

Cuidados de Enfermagem a um Paciente Portador de Tuberculose Pulmonar e Comorbidades: Relato de Caso

Nursing Care to a Patient Having Pulmonary Tuberculosis Disease and Comorbidity: Case Report.

Cuidados de Enfermería a Paciente de la Tuberculosis Pulmonar y Comorbilidades: Presentación de un Caso

Tânia Maria Rocha Guimarães^{1*}, Camila Torres Amorim², Emanuella Fernanda França Barbosa³, Fabíola Mirellys da Silva⁴, Cynthia Emanuelle Lima Farias⁵, Bianka Santos Lopes⁶

Como citar este artigo:

Guimarães TMR, Amorim CT, Barbosa EFF, et al. Cuidados de Enfermagem a um Paciente Portador de Tuberculose Pulmonar e Comorbidades: Relato de Caso. Rev Fund Care Online. 2018 jul./set.; 10(3):683-689. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.683-689>

ABSTRACT

Objective: Performing a case study of a young patient having pulmonary tuberculosis disease (TB) and design a nursing care plan aiming to improve the patient life quality. **Methods:** Case study with a qualitative approach of a patient having TB, pulmonary arterial hypertension, malnutrition state and also alcoholism. The study was done at the Oswaldo Cruz University Hospital (HUOC) in Recife, Brazil, from March to June 2016. Data collection was performed through anamnesis, physical examination, medical records analysis, literary research and nursing history. **Results:** We were able to identify 13 nursing diagnoses, as follows: ineffective respiratory pattern, nutrition/fatigue, ineffective maintenance of health and home, identity/self-esteem disorders, solitude/suicide risk and spiritual distress. **Conclusion:** The nursing professionals have especial importance regarding the actions of TB control, supervising the treatment, avoiding abandonment and resistant tuberculosis, as well as, guaranteeing adherence and a successful treatment.

Descriptors: Nursing care, Family relationships, Pulmonary tuberculosis disease.

¹ Enfermeira, Doutora em Biologia Celular e Estrutural. Universidade de Pernambuco (UPE). Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG). Disciplina Saúde do Adulto. Líder do Grupo de Pesquisa Processo de Cuidar do Portador de Doenças Agudas e Crônicas não Transmissíveis-FENSG-UPE..

² Acadêmica da FENSG-UPE, Monitora da disciplina de Primeiros Socorros.

³ Acadêmica da FENSG-UPE, Monitora da disciplina de Saúde do Idoso.

⁴ Acadêmica da FENSG-UPE, Integrante do grupo de extensão “Fique Atento: Pode ser câncer”.

⁵ Acadêmica da FENSG-UPE, Monitora de Enfermagem em Centro Cirúrgico..

⁶ Acadêmica da FENSG-UPE, Monitora da disciplina de Primeiros Socorros - Programa de Ensino e Pesquisa em Emergências, Acidentes e Violências- PEPEAV-UPE. Integrante do grupo de extensão “Com pressão não se brinca”.

RESUMO

Objetivo: Realizar um estudo de caso de um jovem portador de tuberculose pulmonar (TP) e construir um plano de assistência de enfermagem, visando a melhoria da qualidade de vida do paciente. **Métodos:** Estudo de caso com abordagem qualitativa de um paciente portador de TP, hipertensão arterial pulmonar, desnutrição e alcoolismo, no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) em Recife-PE, no período de março a junho de 2016. A coleta de dados foi realizada mediante anamnese, exame físico, análise do prontuário, pesquisa literária e histórico de enfermagem. **Resultados:** Identificamos 13 diagnósticos de enfermagem: padrão respiratório ineficaz, nutrição/fadiga, manutenção ineficaz da saúde e do lar, distúrbios da identidade/autoestima, risco de solidão/suicídio e angústia espiritual. **Conclusão:** A enfermagem tem especial importância nas ações de controle da TP realizando a supervisão do tratamento, evitando o abandono e a tuberculose resistente, garantindo a adesão e um tratamento bem-sucedido.

Descritores: Cuidados de enfermagem, Relações familiares, Tuberculose pulmonar.

