução de enfermagem consiste no relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano, enquanto estiver sob assistência profissional. Pela evolução é possível avaliar a resposta do ser humano à assistência de enfermagem implementada.

Finalmente, o estudo analítico e avaliação das fases anteriores completam o hexágono com a sexta fase: prognóstico de enfermagem, representando a estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas, alteradas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

Ressaltando-se os benefícios da linguagem padronizada e acreditando-se que a assistência de enfermagem deva ocorrer de forma sistematizada, visando a excelência da prática da enfermagem, é que se adotou a NANDA e a NIC como referenciais neste estudo, como formas de dar visibilidade ao fazer da profissão.

5.1 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NANDA

Um diagnóstico, palavra de origem grega, é uma conclusão ou julgamento resultante de um processo analítico. Visando a definição do objeto de trabalho e a melhoria da comunicação entre os enfermeiros (WIKIPÉDIA, 2010).

Segundo Oliveira et al. (2007 apud Barros et al. 2002), o diagnóstico de enfermagem é definido pela NANDA como julgamento clínico sobre as respostas individuais, familiares ou comunitárias aos atuais ou potenciais problemas de saúde, e é por meio desse diagnóstico que as intervenções são planejadas e executadas para atingir resultados pelos quais os enfermeiros são responsáveis. As autoras ainda enfatizam que para identificar um problema ou estabelecer um diagnóstico de enfermagem, a atenção do profissional deve estar voltada não somente para os sinais e sintomas da doença, mas também para seus efeitos na vida do paciente.

Segundo Cafer et al. (2005) a utilização das classificações é de extrema importância, pois possibilita uma padronização da linguagem para os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, favorecendo a reflexão sobre as habilidades das enfermeiras em examinar as tendências de sua prática e avaliar a qualidade de cuidados prestados aos pacientes.

Ressaltando-se os benefícios da linguagem padronizada e acreditando-se que a assistência de enfermagem deva ocorrer de forma sistematizada, visando a excelência da prática da enfermagem, é que se adotou a NANDA e a NIC como referenciais neste estudo, como formas de dar visibilidade ao fazer da profissão.

5.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA A DCJ

O desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem para a DCJ será realizado, através da taxonomia II do NANDA (2007 – 2008), onde foram pesquisados na literatura os sinais e sintomas dos pacientes desta doença.

A DCJ divide seu quadro clínico em três fases, prodrômica, de estado e terminal, onde foi analisado uma a uma, e identificando seus diagnósticos de

enfermagem. As descrições das fases da doença que sequeem, são detalhadas no quadro clínico da DCJ.

5.2.1 Fase Prodrômica

Os Diagnósticos de Enfermagem são:

- 1) *Fadiga e Intolerância a atividade*, estão relacionados à astenia;
- 2) *Medo, Ansiedade e Risco de suicídio*, estão relacionados à depressão;
- 3) *Déficit no autocuidado para alimentação e Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais*, estão relacionados ao emagrecimento;
- 4) *Insônia, Padrão do sono prejudicado e Privação do sono*, estão relacionados ao distúrbio do sono;
- 5) *Confusão aguda* está relacionada, com a desatenção e distúrbios orgânicos;
- 6) *Risco de queda e Risco de lesão* estão relacionados com os episódios sincopais e os distúrbios orgânicos;
- 7) *Risco de trauma e Percepção sensorial perturbada* são relacionados às alterações visuais;
- 8) *Comunicação verbal prejudicada* esta relacionado com as alterações da fala;
- 9) *Mobilidade física prejudicada* esta relacionada às alterações da marcha e com a incordenação motora;
- 10) *Memória prejudicada e Conflito de decisão* estão relacionados com os distúrbios orgânicos.

Segundo NANDA (2007 – 2008 p. 23 - 288), as definições dos Diagnósticos de Enfermagem são:

Fadiga

“Uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual.”

Intolerância à atividade

“Energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas.”

Medo

“Resposta à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo.”

Ansiedade

“Vago e incomodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado ou resposta autonômica (a fonte é freqüentemente desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo.”

Risco para Suicídio

“Risco de lesão auto-infligida que ameaça a vida.”

Déficit no autocuidado para alimentação

“Capacidade prejudicada de desempenhar ou completar atividades de alimentação.”

Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais.

“Ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer as necessidades metabólicas.”

Insônia

“Distúrbio na quantidade e na qualidade do sono que prejudica o funcionamento normal de uma pessoa.”

Privação do sono

“Períodos prolongados de tempo sem sono (suspensão sustentada natural e periódica do estado de consciência relativa).”

Confusão aguda

“Início abrupto de distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que ocorrem durante um breve período de tempo.”

Risco de queda

“Suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar danos físicos.”

Risco de lesão

“Risco de lesão, como resultado de condições ambientais interagindo com os recursos adaptativos e defensivos do indivíduo.”

Risco de trauma

“Risco acentuado de lesão tecidual acidental (p. ex., ferida, queimadura, fratura).”

Percepção sensorial perturbada

“Mudança na quantidade ou no padrão dos estímulos que estão sendo recebidos, acompanhada por resposta diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada a tais estímulos.”

Comunicação verbal prejudicada

“Habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e usar um sistema de símbolos.”

Mobilidade física prejudicada

“Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.”

Conflito de decisões

“Incerteza sobre o curso de ação a ser tomado quando a escolha entre ações conflitantes envolve risco, perda ou desafio a valores de vida pessoais.

