

CUIDADOS DE ENFERMAGEM A UMA PACIENTE IMUNODEPRIMIDA

TAMIRES PICCININI¹, ANA PAULA FERREIRA COSTA², PRISCILA DE MORAIS DA SILVEIRA², ODIR VICTORIA PERES JUNIOR², LUCIANO POSTILIONI AIRES², GIANI CUNHA³.

¹Universidade Federal de Pelotas- tamy_piccinini@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas- anapaulaferreiracosta@hotmail.com/
prikasilveira@yahoo.com.br/ odirperes.enfermagem@yahoo.com.br/
Luciano_bls@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas- giani_cd@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

Neste trabalho, estaremos apresentando o estudo de caso realizado na unidade Bom Conselho, na instituição Santa casa de Misericórdia de Pelotas.

O presente estudo aborda a primeira experiência das acadêmicas no ambiente hospitalar e no cuidado integral a uma paciente com HIV, praticando a *Sistematização da Assistência de Enfermagem* (SAE).

Segundo Brunner (2011), a fisiopatologia do HIV é uma doença infecciosa. Os vírus do HIV são parasitos intracelulares e pertencem a um grupo de vírus conhecidos como retrovírus. São estes que transportam o material genético na forma de ácido ribonucleico (RNA) em lugar do ácido desoxirribonucleico (DNA).

Os vírus apresentam células alvo específicas, no caso do HIV as células alvo são com os receptores CD4, expressos na superfície dos linfócitos T, células dendríticas em micróglia cerebral e monócitos. As células T do sangue periférico consistem em células CD4+, correspondendo a 66% total de células T do sangue, e 33% em células CD8+.

As glicoproteínas do HIV devem se ligar a ambos os locais de ligação, CD4+ e CCR5, para melhor fixação na membrana celular CD4+, finalizando o processo de infiltração do HIV com a célula T, onde fixado a está célula hospedeira, desta maneira o vírus possui a capacidade de replicação.

Alguns estudos epidemiológicos identificam cinco principais grupos de adultos com risco de desenvolver a AIDS: Homens homossexuais ou

bissexuais; Usuários de drogas intravenosas; Hemofílicos; Receptores de sangue e componentes; Contactantes heterossexuais.

No presente estudo de caso a paciente contraiu o vírus do HIV de maneira sexual. Segundo Robbins (2012), a transmissão sexual é o modo predominante de infecção no mundo, responsável por 75% de todos os casos de transmissão do vírus. Através do sêmen o vírus é carregado e entra em contato com os receptores através de abrasões da mucosa vaginal, anal e oral.

O motivo para este estudo ter sido realizado, foi a proposta da avaliação do quarto semestre do curso de enfermagem e principalmente o ampliação do conhecimento acadêmico.

Outro fator que nos inclinou a trabalhar com estes usuários, foi o alto nível de carência, atenção e necessidades sociais que estes apresentam.

2. METODOLOGIA

O estudo de caso foi proposto pela Unidade do Cuidado IV componente curricular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

A unidade Bom Conselho da Santa Casa de Misericórdia abriga pacientes oncológicos, na qual chamou-nos muita atenção o fato da paciente em questão além de ter um tumor cerebral é HIV positivo, sendo que a paciente escolhida para tal estudo apresentava um alto nível de carência econômica, social e afetiva.

O estudo se deu em um período de oito semanas aproximadamente, na qual a coleta de dados se deu através de entrevistas, anamneses, questionamentos estes que foram feitos aos usuários do sistema SUS, bem como aos seus acompanhantes.

Outra ferramenta utilizada foi o exame físico elaborado previamente de acordo com as necessidades e patologias do usuário acompanhado pelo estudo.

Abordaremos um breve histórico de enfermagem do usuário, com a construção do ecomapa e do genograma do mesmo, bem como presença de doenças pregressas e histórico familiar.

Estaremos explorando ainda, dados coletados através de exame físico no modelo céfalo-caudal, levando em consideração as necessidades psicobiológicas, psicossociais, e psicoespirituais.