RESUMEN

Objetivo: Realizar un estudio de caso de un paciente joven con tuberculosis pulmonar (TP) y construir un plan de atención de enfermería con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente. **Métodos:** Un estudio de caso con enfoque cualitativo de un paciente con enfermedad de Parkinson, la hipertensión arterial pulmonar, la desnutrición y el alcoholismo, el Hospital Universitario Oswaldo Cruz (HUOC) en Recife, de marzo a junio de 2016. La recolección de datos fue realizado por la historia clínica, examen físico, análisis de la historia clínica, la investigación literaria y la historia de enfermería. **Resultados:** Se identificaron 13 diagnósticos de enfermería: Modelo ineficaz la respiración, la nutrición/fatiga, mantenimiento ineficaz de la salud y el hogar, trastornos de identidad/autoestima, la soledad de riesgo/suicídio y la angustia espiritual. **Conclusión:** La enfermería tiene especial importancia en las acciones de control TP mediante la supervisión del tratamiento, evitar el abandono y la tuberculosis resistente, asegurando la adherencia y un tratamiento exitoso.

Descriptorios: Cuidados de enfermería, Las relaciones familiares, Tuberculose pulmonar.

INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK). É uma das mais antigas doenças que afligem a humanidade, e no Brasil vem se firmando como uma das principais causas de morbimortalidade, atingindo indistintamente diversas faixas etárias e classes sociais. É considerada uma doença negligenciada, que acomete expressivos contingentes populacionais, especialmente nos países subdesenvolvidos, onde apresenta elevada magnitude e transcendência social.¹

Portanto, o desenvolvimento da doença se relaciona as condições de vida das populações e, entre os principais fatores de risco estão: o contato com pessoas doentes, aglomerações populacionais, condições socioeconômicas precárias, exposição profissional, desnutrição, alcoolismo ou dependência química, doenças ou condições imunossupressoras (AIDS, diabetes, insuficiência renal crônica, linfomas e uso de corticoides).²

O Brasil é um dos 22 países priorizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que concentram 80% da carga mundial de tuberculose. Em 2009, foram notificados 72 mil casos novos, tendo o coeficiente de incidência de 38/100 mil habitantes. Destes, 41 mil foram bacilíferos (casos com baciloscopia de escarro positivo), e o número de óbitos ultrapassa a cifra de 4,5 mil a cada ano. Esses indicadores colocam o Brasil na 19ª posição mundial em relação ao número de casos e a doença atinge todos os grupos etários, com predomínio em indivíduos considerados economicamente ativos, entre 15 e 54 anos.³

A tuberculose é transmitida por via aérea em praticamente todos os casos. A infecção ocorre a partir da inalação de núcleos secos de partículas contendo bacilos expelidos pela tosse, fala ou espirro do doente com tuberculose ativa de vias respiratórias (pulmonar ou laríngea). Os doentes bacilíferos são a principal fonte de infecção. Entretanto, a doença pode ainda se manifestar nos ossos, meninges, cérebro, gânglios, rins e outros locais. A forma exclusivamente extrapulmonar não transmite a doença.⁴

A tuberculose pulmonar (TP) pode se apresentar sob a forma primária, pós-primária (ou secundária) ou miliar. A forma primária é mais comum em crianças e clinicamente apresenta-se, geralmente, de forma insidiosa, com febre baixa, sudorese noturna, inapetência e o exame físico pode ser inexpressivo. A pós-primária é mais comum no adulto jovem e a sintomatologia inclui tosse seca ou produtiva (purulenta ou mucoide, com ou sem sangue); febre baixa vespertina, sem calafrios; sudorese noturna; anorexia; fâcies de doença crônica; emagrecimento; ausculta pulmonar com diminuição do murmúrio vesicular, sopro anfórico ou normal. A radiografia de tórax pode mostrar cavitação única ou múltipla, geralmente sem nível hidroaéreo, com diâmetro médio de 2-5cm. Pode ocorrer ainda disseminação broncogênica, ocasionando consolidação pneumônica indistinguível de uma pneumonia bacteriana comum.⁵⁻⁶

Nesse cenário, o papel da enfermagem, categoria fundamental para a condução das atividades de saúde pública no País, adquire especial importância na execução das ações de controle da tuberculose porque têm o papel fundamental de garantir a supervisão de todo o tratamento e evitar as intercorrências que favoreçam o abandono, a recidiva, a falência e a tuberculose resistente, garantindo a adesão dos pacientes e um tratamento bem-sucedido.⁵

