

ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM A PACIENTE PORTADORA DA SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA: UM RELATO DE CASO

NURSING ASSISTANCE TO PATIENTS WITH THE IMMUNODEFICIENCY SYNDROME ACQUIRED: A CASE REPORT

JOSIANE MARCIA DE CASTRO^{1*}, EMANUELLE CRISTINA PONTES DE SOUZA RIBEIRO², JANAÍNA FERREIRA SENRA DE SOUZA²

1. Enfermeira. Mestre em Gestão Integrada do Território/ UNIVALE. Docente da Disciplina Seminário Integrador de Saúde do Adulto. Faculdade Pitágoras Ipatinga; 2. Discente da Disciplina Seminário Integrador do curso de graduação em enfermagem Faculdade Pitágoras Ipatinga.

*Avenida Brasília, 641, Amaro Lanari, Cel. Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35171-346. josianem@pitagoras.com.br

Recebido em 02/06/2017. Aceito para publicação em 14/06/2017

RESUMO

A infecção causada pelo vírus HIV representa um grande problema de saúde pública mundial, doença grave, mas de fácil prevenção, não possui cura, mas sim controle de seus sintomas e feitos. O vírus é responsável pela inativação dos linfócitos CD4+ e CD8+ tornando o sistema imunológico humano deprimido e susceptível a invasão de doenças oportunistas como a toxoplasmose, tuberculose e outras. O objetivo deste trabalho é realizar um estudo clínico de uma paciente portadora de HIV e suas patologias associadas. No caso específico do paciente portador de HIV/ Aids, além de estar vivenciando as limitações impostas pela doença, ainda tem que enfrentar uma patologia estigmatizante, que produz preconceitos e discriminações. Portanto, cabe à equipe de saúde, em especial, ao enfermeiro, cuidar desses pacientes, valorizando o sigilo, a privacidade e, principalmente, a dignidade, até a finitude de sua vida.

PALAVRAS-CHAVE: HIV, AIDS, imunodeficiência, toxoplasmose, assistência enfermagem.

ABSTRACT

The infection caused by the HIV virus represents a major public health problem worldwide, a serious but easily preventable disease. It has no cure, but a control of its symptoms and its effects. The virus is responsible for the inactivation of CD4 + and CD8 + lymphocytes making the human immune system depressed and susceptible to invasion of opportunistic diseases such as toxoplasmosis, tuberculosis and others. The objective of this work is to conduct a clinical study of a patient with HIV and its associated pathologies. In the specific case of patients with HIV / AIDS, in addition to experiencing the limitations imposed by the disease, they still have to face a stigmatizing pathology, which produces prejudices and discriminations. Therefore, it is the responsibility of the health team, especially the nurse, to care for these patients, valuing confidentiality, privacy and, above all, dignity, until the finitude of their life.

KEYWORDS: HIV, AIDS, immunodeficiency,

toxoplasmosis, nursing assistance.

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) é uma severa imunossupressão associada com o surgimento de infecções oportunistas e alguns tipos de neoplasias, causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Considerado um problema de saúde pública, sua contaminação apresenta diferentes estratos sócio-demográficos. No Brasil cerca de 734 mil pessoas vivem com o HIV, correspondendo a uma prevalência de 0,4%¹.

Geralmente a infecção pelo HIV, sem tratamento, leva a uma imunossupressão progressiva, especialmente da imunidade celular, e a uma desregulação imunitária e estas acabam por resultar em infecções oportunistas e/ou manifestações que são condições definidoras da AIDS quando em presença da infecção pelo HIV².

A toxoplasmose do sistema nervoso central é a causa mais frequente de lesão cerebral focal em pacientes com AIDS¹. Por ser uma doença agressiva e frequentemente fulminante em indivíduos com a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Com o crescente número de descrições de lesões retinianas associadas com AIDS, a toxoplasmose vem se mostrando uma importante causa de retinite infecciosa².

