

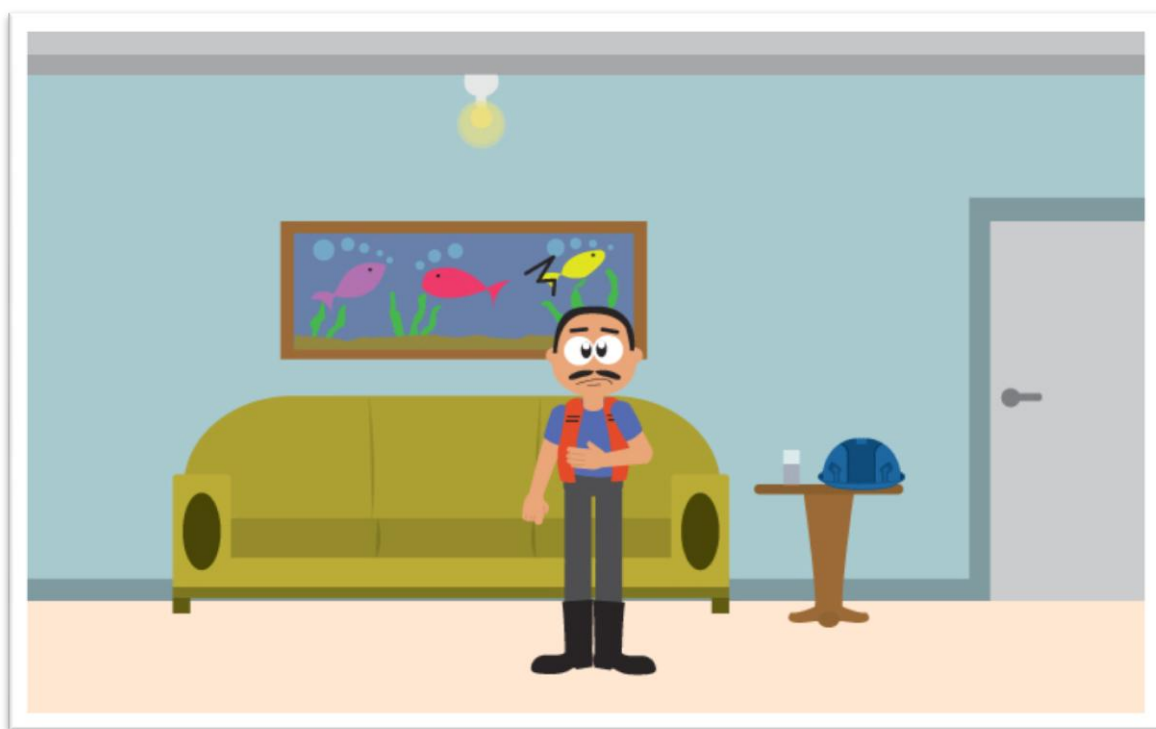
## APRESENTAÇÃO DA UNIDADE

### Objetivos educacionais da unidade

Aqui, abordaremos como conduzir o paciente portador de SIDA para que permaneça no domicílio clinicamente estável e confortável. Serão tratados os seguintes aspectos:

- conceito e epidemiologia da SIDA;
- diagnóstico e/ou avaliação da SIDA;
- manejo dos pacientes portadores de SIDA;
- orientações ao cuidador e plano de alta;
- reconhecimento de quando a equipe deve referenciar o caso para uma unidade de saúde.

### CASO CLÍNICO



Ivanildo, 45 anos, solteiro, trabalhador de construção civil, esteve internado por 14 dias, em hospital de referência para doenças infecciosas, no município de Águas Lindas. Ao dar entrada no serviço, teve diagnóstico de diarreia aguda, candidíase esofágica e pneumocistose. Durante o seguimento, o resultado do teste do HIV foi positivo. Ivanildo foi diagnosticado com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Após 14 dias de tratamento, apresentou condições de alta, mas, como seu caso de desnutrição ainda persistia, o médico que o acompanhava no hospital solicitou à EMAD que realizasse alta assistida para o Sr. Ivanildo. O paciente teve alta em uso de Terapia Antirretroviral (TARV) e com retorno agendado para o ambulatório do serviço de referência em doenças infecciosas.