O trabalho teve como objetivo trabalhar com usuários do SUS, com alto nível de carência, relacionando com cuidados feitos pela equipe de enfermagem.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente C. G. W. 34 anos, feminino, solteira, uma filha, desempregada desde maio de 2013. A Cliente recebeu o diagnóstico médico de *HIV* em 2003 e desde então refere não fazer uso de *Tratamento Antirretroviral (TARV)*. Em agosto de 2012 e maio de 2013 apresentou episódios de convulsões. Iniciou tratamento para toxoplasmose em junho deste ano. Suspeita de toxoplasmose ou linfoma do *Sistema Nervoso Central (SNC)*. Paciente nega tabagismo, etilismo e uso de drogas.

Cliente refere ter apresentado as seguintes doenças na infância, catapora e sarampo.

Refere somente uma internação hospitalar em 2002, para receber sua filha, hoje com 11 anos de idade.

Internada no Hospital Santa Casa de Misericórdia desde o dia 13.07.2013, proveniente de sua casa. Internou com o auxílio de um amigo (médico) da família. O objetivo da internação seria da paciente realizar um exame que exige maior complexidade do sistema.

O exame a ser realizado seria uma biópsia via nasal para reconhecer o linfoma cerebral e então optar pelo tratamento correto. O exame seria realizado em um hospital de *Porto Alegre RS (POA)*. Por complicações burocráticas, a paciente segue internada na *Unidade Bom Conselho, Hospital Santa Casa de Misericórdia*.

Paciente refere que três tios foram a óbito por causa de *Câncer (CA)*. CA de intestino, CA de pulmão e CA de garganta, todos irmãos por parte de mãe.

Existe também um caso de *Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)*, mãe da cliente.

Necessidades Psicobiológicas:

Ventilando a ar ambiente, ingere 1L de água por dia, dieta livre, pois não tem restrições alimentares, diurese presente e espontânea, dificuldade de evacuação, dificuldade para dormir à noite (devido a movimentação do fluxo hospitalar).

Não realiza exercícios e atividade física, sexualidade preservada, casa alugada, mora com filha e mãe, com déficit de locomoção devido a lapsos de memória.

Integridade cutâneo-mucosa preservada, integridade física preservada. Regulação térmica apresentando temperatura corporal 36,5°C. Crescimento celular considerado anormal foi evidenciando formação de linfoma cerebral.

Percepção da acuidade olfativa e auditiva preservadas, acuidade visual preservada, percepção tátil dos membros superiores e inferiores presentes, gustativa e dolorosa presentes. Segue as orientações alimentares e medicamentosas.

Necessidade Psicossociais:

Ansiosa e segue as orientações das medicações prescritas. Comunicativa, porém não aceita sua patologia, pratica de forma integral o auto cuidado. Espontânea, bem humorada. Desorientada quanto ao tempo e espaço. Não aceita muito bem suas condições de saúde. Aparenta ser uma pessoa desmotivada (quando lembrada de sua patologia (AIDS)). Preserva a autoimagem, consegue manter os hábitos diários.

Necessidade Psicoespirituais:

Católica não praticante.

No Exame Físico

Cliente lúcida, desorientada e comunicativa. Ao exame físico apresenta: Sinais vitais estáveis: temperatura 36°C, pressão arterial 120x70mmhg, frequência cardíaca 78 fc, frequência respiratória 16 mpm e dor grau 0.

Normocefálica, sem lesões, couro cabeludo íntegro, distribuição de cabelo simétrica/homogênea, higienizado e sem presença de parasitas e sem

oleosidade. Pavilhão auricular íntegro, orelhas simétricas, com cerúmen, acuidade auditiva normal.

Fossas nasais desobstruídas, sem desvio séptico, sem secreções. Mucosas nasais sem lesões, róseas. Seios paranasais sem sensibilidade sinusal.

Ao exame físico ocular apresenta, aspecto brilhante, simétrico, acuidade visual preservada, sobrancelhas com distribuição normal de pelos. Pálpebras com oclusão e com cílios. Conjuntiva palpebral rósea, esclerótica branca e pupilas fotorreagentes.