Considerando a tuberculose como agravo de relevância social, o presente estudo teve por objetivo realizar um estudo de caso de um paciente portador de TP e estabelecer diagnósticos e cuidados de enfermagem oferecendo subsídios para a elaboração de ações intervencionistas que visem a atenção integral e melhoria da qualidade de vida do paciente.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso descritivo com abordagem qualitativa realizado no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), em Recife-PE, no período de março a junho de 2016, durante aulas práticas de Saúde do Adulto, do 6º módulo da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG-UPE). A escolha do indivíduo se deu por critérios de interesse na discussão clínica do caso, sendo selecionado um paciente internado com diagnóstico de TP que apresentava associação com desnutrição e alcoolismo.

A coleta de dados foi realizada mediante a anamnese, exame físico, análise do prontuário e pesquisa literária sobre o tema, tendo como instrumento norteador o histórico de enfermagem de Horta.⁷ Posteriormente, foram identificados os problemas apresentados pelo paciente e realizado pesquisa bibliográfica para correlacionar os achados com a produção científica disponível. Para a seleção dos artigos, utilizou-se os descritores “tuberculose pulmonar e cuidados de enfermagem” nas bases de dados de estudos indexados do Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e periódico eletrônico Scielo (Scientific Electronic Library Online), e três arquivos documentais do Ministério da Saúde. Após a análise e interpretação de dados, foram formulados os diagnósticos, intervenções e os resultados de enfermagem esperados, guiados pelo North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)⁸, e o livro Diagnósticos de Enfermagem.⁹

O estudo foi realizado respeitando a resolução 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa HUOC, parecer nº 1.790.259, sob CAAE: 59293816.6.0000.5192. O entrevistado foi orientado do objetivo da pesquisa, consentiu o estudo e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo apresentou risco de constrangimento do paciente durante a entrevista e exame físico sendo garantido a privacidade do mesmo. A identidade do paciente foi mantida em sigilo, e garantido o anonimato das informações através da assinatura por parte das pesquisadoras do termo de confidencialidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentação do Caso

V.M.S. 20 anos, sexo masculino, pardo, solteiro, ensino fundamental incompleto, natural de Tupanatinga, Povoado Boqueirão, Zona Rural-PE. Admitido no Pavilhão Ovídio Montenegro no HUOC em 21/03/2016, com diagnóstico de TP, hipertensão arterial pulmonar (HAP), cardiomegalia, dispneia, anorexia e perda de peso importante.

O mesmo não possui informações sobre seus antecedentes hereditários e familiares. Relata ter asma e nega passado cirúrgico. Sobre hábitos, nega tabagismo e uso de drogas ilícitas. Relata consumo de bebida alcoólica desde os 12 anos de idade, geralmente três vezes na semana, quando

trabalhava na roça de sua avó, e que bebia direto da lata que era compartilhada por todos os trabalhadores do sítio.

Possui história de internamento em dezembro de 2015 no Hospital Mestre Vitalino (HMV) em Caruaru-PE, com quadro de tosse com expectoração amarelada, dispneia e perda de peso importante (não sabe a quantidade de peso perdido), neste período apresentou também síndrome febril aguda e queixas de artralgia. Na investigação, foi realizada a tomografia computadorizada do tórax, que evidenciou cavitações irregulares em ambos os pulmões com aspecto de árvore em brotamento. O Ecotranstorácico-Ecott identificou cavidade cardíaca aumentada, insuficiência tricúspide, insuficiência pulmonar e HAP importante. Para confirmação do diagnóstico de TP foi realizado baciloscopia com resultado (+) e teste rápido através do GeneXpert com resultado positivo, o qual confirmou sensibilidade à rifampicina, permitindo início de tratamento em 19/01/2016 com esquema RIP (Coxip: 3 comprimidos/dia). Em 4/2/2016 recebeu alta hospitalar por apresentar melhora clínica.

Em 09/02/2016 apresentou piora da dispneia e procurou atendimento na emergência do HMV, sendo readmitido e transferido para o Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE), onde apresentou infecção no trato respiratório sendo iniciado esquema de antibiótico piperacilina/tazobactam durante 10 dias.