Aproximadamente metade dos casos de pacientes com AIDS e toxoplasmose ocular apresenta concomitantemente manifestações de acometimento neurológico. Em contrapartida, os pacientes com doença neurológica pela toxoplasmose têm 10% a 20% de chance de apresentar o quadro ocular³.

O enfermeiro, como membro da equipe multidisciplinar, desempenha um papel fundamental na promoção de cuidados paliativos para o paciente portador do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da AIDS - o de minimizar o seu sofrimento e lhe

favorecer uma melhor qualidade de vida e aos seus familiares, respaldado na filosofia desses cuidados e em princípios éticos que norteiam a prática do profissional de enfermagem. O diagnóstico dessa doença causa um grande impacto na vida da pessoa que vive com HIV/AIDS e possibilita a atuação do profissional de enfermagem nas diferentes dimensões, com enfoque no cuidado como um pressuposto ético e de valorização da vida⁴. É oportuno destacar que o Código de Ética dos Profissionais de enfermagem ressalta que esse profissional deve exercer suas atividades com competência, objetivando promover saúde ao indivíduo em sua totalidade, tendo como eixo norteador os preceitos éticos e legais⁵. Para tanto, é imprescindível que, ao assistir o paciente com HIV/Aids, leve em consideração os princípios éticos contemplados no referido Código⁶.

Neste trabalho realizamos o acompanhamento clínico de uma paciente soropositiva portadora de vários agravos epidemiológicos e valência social. Objetivando observar e descrever a evolução do quadro, bem como os cuidados de enfermagem a sua recuperação

2. CASO CLÍNICO

L.S.B.S, 32 anos, feminino, brasileira, moradora da rua Santos, Bairro Mangueiras, município de Coronel Fabriciano, estado civil solteira, grau de instrução semi-analfabeta, cursou até o primário, 1º a 4º série, profissão dona de casa, condições socioeconômicas precárias pois só uma renda de um salário-mínimo para 3 pessoas, em um barraco, incluindo seu filho de 12 anos, condições de saneamento básicos normais. HIV positivo não aderindo ao tratamento oferecido gratuitamente pela atenção básica de saúde, Hipertensa, diabetes, pancreatite alcoólica, Insuficiência Renal Crônica, Agudizada dialítica, provável neurotoxoplasmose, evoluindo com sepse de foco pulmonar e posterior insuficiência respiratória aguda, em tratamento. Deu entrada no hospital público, em um município do interior de Minas Gerais, no dia 26/07/16, queixando epigastria há três dias, com suspeita de pancreatite etílica, após consumo excessivo de bebida alcoólica em uma festa na noite anterior a mesma insulino dependente, hipertensa, relata cefaleia e ingestão de bebida alcoólica em uma festa na noite anterior, HIV positivo não aderindo ao tratamento, foi medicada paliativamente, feitos exames laboratoriais e encaminhada para residência.

No dia 09/09/16, retornou ao hospital, com o aumento progressivo da dor abdominal, medicada e liberada para residência. Em 15/09/16 deu entrada no hospital mantendo epigastria, com relato de dor em m em membro inferior direito, realizado vários exames laboratoriais, exames de imagem, ultrassom abdominal, iniciado soroterapia e diagnosticado um quadro de pneumonia.

Dia 21/12/16 deu entrada na Unidade de terapia intensiva emagrecida, pesando cerca de 55 kg, 1,70 cm