Cavidade oral com boa dentição, sem uso de prótese, algumas restaurações. Gengivas rosadas, lábios hidratados, língua com movimentos normais, língua com movimentos normais, palato normal, amídalas normais, voz eufônica. Linfonodos carotídeos impalpáveis e indolores, istmo tireoideano impalpável, ausência de nódulos e de dor.

Apresenta tórax simétrico com boa expansão respiratória, coluna ereta simétrica, mamas simétricas sem nódulos. Ao exame físico pulmonar apresenta a palpação frênito tóraco vocal normal. Percussão claro timpânico, ausculta de murmúrios vesiculares presentes. Ausculta cardíaca com bulhas em dois tempos, normofonéticas e rítmicas.

Ao exame físico do abdome apresenta inspeção normal, ausculta com presença de ruídos hidroaéreos. Percussão com sons timpânicos e maciços presentes e palpação sem dor.

Ao examinar as genitais, apresenta toque vaginal normal sem presença de ectoparasitas, edema, secreção, nódulos e odor fétil.

Membros superiores com boa perfusão periférica, ausência de edema, lesões ou fraturas, articulação com movimentos normais. Membros inferiores turgor sem alterações, boa perfusão periférica, ausência de lesões ou fraturas, articulações com movimentos normais, sensibilidade da planta dos pés comprometida, pulso pedioso/tibial detectável. Paciente sem acesso venoso.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:

Memória prejudicada (NANDA NOC NIC, 2009): Definição: incapacidade de lembrar-se ou recordar-se de partes de informações ou habilidades comportamentais.

Memória prejudicada relacionada a distúrbios neurológicos evidenciados por experiências de esquecimentos.

Resultado:

Irá processar e responder a estímulos internos e externos.

Intervenção: monitoração neurológica; promoção da perfusão cerebral.

Ansiedade (NANDA NOC NIC, 2009): Definição: um vago e incomodo sentimento de desconforto ou tremor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não especifica ou desconhecida ou desconhecida para o individuo, sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo). É sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao individuo tomar medidas para lidar com a ameaça.

Ansiedade relacionada à mudança no ambiente (internação), manifestado por preocupações expressas em virtude de mudança de condições de vida (manifesta sentir falta de casa) e perturbações do sono.

Resultados:

Paciente manifestará autocontrole da ansiedade, por meio da realização de ações pessoais para eliminar ou reduzir sensações de apreensão, tensão e desconforto decorrentes de fonte não-identificável, contribuindo com o controle de estressores que consomem os recursos individuais.

Intervenção:

Avaliar nível de ansiedade; estimular a realização de atividades que provam estratégias de enfrentamento, tais como a leitura; realizar orientação antecipada de procedimentos a serem realizados durante a sua permanência no hospital; promover suporte emocional, incluindo a família no cuidado.

Estilo de vida sedentário (NANDA NOC NIC, 2009): Definição: refere-se a um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física.

Estilo de vida sedentário relacionado a conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física trás a saúde e falta de interesse e motivação evidenciado por demonstrar falta de condicionamento mental.

Resultado:

Terá capacidade de sustentar as atividades.

Intervenção: promoção do exercício.

Padrão de sono prejudicado (NANDA NOC NIC, 2009): Definição: distúrbio, com tempo limitado, na quantidade ou qualidade do sono (suspensão natural, periódica da consciência).

Padrão de sono prejudicado relacionado à falta de privacidade/controlado do sono, iluminação e interrupções evidenciado por insatisfação com o sono e relatos de dificuldade para dormir.

Resultados:

Manifestará suspensão natural e periódica da consciência durante a qual o corpo se restabelece.

Intervenção: controle do ambiente: conforto; melhora do sono.

Processos familiares interrompidos (NANDA NOC NIC, 2009): Definição: mudança nos relacionamentos e/ou no funcionamento da família.

Processos familiares interrompidos relacionados a crises situacionais evidenciado por mudanças na intimidade.

Resultado:

A família terá capacidade de adaptar-se com sucesso e funcionar de forma competente após adversidades significativas ou crises.