A EMAD agendou uma visita em conjunto com a equipe de saúde da família para a elaboração do plano terapêutico do Sr. Ivanildo.

## O QUE É DOENÇA SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA)?

O HIV, ou vírus da imunodeficiência humana, é um retrovírus da subfamília Lentiviridae, que determina uma infecção com longo período de latência clínica, período assintomático, que pode durar, em média, 5 a 10 anos (BRASIL, 2006; GYRÃO, 2012).

A SIDA, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, é a manifestação final dessa infecção, quando há depleção dos linfócitos T CD4, com sintomas gerais relacionados à imunodeficiência e, mais tarde, com o surgimento de infecções oportunistas e ou neoplasias. O estágio da doença, conhecido como SIDA, caracteriza-se pela soropositividade associada a linfócitos T CD4 menor que 350 células/mm<sup>3</sup> e/ou pela presença de doenças definidoras de SIDA (BRASIL, 2006; GYRÃO, 2012).

A transmissão do HIV se dá por via sexual (principal), trocas sanguíneas ou por transmissão vertical.



### Saiba mais

Para saber mais sobre a SIDA, clique [aqui](#) (BRASIL, [199-?]).

A infecção pelo HIV pode ser dividida em quatro fases clínicas, conforme se apresenta a seguir:

### Fases clínicas da infecção pelo HIV



Fonte: (BRASIL, 2006, adaptado).

Uma vez instalada a SIDA, a pessoa portadora do HIV apresenta sinais e sintomas de processos oportunistas, representados principalmente por:

## Infecções oportunistas

São infecções causadas por microrganismos não considerados usualmente patogênicos, ou seja, não são capazes de desencadear doenças em pessoas com sistema imune normal. Microrganismos normalmente patogênicos também podem ser causadores de infecções oportunistas. No entanto, nesses casos, a infecção assume um caráter de maior agressividade e gravidade. As infecções oportunistas associadas à SIDA podem ser causadas por vírus, bactérias, fungos e protozoários, conforme apresentado a seguir.

### Principais microrganismos causadores de infecções oportunistas

<b>Vírus</b>	• Citomegalovirose, Herpes simplex, Herpes zoster, Leucoencefalopatia multifocal progressiva.
<b>Bactérias</b>	• Micobacterioses (tuberculos e complexo <i>Mycobacterium avium-intracellulare</i> ), pneumoniae ( <i>S. pneumoniae</i> ), salmonelose.
<b>Fungos</b>	• Pneumocistose, Candidíase, Criptococose, Histoplasmose.
<b>Protozoários</b>	• Toxoplasmose, Criptosporidiose, Isosporíase.

Fonte: (GYRÃO, 2012, adaptado).

## Tumores (Sarcoma de Kaposi, Linfoma não Hodgkin)

Sarcoma de Kaposi, Linfoma não Hodgkin, neoplasia intraepitelial anal e cervical são os tumores mais comuns em pacientes com SIDA. No Brasil, o câncer de colo de útero compõe o elenco de doenças que pontua a definição de caso de SIDA em mulher (BRASIL, 2006).

## Alterações neurológicas induzidas pelo HIV

As manifestações neurológicas mais frequentes da SIDA são:

- atrofia cerebral e demência progressiva;
- neuropatias periféricas;
- mielopatia vascular (todas relacionadas com a ação do HIV e do próprio sistema imune, no tecido nervoso central e periférico).

## Epidemiologia

De 1980 a junho de 2011, no Brasil, foram notificados 608.230 casos de SIDA. Em 2010, foram notificados 34.218 novos casos, com taxa de incidência nacional de 17,9/100.000 habitantes e razão de sexo de 1,7 novos casos em homens para cada caso em mulheres. Ao longo dos últimos 12 anos, observa-se uma estabilização da taxa de incidência no Brasil, mas, segundo as regiões, a taxa diminuiu na Região Sudeste e aumentou nas demais regiões (BRASIL, 2011, p.9).