Em 21/03/2016, V.M.S apresentou agravamento do quadro clínico com taquidispnéia, dependência de oxigênio (O2) complementar sendo transferido para o HUOC, enfermaria de pneumologia, estando em tratamento com esquema RIP desde 19/01/2016 sem melhora. No HUOC foram realizados os seguintes exames, Figura 1:

Exames e Valores de Referências	Resultados
HIV	Não reagente (25/02/2016)
PCR (≤6mg/L)	86,2 (27/02/2016) 23,8 (30/05/2016)
CD4: 404-1612 cel/ul. (33-58%)	CD4 =617 (30/03/2016)
CD8: 220 - 1129 cel/ul. (13-39%)	CD8=255(30/03/2016)
Hemoglobina (13-16g/dL)	9,9g/dl (24/03/2016) 11,3g/dl (24/05/2016)

Figura 1: Exames de HIV, PCR, Hemoglobina, CD4 e CD8 do paciente do estudo.

Exame físico - Data - 31/03/16: Estado Geral Comprometido. Consciente. Orientado. Taquidispnéico. Batimentos das asas do nariz. Tórax simétrico, com retração intercostal e presença de roncos em ápice do pulmão direito. Em uso de cateter nasal com 2 L/min de O2 suplementar. Oxímetro de pulso, saturação de oxigênio (Sat O2) 96%, em ar ambiente Sat O2 82%. Afebril (T=36,6°C). Normotenso (PA=120 x 65 mmHg). Taquicárdico (p=125 bpm e perfusão capilar normal menor 2s). BNF em 2 T S/S. Pele e mucosas descoradas. Desnutrido (IMC: 15,8 Kg/m2). Couro cabeludo íntegro, face simétrica sem lesões ou manchas. Cavidade oral apresentando sujidades, cáries e papilas linguais hipertrofiadas. Ausência de hipertrofia de gânglios cervicais, axilares e inguinais.

Abdome indolor à palpação, com ausência de visceromegalias. Padrão intestinal e diurético normal. Extremidades sem edemas, com hipertrofia em articulações dos joelhos.

Em junho/2016, o paciente permanecia internado na enfermaria de pneumologia sem receber visitas, com agravamento do quadro clínico, com múltiplas cavitações e destruição pulmonar severa, HAP importante e escoliose severa. Recebeu parecer da ortopedia tendo sido solicitado o uso de colete de milwaukee. Apresenta-se com piora da dispneia, oxímetro de pulso (Sat O₂ 88-92%). Dependente de O₂ suplementar por cateter nasal (3L/min). Taquicárdico (FC:121bpm), Normotenso (PA:100x70mmHg). Vem apresentando disfagia, náuseas e vômitos. Refere que se alimentava de restos de comidas dos trabalhadores do sítio de sua avó e por isso tem repulsa alimentar. Permanece em suporte nutricional de fórmula industrializada em dois horários (600Kcal/dia e 48mg proteína) para atender às necessidades nutricionais e apresentou melhora do IMC (16.7 Kg/m²). Nas últimas semanas tem apresentado quadro depressivo, refere que não tem esperança de viver, e que vai sempre depender de oxigênio. Foi encontrado cianótico e com oxigênio desligado, tem referido ideias suicidas. Está com acompanhamento de psicóloga, fisioterapia respiratória e nutricionista. Abaixo prescrição médica e imagens consentidas do paciente - Figuras 2 e 3.

1. Dieta hipoprotéica e hipercalórica
2. Isoniazida 75mg + Rifampicina 150mg - 03 comprimidos em jejum
3. NBZ 4/4 h -SF 0,9% 3ml+ Fenoterol 6 gotas + Ipratrópio 20 gotas
4. Spitiva 2,5mg - Aspirar 2 jatos 1x/dia
5. Foraseq 12/400mcg - Aspirar 1 cápsula de cada cartela de 12/12
6. Domperidona 1mg/ml - 10ml VO- 30 minutos antes das 3 refeições
7. Diazepam 5mg - ½ comprimido VO às 21h
8. Prednisona 20 mg - 2 comprimidos VO em jejum
9. Sulfato Ferroso - 1 comprimido VO pela manhã e tarde
10. Dipirona 1g - 1 amp + 1 amp. água destilada- EV-6/6h se dor e/ou febre
11. Metoclopramida - 1 ampola + 1 ampola de água destilada - EV 8/8 h se náuseas ou vômitos
12. Oxigênio contínuo 3L/min

Figura 2: Descrição da prescrição médica do paciente.