5.2.2 Fase de Estado

Os diagnósticos de enfermagem da segunda fase da DCJ são:

1) *Confusão crônica, Distúrbio da identidade pessoal, Síndrome da interpretação ambiental, Comportamento de saúde propício a risco*, estão relacionados com a demência;

2) *Interação social prejudicada e Comunicação verbal prejudicada* estão relacionadas com as disfunções comportamentais;

3) *Negligência Unilateral* relacionados às disfunções cerebelares;

4) *Mobilidade física prejudicada, Risco de trauma, Risco de lesão* são relacionados aos sinais de comprometimento motoneurônio periférico;

5) *Déficit no auto cuidado para banho/higiene, Déficit no auto cuidado para vestir/arrumar-se, Déficit no auto cuidado para alimentação*, relacionados a disfunções comportamentais, piramidais, extrapiramidais e cognitivas;

6) *Processos do pensamento perturbados*, relacionados às disfunções cognitivas;

7) *Proteção ineficaz, Manutenção ineficaz da saúde, Enfrentamento familiar comprometido*, estão relacionados aos distúrbios sensitivo-sensoriais.

Alguns Diagnósticos de Enfermagem são os mesmos da primeira fase por este motivo não serão colocadas as suas definições.

Segundo NANDA (2007 – 2008 p. 23 - 288), as definições dos diagnósticos são:

Confusão crônica:

Uma deterioração irreversível, progressiva do intelecto e da personalidade, caracterizada por capacidade diminuída para a interpretação dos estímulos ambientais e para processos do pensamento intelectuais, e manifestados por distúrbios da memória, da orientação e do comportamento.

Distúrbio da identidade pessoal:

“Incapacidade de distinguir entre o eu e o não eu.

Síndrome da interpretação ambiental prejudicada:

“Consistente falta de orientação quanto à pessoa, lugar, tempo ou circunstâncias por mais de três a seis meses, necessitando de um ambiente protetor.”

Comportamento de saúde propicio a risco:

“Incapacidade de modificar estilo de vida/comportamento de forma compatível com mudanças no estado de saúde.”

Negligência Unilateral:

“Prejuízo na resposta sensorial e motora, nas representações mentais e na atenção espacial do corpo e do ambiente correspondente, caracterizado por desatenção a um dos lados do corpo e atenção excessiva ao lado oposto.”

Déficit no auto cuidado para banho/higiene:

“Capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de banho/higiene por si mesmo.”

Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se:

“Capacidade prejudicada de realizar ou completar atividades de vestir-se e arrumar-se por si mesmo.”

Processos do pensamento perturbados:

“Distúrbio nas operações e atividades cognitivas.”

Proteção ineficaz:

“Diminuição na capacidade de proteger-se de ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões.”

Manutenção ineficaz da saúde:

“Incapacidade de identificar, controlar e ou buscar ajuda para manter a saúde.”

Enfrentamento familiar comprometido:

Uma pessoa fundamental, usualmente apoiadora, oferece apoio, conforto, assistências insuficientes, ineficazes ou comprometidos, que podem ser necessários aos clientes para administrar ou controlar as tarefas relacionadas ao seu desafio de saúde.

5.2.3 Fase Terminal

Na fase terminal os Diagnósticos de Enfermagem não foram elaborados apenas pelos sinais e sintomas que o paciente apresenta, mas sim pelo grau de dependência de cuidados, pelo o longo período acamado.

1) *Controle ineficaz do regime terapêutico* relacionado à capacidade alterada do paciente manter-se em casa, e à falta de conhecimento dos cuidadores sobre o atendimento doméstico;

2) *Proteção ineficaz, Risco de lesão, Manutenção ineficaz da saúde, Comunicação verbal prejudicada, Mobilidade física prejudicada*, relacionado com o nível de consciência;

3) *Risco de síndrome do desuso*, relacionado à mobilidade física prejudicada;

4) *Risco de trauma* relacionado com as mioclonias e convulsões;

5) *Dor crônica e Conforto alterado*, relacionado com a postura decorticada ou descerebrada;

6) *Negligência unilateral*, relacionado ao estado de degeneração cerebral;

7) *Mobilidade no leito prejudicada, Risco para infecção, Risco de integridade da pele prejudicada*, relacionados ao coma e ao possível tempo deste paciente, permanecer acamado;

8) *Ansiedade relacionada à morte, Sentimento de impotência*, relacionado ao estado de saúde do paciente;

9) *Pesar e Processos familiares interrompidos*, relacionado aos familiares do paciente;

As definições dos Diagnósticos de Enfermagem segundo NANDA (2007-2008 p. 23 - 288) são:

Controle ineficaz do regime terapêutico

“Padrão de regulação e integração à vida de um programa de tratamento de doenças e suas seqüelas que é insatisfatório para atingir objetivos específicos de saúde.”

Proteção ineficaz

“Diminuição na capacidade de proteger-se de ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões.”

Risco de síndrome do desuso

“Risco de deterioração de sistemas do corpo como resultado de inatividade musculoesquelética prescrita ou inevitável.”

Integridade tissular prejudicada

“Dano a membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos.”

Dor crônica

“Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo da Dor).”

Mobilidade no leito prejudicada

“Limitação para movimentar-se de forma independente de uma posição para outra no leito.”

Risco de infecção

“Risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos.”

Risco de integridade da pele prejudicada

“Risco de a pele ser alterada de forma adversa.”

Ansiedade relacionada à morte

“Sensação desagradável e vaga de desconforto ou receio gerado por percepções de uma ameaça real ou imaginária à própria existência.”