de altura, higiene oral prejudicada onde evidenciou a perda de alguns dentes, edema em face, motivo de internação em UTI, apresentou rebaixamento do nível de consciência, insuficiência renal, sendo entubada solicitado vários exames laboratoriais, raio x, beta HCG, tomografia de tórax, diagnosticada pneumonia e pneumocitose (é a infecção oportunista causada por fungos *Pneumocystis*). Foi reunido a equipe multiprofissional para traçar o plano de tratamento, foi implantado uma dieta através de sonda naso entérica rica em proteínas, sem sucesso com presença de êxtase gástrica, iniciado dieta parenteral com suplemento vitamínico rico em proteínas. Fisioterapia motora, diariamente, pois a longa permanência desencadeou a queda plantar e atrofia dos membros inferiores e superiores. Cuidados de enfermagem incluía banho de leito, higiene do couro cabeludo, moral e hidratação da pele com Dersani, mudança de decúbito para prevenir úlceras sobre pressão onde já estavam em tratamento na região sacral grau 3 com necrose na região central e fibrina em bordas com o uso de cobertura papaína 10% e Dersani. Tratamento terapêutico foi elaborada a administração de meropenem, clindamicina, vancomicina polimixina B, bactrin como forma de profilática, mais o coquetel de AZT que é o abacavir, zidovudina que sua ação é impedir que o vírus se reproduza. Esteve em uso de fentanila e dormonid para sedação, Tridil e nifedipina para hipertensão, mais soroterapia. Com melhora gradativamente ao longo do tratamento, onde foi realizado uma traqueostomia a resposta do tratamento foi dando positivos até não serem mais precisos o uso de alguns medicamentos, colocando para oral os anti-hipertensivos. Foi desenvolvido uma cadeira de PVC para conforto da paciente.

L.S.B.S teve alta da UTI no dia 02/05/17 para intermediária onde permaneceu até o dia 23/05/17.

Foi implantado um plano de assistência domiciliar junto com a assistente social da instituição, junto com o responsável legal pela paciente que é seu pai, uma pessoa de difícil convívio, devido ao alcoolismo, que se comprometeu com os devidos cuidados necessários, montando os equipamentos de vácuo, aspiração em traqueostomia, Oxigenoterapia, fraldas, gazes e compressas para o curativo sacral que se encontra quase fechada. A visita a residência da paciente não foi sucedida devido as condições em que o pai se encontra. Conseguindo uma apenas pela equipe do PSF semanal para avaliar as condições da ferida e orientações com a alimentação, banho e medicação.

Nessa perspectiva, é importante ao enfermeiro desenvolver estratégias de atenção aos pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura, visando a controlar efetivamente a dor e outros sintomas advindos da doença, assim como o cuidado, o que compreende as dimensões psicológicas, sociais e espirituais desses pacientes e de suas famílias⁷. Trata-se, portanto, de uma forma de cuidar baseada em conhecimentos adquiridos por diferentes áreas especializadas e por meio de ações clínicas e terapêuticas nelas

fundamentadas.

3. DISCUSSÃO

No presente trabalho foi possível observar a rotina e efeitos da síndrome da imunodeficiência adquirida em mulher de 32 anos de idade, a mesma trata-se de uma moradora de rua, o que justifica o quadro clínico da paciente onde observou-se que a doença foi negligenciada por algum período. O perfil socioeconômico e baixa instrução é um dos elementos agravadores para portadores do HIV, uma vez que podem não ter a percepção exata da gravidade da doença e da necessidade de cuidados ininterruptos para uma promoção da qualidade de vida.

Sobre a ocorrência de HIV em mulheres, sabe-se que há maior vulnerabilidade feminina a nível morfo biológico, que se relaciona a maior área de exposição da mucosa vaginal aos fluidos seminais, podendo ocorrer microfissuras no tecido vaginal e retal no ato da penetração sexual e a maior quantidade de vírus nos fluidos sexuais masculinos⁴.

Segundo o ministério da saúde em publicação do Boletim Epidemiológico, a faixa etária mais acometida pelo HIV/AIDS está compreendida entre o intervalo entre 30 – 39 anos. Tal dado pode ser corroborado pelo caso clínico objeto deste estudo, o que demonstra que a faixa etária mais afetada está entre jovens adultos; indicando uma postura irresponsável, uma vez que, no geral, os mesmos tendo facilidade de acesso a informação^{5,6}.