### Saiba mais

Você conhece a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE)? Clique [aqui](#) e acesse a área “Situação de Saúde” para conhecer dados sobre a morbimortalidade da AIDS na população nacional geral (BRASIL, 2012).

## COMO AVALIAR E DIAGNOSTICAR?

No Brasil, a definição do caso de SIDA se dá pela presença de teste anti-HIV positivo associado a uma das duas seguintes condições: presença de patologia oportunista definidora de SIDA e/ou T-CD4 menos que 350 células/mm<sup>3</sup> (BRASIL, 2006).

As doenças definidoras são as seguintes:

- Candidíase esofágica de traqueia ou pulmões;
- Pneumonia por *Pneumocystis jiroveci* (antigo *P. carinii*);
- Carcinoma invasivo de colo uterino;
- Retinite por citomegalovírus (CMV);
- Herpes simples com úlcera mucocutânea com mais de um mês de duração ou causando bronquiolite, pneumonite ou esofagite;
- CMV comprometendo outros órgãos que não fígado, baço e linfonodos;
- Neurotoxoplasmose;
- Criptococose extrapulmonar;
- Linfoma não-hodgking e outros linfomas;
- Sepses recorrentes por salmonela;
- Micobacteriose disseminada;
- Histoplasmose disseminada;
- Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
- Linfoma primário de sistema nervoso central (SNC);
- Reativação da Doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite);
- Isosporidiose.

### Principais exames laboratoriais

Aos pacientes soropositivos, acompanhados pela equipe de saúde, deverão ser solicitados, na primeira consulta, os exames listados no quadro a seguir:

## Exames complementares para o acompanhamento de pessoas HIV positivas

Exame	Quando devo solicitar novamente?
Hemograma	Pelo menos um a cada 6 meses.
Avaliação hepática e renal	Anualmente.
Dosagem de lipídeos	Pelo menos um a cada 6 meses.
Glicemia de jejum	Entre 3 a 4 meses. * Se houver uso de TARV.
Exame qualitativo de urina	A critério do médico assistente.
Parasitológico de fezes	A critério do médico assistente.
VDRL ( <i>Venereal Disease Research Laboratory</i> )	Anualmente. * Em pessoas sexualmente ativas.
Teste tuberculínico (PPD)	Anualmente. * Se o exame inicial for não reator.
HBsAg e anti-HBc (Hepatite B)	* Se negativos, indicar vacinação.
Anti-HCV (Hepatite C)	Anualmente. * Se história de uso de drogas injetáveis.
IgG para toxoplasmose	Anualmente. * Caso o resultado seja negativo.
Radiografia de Tórax	* Se houver cicatriz de Tuberculose sem tratamento prévio, indicar profilaxia com isoniazida.
T-CD4	Primeira consulta e a cada 3-6 meses.
Carga viral	Primeira consulta e a cada 3 meses se linfócitos T CD4 estiverem próximos de 500 células.

Fonte: (GYRÃO, 2012).

Outros exames que podem ser solicitados para o acompanhamento de pessoas HIV positivas:

<b>Citopatológico do colo uterino</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitar dois exames com intervalo de seis meses.</li> <li>Se os dois forem normais, repetir anualmente.</li> </ul>
<b>Citopatológico anal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Considerar em casos de prática receptiva anal.</li> </ul>
<b>Anti-HVA (Hepatite A)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para os portadores de hepatite B ou C, homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas.</li> </ul>
<b>Sorologia para Doença de Chagas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deverá ser solicitada quando o paciente residir em áreas endêmica.</li> </ul>
<b>Sorologia para HTLV I e II</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Será solicitada quando houver alterações neurológicas suspeitas.</li> </ul>

Fonte: (GYRÃO, 2012, adaptado).



## Atenção

Apenas alguns serviços de Atenção Primária à Saúde têm autorização para solicitar carga viral e contagem de linfócitos T-CD4. O paciente deverá ser obrigatoriamente encaminhado para a realização desses exames.