Sentimento de impotência

“Percepção de que uma ação própria não afetará significativamente um resultado; falta de controle percebido sobre uma situação atual ou um acontecimento imediato.”

Pesar

Processo normal e complexo que inclui respostas e comportamentos físicos, espirituais, sociais e intelectuais, por meio dos quais indivíduos, famílias incorporam uma perda real, antecipada ou percebida as suas vidas diárias.

Processos familiares interrompidos

“Mudança nos relacionamentos e/ou no funcionamento da família.”

Alguns diagnósticos já foram relatados anteriormente, por este motivo não foram definidos novamente.

Todos os Diagnósticos de Enfermagem foram desenvolvidos observando o quadro clínico da DCJ, onde foram analisados as características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco, sendo que ao longo das fases no qual a DCJ se divide foram relacionados diagnósticos iguais em fases diferentes, devido as suas características definidoras. Onde já foi dito anteriormente que todas as fases apresentadas já foram descritas no quadro clínico da DCJ.

Os diagnósticos Pesar e Processos familiares interrompidos foram relacionados pensando não só no doente, mas também nos familiares que sofrem com o estado de um parente querido que esta perto da morte e não podem fazer nada.

6 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DO NIC, BASEADOS NOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Para Docteman e Bulechek (2003), o impulso para iniciar o trabalho sobre as intervenções deu-se, em parte, com as atividades da Nanda, visto que um profissional de enfermagem, ao formular um diagnóstico, tem o dever de fazer algo sobre ele. Afirmam ainda que, antes do desenvolvimento da NIC (Classificação das intervenções de enfermagem), a enfermagem não possuía nenhuma linguagem padronizada que comunicasse os tratamentos que os profissionais dessa área executavam.

Segundo Oliveira et al. (2007), o sistema NIC é uma linguagem padronizada de tratamentos que os profissionais da área de enfermagem utilizam, incluindo cuidados diretos e indiretos ao paciente.

De acordo com Docteman e Bulechek (2003), a NIC denomina e descreve as intervenções que os enfermeiros executam como “qualquer tratamento, baseado em julgamento clínico e conhecimento que a enfermeira executa para melhorar os resultados a serem alcançados pelo paciente/cliente”.

Cada intervenção é composta por um título, uma definição e um conjunto de atividades em forma de lista que o profissional pode escolher, identificando, assim, as intervenções que serão feitas (OLIVEIRA et al. 2007).

Segundo Cafer et al. (2005) oito razões para o desenvolvimento da NIC foram listadas pelo grupo responsável por sua criação: padronização da nomenclatura dos tratamentos de enfermagem; expansão do conhecimento de enfermagem sobre os vínculos entre diagnósticos, tratamentos e resultados; desenvolvimento da enfermagem e sistemas informatizados no cuidado à saúde; ensino da tomada de decisão para estudantes de enfermagem; determinação dos custos de serviços providos pelas enfermeiras; planejamento dos recursos necessários nos ambientes de prática de enfermagem; linguagem para comunicar a função específica da enfermagem; articulação com os sistemas de classificação de outros profissionais de saúde (CAFER, et al., 2005).

Atualmente, a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) representa uma das mais avançadas propostas em termos de pesquisas sobre

intervenções de enfermagem, apresentada numa estrutura validada e codificada, contendo 486 intervenções e mais de 12 mil atividades, articulada com a classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA e a classificação dos resultados de enfermagem (NOC) (BULECHEK, MCCLOSKEY, 2004).

Desta forma foi utilizado o NIC como referencia não só para padronizar as intervenções como para facilitar a leitura ficando de forma mais clara e concisa no que se refere aos diagnósticos de enfermagem empregados a DCJ. Podendo assim ser utilizado em uma necessidade à equipe de enfermagem.

Além do NIC (2004), foi utilizado para explicar as intervenções de enfermagem o Manual de Diagnósticos de Enfermagem de Carpenito (2003), e segundo eles as intervenções foram relatadas desta forma a seguir.

6.1 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA FADIGA E INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

Os resultados esperados são que o indivíduo deverá participar em atividades que estimulem e equilibrem os aspectos físicos, cognitivo, afetivo e social.

As intervenções são:

- ✓ Explicar as causas da fadiga do paciente, causadas devido sua doença;
- ✓ Permitir a expressão dos sentimentos relativos aos efeitos da fadiga sobre a vida da pessoa;
- ✓ Auxiliar o indivíduo a identificar quais tarefas podem ser delegadas, ajudando a identificar as prioridades e eliminar as não essenciais;
- ✓ Controle de energia, ensinando técnicas de controle de energia;
- ✓ Solicitar que alguém dirija em seu lugar, explicando o porquê desta atitude;
- ✓ Explicar os efeitos do conflito e do estresse sobre os níveis de energia;
- ✓ Terapia com exercício: realizando deambulação e mobilidade articular.

6.2 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA ANSIEDADE E MEDO, ANSIEDADE RELACIONADO À MORTE

Os resultados esperados são que o indivíduo deverá relatar um aumento no conforto psicológico e fisiológico.

As intervenções são:

- ✓ Investigar nível de ansiedade: leve, moderado, severo, pânico;
- ✓ Proporcionar tranquilidade e conforto, permanecendo com a pessoa sempre que possível;
- ✓ Falar devagar e calmamente, usar sentenças curtas e simples;
- ✓ Remover a estimulação excessiva (p.ex. levar a pessoa para um local silencioso); limitar o contato com os outros – clientes e familiares – que também estejam ansiosos ou com medo;
- ✓ Ensinar interruptores de ansiedade para serem usados quando as situações estressantes não puderem ser evitadas, p. ex.: baixar os ombros, olhar para cima, controlar a respiração;
- ✓ Realizar atividades que diminuam a ansiedade e o medo, como música, aromaterapia, exercícios do relaxamento, mentalização de imagens, massagem.