Ainda sobre a paciente, a mesma fazia uso irregular do coquetel prescrito, o que agrava seu quadro clínico, uma vez que ela torna-se mais susceptível a contrair doenças oportunistas. Vale ressaltar que ela é etilista, o que gerou um quadro de pancreatite alcoólica que compromete todo o bom funcionamento do organismo. Além de diabética tipo I o que a torna insulín dependente e hipertensão que aumenta o risco de acidentes vasculares. Após a entrada na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), entre outras complicações, a paciente apresentou perda de visão, que provavelmente ocorreu por neurotoxoplasmose, já que esta é, entre as doenças oportunistas neurológicas, a mais comum entre portadores de HIV.

4. CONCLUSÃO

Concluiu-se que a AIDS é uma patologia a nível mundial que atinge todas as idades, etnias e classe social, sendo as mulheres e adultos jovens os mais atingidos. Sabemos que o vírus HIV por si só não leva a morte, ele deprime o nosso sistema imunológico deixando uma porta de entrada para afecções secundárias que acarretam em complicações agravando o estado geral do paciente. Entre estas afecções secundárias a paciente de estudo apresentou quadro de Pneumonia, Tuberculose e Insuficiência Renal Aguda (IRA), bem como uma provável neurotoxoplasmose.

Hoje, ainda não existe a cura para AIDS, porém

estudos comprovam que o uso contínuo e regular dos antirretrovirais aumentam a expectativa de vida e longevidade dos pacientes portadores do HIV. Esta prática não foi observada na paciente do objeto deste estudo, o que levou ao agravamento do seu quadro clínico e desenvolvimento das doenças anteriormente mencionadas.

De acordo com o exposto no estudo, os enfermeiros adotaram uma assistência holística e humanizada, contribuindo para recuperação da saúde da paciente, pautados em princípios científicos, éticos, o respeito à dignidade humana, ao sigilo e à privacidade, ao utilizarem os cuidados pacientes com HIV/Aids em estado terminal.

Espera-se que este estudo possa ensejar discussões e reflexões sobre essa temática, bem como subsidiar o desenvolvimento de novas pesquisas que contribuam para disseminar o conhecimento produzido acerca dos cuidados que norteiam a prática de profissionais da área de saúde, em particular, de enfermagem, ao assistirem pacientes com HIV/Aids,

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a instituição hospitalar São Camilo por abrir as portas e permitir o desenvolvimento deste trabalho e aos professores Júlia Carneiro, José Soares e Josiane Castro pelo embasamento teórico-prático para a realização deste projeto.

REFERÊNCIAS

- [01] Nussenblatt RB, Belfort Jr. R. Pathogenesis of Inflammatory conditions of the retina: Toxoplasmic Retinochoroiditis. 2th ed. In: Tabbara KF, Hyndiuk R. Infections of the eye. Little, Brown; 1996. p.61-5.
- [02] Silveira C, Belfort Jr. R, Burnier M, Nussenblatt RB. Acquired toxoplasmosis infection as the cause of toxoplasmic retinochoroiditis in families. Am J Ophthalmol. 1988;106(3):362.
- [03] Cochereau-Massin I, LeHoang P, Lautier-Frau M, Zerdoun E, Zazoun L, Robinet M, et al. Ocular toxoplasmosis in human immunodeficiency virus-infected patients. Am J Ophthalmol. 1992;144(2):130-5.
- [04] Veronesi R, Focaccia R. Tratado de infectologia. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.
- [05] Coffin J, Haase A, Levy JA, Montagnier L, Oroszlan S, Teich N. What to call the AIDS virus? Nature. Vol.10. 1986.
- [06] Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília. 2014.
- [07] De Vasconcelos MF, *et al.* Cuidados paliativos para o paciente com HIV/Aids: observâncias éticas adotadas por enfermeiros [Palliative care for HIV/Aids patients: ethical observance by nurses]. Revista Enfermagem UERJ, v. 24, n. 2, 2017.