## Para profissionais enfermeiros

### Principais diagnósticos de enfermagem

Pacientes com SIDA estão sujeitos a inúmeras complicações patológicas, justamente pela baixa capacidade de proteção imunológica. Uma situação em comum a todos os pacientes é o enfrentamento ao tratamento terapêutico. A equipe deve estar atenta ao seguinte diagnóstico (NANDA INTERNATIONAL, 2013; DOENGES, MOORHOUSE, MURR, 2009; CARPENITO-MOYET, 2005; JOHNSON, MAAS, MOORHEAD, 2004):

- **Controle ineficaz do regime terapêutico**

É o padrão em que o indivíduo apresenta, ou corre o risco de apresentar, dificuldade na integração à vida diária de um programa de tratamento da doença e suas sequelas, que atenda às metas de saúde específicas.

#### Características definidoras:

- Dificuldade verbalizada em seguir um tratamento prescrito;
- Incapacidade de incluir regimes especiais, necessários, na rotina de vida diária.

## COMO MANEJAR NA ATENÇÃO DOMICILIAR?

Os pacientes sintomáticos com uma das condições definidoras de SIDA deverão iniciar a TARV (Terapia Antirretroviral), independente da contagem de TCD4. Importante lembrar que o médico e a equipe deverão discutir com o paciente os objetivos do tratamento, a necessidade e o significado dos exames específicos e acompanhamento, os potenciais efeitos colaterais assim como a necessidade de manter uma alimentação saudável, a TARV mesmo em uso de drogas recreacionais e álcool, exercícios regulares e a periodicidade das consultas.

A TARV só deve ser iniciada quando o paciente compreender a importância de adesão ótima junto com o médico e a equipe que o assiste.

### Recomendações para início de terapia antirretroviral em Pessoas Vivendo com HIV/SIDA (PVHA)

Status clínico e imunológico	Recomendação
<b>Sintomáticos</b>	
Independente da contagem de LT-CD4+	Iniciar TARV
<b>Assintomáticos</b>	
Contagem de LT-CD4+ $\leq$ 500 células/mm <sup>3</sup>	Iniciar TARV
Contagem de LT-CD4+ $>$ 500 células/mm <sup>3</sup>	Iniciar TARV
<ul style="list-style-type: none"> <li>• coinfeção pela hepatite B e com indicação de tratamento de hepatite.</li> <li>• pacientes com risco elevado ou doença cardiovascular.</li> <li>• neoplasias que necessitam de tratamento imunossupressor.</li> </ul>	Considerar início de TARV
Sem contagem de LT-CD4+ disponível	Não iniciar TARV
<b>Gestantes</b>	
Independente da contagem de LT-CD4+	Iniciar TARV
<b>PVHA em parceria sorodiscordante</b>	
Independente da contagem de LT-CD4+	Oferecer TARV para redução da transmissibilidade do HIV

\*PVHA: Pessoas Vivendo com HIV/SIDA.

Fonte: (IATT, [2012?]).



#### Saiba mais

Leia sobre as Recomendações de Terapia Antirretroviral para Adultos com HIV/SIDA no Brasil. Clique [aqui](#) ([IATT, [2012?]).



### Para profissionais enfermeiros

#### Principais intervenções de enfermagem

O controle ineficaz do regime terapêutico é um diagnóstico muito útil para o enfermeiro, que pode atuar diretamente com o indivíduo ou a família, para intervir no enfrentamento do tratamento, com mudanças no comportamento, rotina ou estilos de vida. As seguintes intervenções são possíveis (NANDA INTERNATIONAL, 2013; DOENGES, MOORHOUSE, MURR, 2009; CARPENITO-MOYET, 2005; JOHNSON, MAAS, MOORHEAD, 2004):

- Identificar os fatores causadores que impedem o controle efetivo do tratamento:
  - Falta de confiança; conhecimento insuficiente da doença; recursos insuficientes;
- Promover a confiança entre o cuidador e o paciente:
  - Compreender a rotina diária; introduzir novos assuntos gradativamente;
- Reduzir ou eliminar barreiras de aprendizado:
  - Proporcionar explicações simples acerca dos procedimentos na medida que vão acontecendo;
  - Promover instruções individuais;
  - Adaptar instruções ao estado físico e psicológico da pessoa;
  - Explicar e discutir sobre o processo da doença, tratamento, expectativas, efeitos colaterais, sinais e sintomas, recursos disponíveis.
- Reduzir ansiedade:
  - Encorajar a verbalização dos motivos que levam à ansiedade;
  - Ouvir atentamente.