6.3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA RISCO DE SUICÍDIO

Os resultados esperados são para que o indivíduo não cometa suicídio.

As intervenções são:

- ✓ Determinar a presença e o grau suicida;
- ✓ Encaminhar o paciente a provedor de cuidados de saúde mental (p. ex., psiquiatra ou enfermeira de prática avançada em psiquiatria/saúde mental) para avaliação e tratamento de idéias e comportamentos suicidas, quando necessário;

- ✓ Tratar e administrar qualquer doença e sintomas psiquiátricos que possam estar colocando o paciente em risco de suicídio (no caso do paciente com DCJ tratar a depressão);
 - ✓ Monitorar os efeitos dos medicamentos e os resultados desejados;
 - ✓ Envolver o paciente no planejamento de seu tratamento, quando adequado;
 - ✓ Auxiliar paciente a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio (p.ex., religioso, família, provedores de cuidado);
 - ✓ Colocar o paciente em ambiente menos limitador que permita o nível necessário de observação;
 - ✓ Analisar estratégias para reduzir o isolamento e oportunidades para agir motivado por pensamentos danosos (p.ex., uso de pessoas sempre presentes);
 - ✓ Observar, registrar e relatar todas as mudanças de humor ou comportamentos capazes de significar aumento de risco suicida e documentar os resultados de verificações de vigilâncias regulares;
 - ✓ Envolver a família no planejamento da alta (p.ex., ensino sobre a doença e medicamentos, reconhecimento de risco de suicídio aumentado, plano do paciente para lidar com idéias de causar dano a si mesmo, recursos da comunidade).

6.4 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA DÉFICIT NO AUTO CUIDADO PARA ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES DO CORPO:

Os resultados esperados são que o indivíduo deverá comunicar que é incapaz de alimentar-se ou demonstrar maior capacidade de alimentar-se.

As intervenções são:

- ✓ Criar ambiente agradável durante as refeições;
- ✓ Providenciar alívio adequado da dor antes das refeições, quando adequado;
- ✓ Colocar o paciente em posição confortável para alimentar-se;
- ✓ Oferecer os alimentos à melhor temperatura possível;
- ✓ Observar a ingesta, quando adequado;

- ✓ Oferecer os recursos adequados para facilitar que o paciente se alimente sozinho;
- ✓ Controle de distúrbios alimentares, que possa atrapalhar em sua alimentação.

6.5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA INSÔNIA, PADRÃO DO SONO PREJUDICADO E PRIVAÇÃO DO SONO

Os resultados esperados são que o indivíduo deverá comunicar o equilíbrio ideal entre o repouso e a atividade.

As intervenções são:

- ✓ Redução da ansiedade, realizando música aromaterapia, exercícios do relaxamento, mentalização de imagens, massagem;
- ✓ Reduzir os ruídos, todos os que possível principalmente no período da noite;
- ✓ Limitar o tempo de sono no período diurno, se excessivo (isto é, mais do que uma hora);
- ✓ Explicar para a pessoa e família as causas dos transtornos do sono/repouso e as suas maneiras possíveis de evitá-los;
- ✓ Não realizar exercícios nas três horas anteriores à hora de dormir, para que o corpo esteja mais calmo e relaxado;
- ✓ Controle da dor, caso sinta dor usar medicações conforme prescrição medica.

6.6 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA CONFUSÃO AGUDA E CRÔNICA

Os resultados esperados são que o indivíduo deverá participar no nível máximo de independência no meio terapêutico.

As intervenções são:

- ✓ Promover a comunicação que contribua para o senso de integridade da pessoa;
- ✓ Examinar as atitudes sobre a confusão (na própria pessoa, nas pessoas que prestam cuidados, nas pessoas próximas);
- ✓ Proporcionar educação para a família, as pessoas próximas e as pessoas que prestam atendimento em relação à situação e aos métodos de enfrentamento.
- ✓ Manter padrão de cuidados respeitosos e empáticos.
- ✓ Proporcionar estímulos sensoriais suficientes e significativos:
 - mantendo a pessoa orientada quanto ao tempo e espaço;
 - encorajar a família a trazer objetos conhecidos de casa (p. ex. fotografias, cobertas);
 - usar os auxiliares de memória, se apropriados;
- ✓ Promover a saúde:
 - desencorajar o uso de roupa de dormir durante o dia;
 - encorajar o autocuidado e a boa apresentação;
 - promover a socialização durante as refeições;
- ✓ Não apoiar a confusão:
 - Não discutir com a pessoa;
 - Nunca concordar com declarações confusas;
- ✓ Promover a segurança do paciente.

6.7 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA RISCO DE QUEDAS, RISCO PARA LESÃO, RISCO DE TRAUMA

Os resultados esperados são que o indivíduo deverá relatar um número menor de lesões e menos medo de sofrer lesão.

As intervenções são:

- ✓ Identificar déficits cognitivos ou físicos do paciente que podem aumentar o potencial de quedas em determinado ambiente;
- ✓ Monitorar o jeito de andar, o nível de andar e de fadiga com a ambulação;
- ✓ Evitar aglomerados de objetos no chão;

- ✓ Providenciar iluminação adequada para aumentar a visibilidade;
- ✓ Providenciar mobiliário pesado que não balance ou incline se usado como apoio;
- ✓ Orientar e auxiliar a família a identificar os perigos em casa e a modificá-los;
- ✓ Usar cama no nível baixo, com grades laterais elevadas.