Intervenção: manutenção do processo familiar; promoção da capacidade de resiliência.

Risco de infecção (NANDA NOC NIC, 2009): Definição: estar em risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos.

Fatores de riscos: conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos, defesas primárias inadequadas, defesas secundárias inadequadas, doença crônica, exposição ambiental aumentada a patógenos.

Resultados:

Terá controle de risco comunitário: adquirindo conhecimento para realizar ações comunitárias para eliminar ou reduzir a disseminação de agentes infecciosos que ameaçam a saúde pública.

Intervenção: controle de doenças transmissíveis; supervisão comunitária.

Controle de riscos: doenças sexualmente transmissíveis – ações pessoais para prevenir, eliminar ou reduzir comportamentos associados às doenças sexualmente transmissíveis.

Intervenção: ensino: sexo seguro; ensino: sexualidade; proteção contra infecção.

Plano de alta:

Monitorização dos sinais vitais (Pressão Arterial, temperatura, pulso, frequência respiratória).

Realizar algum exercício físico, como caminhadas, e se possível realizar alguma atividade artística.

Explicação de suas patologias, para que possa participar do tratamento, para que o plano terapêutico seja seguido por completo.

Explicar à família as patologias da paciente, assim sinais e sintomas que podem ser observados.

Orientar sobre a importância de acompanhamento de profissionais da área da saúde no caso.

Estimular a paciente ao autocuidado.

Salientar sobre a importância de manter-se em envolvimento com livros, revistas e passa tempos.

4. CONCLUSÕES

O início desse semestre, conhecido como o semestre “divisor de águas”, por ser o da entrada no hospital, conhecemos a realidade da instituição aqui disponível, a dinâmica do funcionamento, a rotina de trabalho. Podemos imaginar como será o nosso futuro como profissionais formados.

Este estudo ajudou a aprimorar a abordagem e a conduta frente a um paciente internado; onde com a construção deste trabalho foi possível executar a *Sistematização da Assistência de Enfermagem* (SAE) agregando a prática à teoria obtida em aula.

Segundo Martins (2001), a humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança. É necessário investir sempre na implantação da *Política Nacional de*

Humanização (PNH), pois esta ultrapassa as paredes das instituições, constrói laços de cidadania, de um modo de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas.

A aproximação, com a paciente escolhida para ser o nosso estudo de caso, foi muito boa, pois em todos os momentos se mostrou receptiva e pronta para responder a todas às nossas perguntas, conseguimos estabelecermos um bom vínculo.

Infelizmente a humanização ainda não é realizada de maneira integral, encontramos muitos pacientes que não sabem seus diagnósticos, ou então que apenas querem um minuto de atenção e não são ouvidos, pelo fato de sermos acadêmicas de enfermagem, e termos maior dedicação do tempo com os pacientes... conseguimos manter um cuidado terapêutico. Sentimos que alguns pacientes são mais carentes do que outros, porém devemos tratar de maneira igualitária todos os pacientes assistidos.

Siqueira et al (2006) entende que, a comunicação é essencial para uma melhor assistência ao cliente e à família que estão vivenciando o processo de hospitalização, podendo resultar em estresse e sofrimento. Para tanto o enfermeiro é capacitado a reconhecer a interação enfermeiro – cliente – família, estabelecendo atitudes de sensibilidade e empatia entre todos, contribuindo com a assistência humanizada.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ROBBINS e COTRAN. **Bases Patológicas das doenças**. 8. ed. p. 696, 987, 1228; 2011.
- ROBBINS e COTRAN. **Bases Patológicas das doenças**. 8. ed. p. 776, 877, 1266; 2012.
- Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014/[NANDA International]– Porto Alegre: Artmed, 2013.
- MARTINS, M.C.F. *Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001.
- SIQUEIRA, A.B.; FILIPINI, R.; POSSO, M.B.S.; FIORANO, A.M.; GONÇALVES, S.A. *Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores*

comportamentais associados à qualidade da assistência. **Arq. Med ABC**, v. 31, n. 2, p. 73-77, 2006.