### ORIENTAÇÕES AO CUIDADOR

O cuidador deve ser orientado a:

- ajudar na sensibilização da família no sentido de aceitar e apoiar a pessoa com Aids bem como desmistificar os riscos da Aids;
- procurar ajuda da equipe de saúde sempre que julgar necessário e, de acordo com suas necessidades;
- procurar se informar para contribuir com a melhoria da qualidade de vida de quem ele cuida;
- ter responsabilidade e sempre saber se colocar no lugar do outro. Isso é essencial para o cuidado humanizado;
- manter suas vacinas em dia;

- para ampliar sua rede de apoio, identificar, em seu bairro, a existência de Centros Comunitários, Associação Amigos de Bairro, Associações Religiosas, Organização Não Governamental, Clubes Recreativos, Associação de Voluntários e procurar conhecer os objetivos e disponibilidades desses serviços.

## QUANDO REFERENCIAR?

O acompanhamento deve ser em conjunto entre a equipe de saúde da família e a EMAD, quando indicado. Intercorrências que exigem intervenção rápida devem ser avaliadas quanto à possibilidade de serem tratadas no domicílio.

Esofagite por cândida, infecções oportunistas com estado geral preservado e feridas são algumas das situações clínicas, que podem ser acompanhadas no domicílio, lembrando-se de sempre avaliar a presença do cuidador, a autonomia da pessoa assistida e as condições socioeconômicas.

O diálogo entre a equipe da USF e a EMAD, quando indicada, deve sempre existir para que o seguimento clínico e acompanhamento sócio-familiar sejam compartilhados. No caso de se fazer necessário o acompanhamento em serviço hospitalar de maior complexidade, o encaminhamento não deve ser postergado.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 196 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad18.pdf>>. Acesso em: 7 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Guia para o cuidador domiciliar de pessoas que vivem com HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 100 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Manuais, n. 79). Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/man-cuidador\\_2010\\_-01-web.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/man-cuidador_2010_-01-web.pdf)>. Acesso em: 7 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. AIDS e DST. **Boletim epidemiológico**, Brasília, ano 8, n. 1, 28 nov. 2011. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim\\_aids\\_2011\\_fi nal\\_m\\_pdf\\_26659.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_fi nal_m_pdf_26659.pdf)>. Acesso em: 7 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE)**. 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/index.php>>. Acesso em: 26 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **DST-AIDS, Hepatites Virais**. [199-?]. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>.

Acesso em: 26 maio 2014.

CARPENITO-MOYET, Lynda Juall. **Diagnósticos de Enfermagem**: aplicação à prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2005.

DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances; MURR, Alice C. **Diagnósticos de Enfermagem**: intervenções, prioridades, fundamentos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

GYRÃO, N. Abordagem do HIV na Atenção Primária pelo Médico de Família. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Orgs.). **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 2, cap. 25, p. 2088-2098.

IATT. THE INTERAGENCY TASK TEAM. **Recomendação de terapia antirretroviral para adultos convivendo com HIV AIDS no Brasil - 2012**. [2012?]. Disponível em: <<http://www.emtct-iatt.org/wp-content/uploads/2013/05/Brazil-HIV-AIDS-guidelines-for-adults-living-with-HIV-Portuguese-version-2012.pdf>>. Acesso em: 7 maio 2014.

JOHNSON, Marion; MAAS, Meridean; MOORHEAD, Sue (Org.). **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 639p.

NANDA International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação, 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.