6.8 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PERCEPÇÃO SENSORIAL PERTUBADA PARA VISÃO, SÍNDROME DA INTERPRETAÇÃO AMBIENTAL, PROCESSO DO PENSAMENTO PERTUBADO

Os resultados esperados são que o indivíduo deverá demonstrar a diminuição dos sintomas de sobrecarga sensorial.

As intervenções são:

- ✓ Promover a movimentação no leito e fora dele;
- ✓ Permitir que a pessoa participe de uma tarefa, como lavar o próprio rosto;
- ✓ Melhorar a comunicação do déficit visual;
- ✓ Prevenção de quedas, com cama baixa e grades laterais elevadas;
- ✓ Usar métodos variados para estimular os sentidos, p. ex.: perfume, terapia com animais de estimação, andar até a janela;
- ✓ Suporte emocional;
- ✓ Orientação para a realidade, quanto às três esferas pessoal, local, temporal.

6.9 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

Os resultados esperados são que o indivíduo deverá demonstrar melhor capacidade de expressar-se.

As intervenções são:

- ✓ Ouvir ativamente;
- ✓ Proporcionar métodos alternativos de comunicação, usando blocos de papel, letras do alfabeto, sinais com as mãos, piscar de olhos, acenos com a cabeça;
- ✓ Reduzir o ruído ambiental;
- ✓ Encorajar a pessoa a fazer um esforço consciente de falar devagar e mais alto
p. ex.: tomar um fôlego profundo entre as sentenças;
- ✓ Não altere a sua fala, o seu tom ou o tipo de mensagem, pois a capacidade de compreensão da pessoa não está alterada; falar em nível adulto;
- ✓ Registrar o método de comunicação usado no plano de cuidados.

6.10 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA E PARA MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Os resultados esperados são que o indivíduo deverá relatar um aumento na força e na resistência dos membros.

As intervenções são:

- ✓ Ensinar o paciente a realizar exercícios de amplitude ativos nos membros não afetados, no mínimo 4 (quatro) vezes por dia;
- ✓ Promoção do exercício como alongamento, equilíbrio, controle muscular;
- ✓ Posicionar em alinhamento para prevenir complicações, evitando período prolongado sentado ou deitado na mesma posição;
- ✓ Ensinar as precauções de segurança ao indivíduo, ensinado o paciente a proteger as áreas de sensibilidade diminuída dos extremos de calor e de frio;
- ✓ Terapia do exercício para deambular;
- ✓ Fazer com que a pessoa realize exercícios de fortalecimento, exercícios de amplitude dos movimentos.

6.11 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA CONFLITO DE DECISÃO, DISTÚRBIOS DA IDENTIDADE PESSOAL

Os resultados esperados são que o indivíduo deverá fazer uma escolha informada.

As intervenções são:

- ✓ Estabelecer um relacionamento confiável e significativo que promova compreensão e interesse mútuo;
- ✓ Facilitar o processo lógico de tomada de decisão, auxiliando a pessoa a reconhecer qual o problema e identificar claramente que decisão deve ser tomada;
- ✓ Encorajar as pessoas próximas ao indivíduo a envolver-se no processo de tomada de decisão;
- ✓ Consultar líder espiritual caso o paciente tenha;
- ✓ Reforçar a pessoa referindo que a tomada de decisão pertence a ela, e que tem o direito de tomá-la e não permitir que outros minem a confiança da pessoa ao tomar a decisão.

6.12 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA MANUTENÇÃO INEFICAZ DA SAÚDE, COMPORTAMENTOS DE SAÚDE PROPÍCIOS À RISCO, CONTROLE INEFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO, INTERÇÃO SOCIAL PREJUDICADA

Os resultados esperados são que o indivíduo ou aquele que presta cuidado deverá verbalizar a intenção ou empregar comportamentos de manutenção da saúde.

As intervenções são:

- ✓ Obter confiança e a força do paciente devendo: se penetrar no sistema familiar, não dominar, evitar a impressão de estar pressionando, descobrir e confirmar os pontos fortes, demonstrar honestidade, consistência, estabilidade;

- ✓ Promover a confiança e a auto-eficácia positiva: explorando o controle bem-sucedido de problemas anteriores, contar histórias de sucessos de outros pacientes;
- ✓ Identificar os fatores que influenciam o aprendizado: como a percepção da seriedade, prognóstico, nível de ansiedade, situação financeira, experiências passadas, estado emocional;
- ✓ Promover uma atitude positiva e participativa da pessoa e da família: solicitando a expressão de sentimentos, preocupações, perguntas da pessoa e da família, encorajar a pessoa/família a buscar informações e tomar decisões informadas;
- ✓ Explicar e discutir: o processo da doença, regime de tratamento, justificativa do regime, expectativas paciente e família do regime, sinais ou sintomas de complicações;
- ✓ Explicar que as mudanças no estilo de vida e o aprendizado necessário levarão tempo para serem integrados;
- ✓ Ajudar a identificar como o estresse precipita os problemas;
- ✓ Auxiliar a identificar os cursos alternativos de ação.

6.13 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA RISCO PARA INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA, PROTEÇÃO INEFICAZ

Os resultados esperados são que o indivíduo deverá demonstrar a integridade da pele livre de úlceras de pressão.

As intervenções são:

- ✓ Manter a ingestão suficiente de líquidos para a hidratação adequada (aproximadamente 2.500 ml diários);
- ✓ Estabelecer um horário para o esvaziamento da bexiga (iniciado a cada duas horas). Se a pessoa estiver confusa, determinar qual o padrão de incontinência e intervir antes que ela ocorra;
- ✓ Encorajar os exercícios com amplitude de movimentos e a mobilidade com sustentação de peso, quando possível;

- ✓ Virar ou ensinar o paciente a virar-se ou trocar de posição a cada 30 minutos até 2 horas;
- ✓ Observar o eritema e a despigmentação e palpar quanto ao calor e à esponjosidade a cada troca;
- ✓ Ensinar a pessoa e a família sobre as técnicas específicas para a prevenção de úlcera de pressão a serem usadas em casa;
- ✓ Providenciar a mobilização progressiva: auxiliando a pessoa, lentamente, a ficar na posição sentada, permitir que a pessoa balance as pernas ao lado da cama por alguns minutos antes de levantar;
- ✓ Encorajar a deambulação em caminhadas curtas e freqüentes (ao menos 3 (três) vezes por dia) com auxílio, se instável;
- ✓ Aumentar a duração da caminhada, progressivamente, a cada dia.

6.14 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA NEGLIGÊNCIA UNILATERAL

Nestas intervenções os resultados esperados são que o indivíduo consiga demonstrar a capacidade de reconhecer o campo visual para compensar a perda da função/sensação nos membros afetados, além de identificar os riscos de perigos no ambiente e descrever o déficit e a justificativa para o tratamento.

As intervenções são:

- ✓ Inicialmente, adaptar o ambiente ao meio: posicionando o paciente, a campainha, a mesa de cabeceira, a televisão, o telefone e os objetos pessoais no lado não afetado;
- ✓ Mudar, gradualmente, o ambiente da pessoa à medida que ela aprende a compensar e reconhecer o campo esquecido; mover os moveis e os objetos pessoais para fora do campo de visão;
- ✓ Dar a pessoa indicações constantes sobre o ambiente;
- ✓ Para banhar-se, vestir-se e usar o vaso sanitário: deve-se instruir a pessoa a atender a extremidade afetada em primeiro lugar ao realizar atividades da vida diária;

- ✓ Encorajar a pessoa a integrar a extremidade afetada durante o banho encorajá-la a sentir a extremidade, esfregando-a e massageando-a.
- ✓ Para alimentar-se deve instruir o paciente a comer poucas porções, colocar o alimento sobre o lado não afetado;
- ✓ Retreinar a pessoa para reconhecer o ambiente inteiro;
- ✓ Avaliar se tanto a pessoa quanto a família compreendem a finalidade e a justificativa para todas as intervenções.

6.15 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA DÉFICIT NO AUTO CUIDADO PARA BANHO/HIGIENE

Os resultados esperados são que o indivíduo deverá desempenhar a atividade do banho no nível ideal esperado ou comunicar a satisfação com o desempenho apesar das limitações.

As intervenções são:

- ✓ Apoiar paciente com os cuidados de banho e higiene que o paciente necessite;
- ✓ Manter aquecido o banheiro; estabelecer com a pessoa a temperatura preferida para a água;
- ✓ Promoção do exercício com alongamentos;
- ✓ Proporcionar a privacidade durante a rotina do banho;
- ✓ Apoio a tomada de decisão, incentivando o paciente a escolher a melhor hora para tomar o banho;
- ✓ Colocar todo o equipamento para o banho ao seu alcance;
- ✓ Para pessoas com déficits cognitivos (caso da DCJ):
 - Proporcionar um horário adequado para rotina do banho como programa estruturado, auxiliando a diminuir a confusão;
 - Manter as instruções simples e evitar as distrações;
 - Se a pessoa é incapaz de lavar o corpo inteiro, fazer com que ela lave cada uma das partes até fazê-lo corretamente, dar reforço positivo para o sucesso.

6.16 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA AUTO CUIDADO PARA VESTIR-SE/ARRUMAR-SE

Os resultados esperados para esta intervenção é que o individuo deverá demonstrar aumento na capacidade para vestir-se ou comunicar a necessidade de ter alguém para auxiliá-lo a realizar a tarefa.

As intervenções são:

- ✓ Vestir paciente sempre que ele necessitar;
- ✓ Assistência no autocuidado para vestir-se e arrumar-se;
- ✓ Promover a independência no vestir por meio da prática contínua e sem auxílio;
- ✓ Escolher roupas folgadas, com mangas e pernas largas e com fechamento anterior;
- ✓ Colocar as roupas na ordem que deve ser vestidas;
- ✓ Encorajar a atenção para a tarefa, estar alerta quanto à fadiga, que pode aumentar a confusão;
- ✓ Investigar a compreensão e o conhecimento do indivíduo e da família sobre as instruções.

6.17 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA ENFRENTAMENTO FAMILIAR COMPROMETIDO, PROCESSOS FAMILIARES INTERROMPIDOS E PESAR

Os resultados esperados são que o indivíduo deverá expressar o pesar.

As intervenções são:

- ✓ Promover um relacionamento de confiança;
- ✓ Apoiar a pessoa e a família nas relações de pesar;
- ✓ Explicar as reações de pesar como choque e descrença, conscientização em desenvolvimento;
- ✓ Investigar as experiências anteriores com perdas;

- ✓ Reconhecer e reforçar os pontos fortes de cada membro da família;
- ✓ Promover o processo de pensar em cada resposta;
- ✓ Ensinar para a pessoa e a família os sinais de resolução;
- ✓ Identificar os serviços que podem ter utilidade.

6.18 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA RISCO DA SÍNDROME DE DESUSO

Os resultados esperados serão que o indivíduo não deverá apresentar complicações da imobilidade.

As intervenções são:

- ✓ Auxiliar a reposicionar-se, virando de um lado para o outro freqüentemente (de hora em hora, se possível);
- ✓ Terapia do exercício com deambulação e mobilidade articular;
- ✓ Auscultar os campos pulmonares a cada 8 (oito) horas;
- ✓ Prevenir úlceras de pressão, usando um calendário de reposicionamento que alivie as áreas vulneráveis com mais freqüência;
- ✓ Observar eritema, palidez e palpação de tecido morno e edemaciado a cada troca de posição;
- ✓ Não massagear as áreas eritematosas;
- ✓ Proporcionar oportunidades para que o indivíduo controle as decisões.

6.19 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA DOR CRÔNICA

Os resultados esperados são que o indivíduo deverá relatar a melhora da dor e o aumento nas atividades diárias.

As intervenções são:

- ✓ Reduzir a falta de conhecimento: explicando as causas da dor para a pessoa, se conhecidas, relatar por quanto tempo a dor irá durar, se conhecido;
- ✓ Investigar os efeitos da dor crônica sobre a vida do paciente: no desempenho (trabalho, responsabilidade de papel), interações sociais e finanças, atividades da vida diária;
- ✓ Explorar as expectativas quanto ao curso da dor, ao tratamento e aos efeitos colaterais, esclarecer se forem reais;
- ✓ Assistência à analgesia controlada pelo paciente (PCA);
- ✓ Discutir a eficácia da combinação de técnicas físicas e psicológicas com a farmacoterapia;
- ✓ Discutir o sofrimento causado pela experiência da dor: menor resistência falta de apetite, sono interrompido, prazer diminuído, ansiedade, medo, dificuldade de concentração e diminuição dos relacionamentos sociais e sexuais;
- ✓ Relaxamento muscular progressivo com musicoterapia;
- ✓ Monitorização de sinais vitais.

6.20 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA RISCO PARA INFECÇÃO

Os resultados esperados são que o indivíduo deverá descrever os fatores de risco associados com a infecção e as medidas de precauções necessárias.

As intervenções são:

- ✓ Reduzir a entrada de organismos nos indivíduos:
 - Lavagem meticulosa das mãos;
 - Técnica asséptica;
 - Medidas de isolamento;
 - Procedimentos diagnósticos ou terapêuticos desnecessários;
- ✓ Proteger o indivíduo imunodeficiente de infecções:
 - Instruir o indivíduo para solicitar que todos os visitantes e o pessoal lavem as mãos antes de aproximar-se dele;

- Ensinar ao indivíduo e aos membros da família sobre os sinais e os sintomas de infecção;
- ✓ Reduzir a suscetibilidade do indivíduo à infecção:
 - Encorajar e manter a ingesta calórica e protéica na dieta;
 - Monitorar o uso ou o uso excessivo de terapia antimicrobiana;
 - Minimizar o tempo de permanência no hospital;
- ✓ Observar as manifestações clínicas de infecção (p.ex.: febre, urina turva, secreção purulenta);
- ✓ Instruir a família quanto às causas, aos riscos e ao contágio da infecção;
- ✓ Monitorização de sinais vitais.
- ✓ Comunicar as doenças contagiosas ao departamento de saúde pública, como indicado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes dependem da equipe de enfermagem, como os enfermeiros dependem do processo de enfermagem, para que se tenha uma eficiência e eficácia no atendimento de cuidados de um indivíduo.

Apesar das pesquisas sobre a DCJ serem realizadas somente através de livros e artigos referentes ao tema, os resultados encontrados permitiram concluir que os pacientes portadores da Doença de Creutzfeldt-Jakob apresentam 41 (quarenta e um) diagnósticos de enfermagem diferentes sendo alguns específicos, demonstrando a necessidade de um plano de cuidados próprios para este tipo de paciente.

Dessa forma, cabe à enfermagem utilizar recursos que possam aprimorar a assistência prestada a esses pacientes. Mesmo a doença sendo rara no Brasil e no mundo cabe a enfermagem uma implementação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, de maneira precisa, constituindo assim uma alternativa a ser utilizada, possibilitando a melhoria da qualidade dos resultados esperados. Portanto, é oportuno lembrar a necessidade do preparo do enfermeiro, bem como dos familiares que participam do processo de assistência ao paciente com DCJ, sendo necessárias realizações de estudos, orientações e treinamentos neste âmbito do cuidado.

No entanto, apesar de rara a DCJ existe, e por este motivo, esperasse poder ter contribuído com os enfermeiros que venham a encontrar pacientes com essa doença, oferecer a possibilidade de aprimorar seu conhecimento na área, através da proposta de intervenções para os diagnósticos de enfermagem encontrados, auxiliando-as a qualificar a assistência prestada.

Pensa-se, ainda, ter contribuído para a reflexão sobre a complexa problemática da DCJ, como também ter servido de estímulo para a realização de outras pesquisas, que possam evidenciar diferentes resultados e, assim, possibilitar a elaboração de novas propostas de intervenções para estes pacientes tão necessitados de cuidados.

REFERÊNCIAS

BALLONE GJ - **Doença de Creutzfeldt-Jakob**, in. Psiqweb. Disponível em: <www.psiqweb.med.br>, revisto em 2007. Acesso em 25 maio 2010.

BULECHECK, G.M.; McCLOSKEY, J.C. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**, 3ª ed. Porto Alegre; Artmed, 2004.

CAFER, C.R; BARROS, A.L.B.L; LUCENA, A.F; MAHL, M.L.S; MICHEL J.L.M – **Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com lesão medular**. Acta Paulista de Enfermagem 2005; 18(4): 347-53.

CABOCLO, L.O.S.F; NANCY, H; LEPSKI, G.A; LIVRAMENTO, J.A; BUCHPIGUEL, C.A; PORTO, C.S; NITRINI, R - **latrogênica doença de Creutzfeldt-Jakob - SEGUINTE TERAPIA HORMÔNIO DO CRESCIMENTO HUMANO**. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X2002000300022> Acesso em: 01 maio 2010.

CARPENITO, LYNDA Jual – **Manual de diagnósticos de enfermagem – 9.ed.** – Porto Alegre. Artmed. 2003.

COSTA, C.M.C.; BRUCHER J.M.; LATERRE C.; SILVA, M.R. - **Esporádica doença de Creutzfeldt-Jakob - A análise clínico - neuropatológico de nove casos**. 2001 Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1998000300003>. Acesso em 01 maio 2010

DOCHTEMAN, J.M.C; BULECHECK, G.M – **Classificação e intervenções de enfermagem (NIC), avaliação e atualização**. Nursing, São Paulo, v.6, n. 67, p.34-40, 2003.

FILHO, S.A.M; MORAES, R.L.G.L; OLIVEIRA, J.S. – **Desafios enfrentados no atendimento de pacientes com suspeita de doenças priônicas: Relato de experiência** In: 61ª CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 2009, Ceará. **Anais eletrônicos...**Ceará CBEEn. Disponível em: <www.cbenfermagem.com.br> acesso em: 13 jun 2010.

HORTA, W.A. - **Processos de enfermagem**. 1ª ed. São Paulo. EPU 1979.

LAKATOS E.M; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo. Atlas, 2005.

MARIN, L.F; FELÍCIO, A.C; BICHUETTIL, D.B; SANTOS, W.A.C; RODRIGUES, L. R. B; BUAINAIN, R.P; FERRAZ, H. B. - **Os sinais clínicos da doença de Creutzfeldt-Jakob simulando demência com corpos de Lewy**. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-82X2008000500026> acesso em: 01ago 2010.

NANCY H; SUELY K.N.M; FERNANDO K.O.K; RICARDO N. - **Doença de Creutzfeldt-Jakob familiar associada com uma mutação de ponto no códon 210 do gene da proteína priônica**. 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2001000600017>. Acesso em 01 maio 2010

NANDA, NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION – **Diagnósticos de enfermagem da NANDA** – tradução Regina Machado Garcez-Porto Alegre. Artmed. 396 p. 2008.

NIC (Nursing Interventions Classification) - DOCHTEMAN, J.M.C; BULECHEK, G.M – **Classificação e intervenções de enfermagem (NIC), avaliação e atualização**. Nursing, São Paulo, v.6, n. 67, 2003.

NITRINI, Ricardo – **Nova variante da Doença de Creutzfeldt-Jakob: A Doença priônica humana relacionada à encefalopatia espongiforme bovina -"Doença da vaca louca"**. 2005. Disponível em: Revista da Associação Médica Brasileira http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01042302001000200006>. Acesso em 01 maio 2010

OLIVEIRA, M.L de; PAULA, T.R de; FREITAS, J.B de; **Evolução histórica da assistência de enfermagem**. Conscientiae Saúde, São Paulo, v.6, n.1, p.127-136, 2007.

PAUL, C.; REEVES, J.S – **Visão geral do processo de enfermagem**. In: **GEORGE, J.B(coord). Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4ª ed. Porto Alegre; Artmed, 2000. p.21-32.

PEREIRA, Edgard - **Seqüência de difusão pela RM para o diagnóstico de Doença de Creutzfeldt-Jakob**. 2002. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X2002000600003> Acessado em: 01 maio 2010.

ROBBIN & CONTRAN – **Patologia (Bases patológicas das doenças)** 7ª Ed. 2005, Elsevier Editora LTDA; p 1444- 1448.

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, – **Vigilância da doença de Creutzfeldt-Jakob e outras doenças priônicas.** 2008. Disponível em: <<http://www.cve.saude.sp.gov.br>> acesso em 20 abr 2010.

SILVA, A.M; PIRESLL, M.M; LEITELL, A.J.B; HONAVAR, M; MENDESL, A; CORREIAL, M; NORA, M; SILVA, M.R; COSTA, M; GUIMARÃES, A; MONTEIRO, L. - **Estudo retrospectivo da doença de Creutzfeldt-Jakob diagnosticada no norte de Portugal entre 1993-2002: características demográficas, clínicas e neuropatológicas.** 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X2003000600012> acesso em: 01 maio 2010.

YASUDA, NARUBO E MILBERTO SCAFF- **Encefalopatias Espongiformes Transmissíveis – Doença de Creutzfeldt-Jakob e Encefalopatias Espongiformes Bovinas.** 2005. Disponível em: Agência Nacional de Vigilância Sanitária - <www.anvisa.gov.br> acesso em 20 abr 2010.

YASUDA, N. **Doença de Creutzfeldt-Jakob: estudo clínico de sete casos.** Tese. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X2003000602317> acesso em: 05 maio 2010.