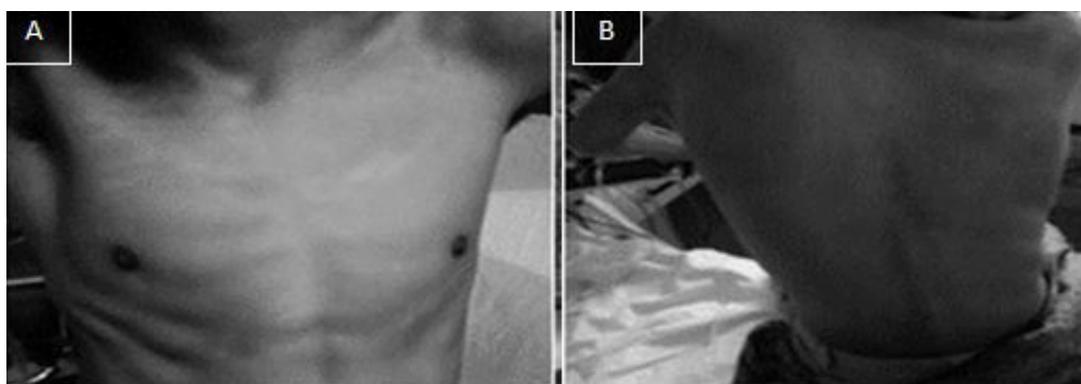


Figura 3: Imagens do Paciente. A: Tiragem intercostal e desnutrição. B: Escoliose severa.

PLANO DE CUIDADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

O plano de cuidados de enfermagem tem por objetivo a organização e sistematização da assistência de modo a contribuir para a identificação dos problemas e as possíveis intervenções de acordo com a realidade do cliente a fim de promover a saúde e o bem-estar do mesmo. Baseado na anamnese e exame físico realizados, foi possível elaborar os seguintes diagnósticos de enfermagem e suas respectivas intervenções e resultados esperados.

Diagnósticos de Enfermagem:

1. Padrão respiratório ineficaz relacionado à deformidade da parede torácica e aos estados da doença.
2. Ventilação espontânea prejudicada relacionada ao estado da doença.
3. Troca de gases prejudicada relacionada ao desequilíbrio na relação ventilação-perfusão. Evidenciados por: taquidispnéia, batimentos de asa do nariz, frequência cardíaca aumentada e Sat O₂ 90%.

Intervenções de Enfermagem:

- Auscultar os sons respiratórios e detectar áreas de redução do murmúrio vesicular ou presença de ruídos adventícios e frêmitos.
- Monitorizar oxigenioterapia por cateter nasal 3 L/m.
- Instalar oxímetro de pulso e monitorizar/registrar os parâmetros ventilatórios do paciente de 6/6h. Comunicar alterações.
- Administrar medicação broncodilatadora prescrita de 4/4h.
- **Resultados esperados** – O cliente: verbaliza que compreende os fatores causadores da dispneia e as intervenções apropriadas; apresenta melhora da ventilação e oxigenação; apresenta resultados da Sat O₂ dentro da variação aceitável; participa do regime terapêutico dentro de suas capacidades, demonstra comportamentos de enfrentamento apropriados.

Diagnósticos de Enfermagem:

4. Fadiga relacionada à anemia e ao estado avançado da doença. Evidenciado por: palidez cutâneo-mucosa, anemia (Hb 9,9), queixas físicas de cansaço após atividades rotineiras.

Intervenções de Enfermagem

- Assegurar que o cliente tenha períodos adequados de repouso.
- Monitorizar padrão do sono.
- Orientar evitar esforço físico.
- Administrar comprimidos de sulfato ferroso prescritos.

Resultados esperados – O cliente: refere ter mais energia; participa das atividades desejadas de acordo com sua

capacidade física; realiza cuidados higiênicos sem aumento da dispneia.

Diagnósticos de Enfermagem:

1. Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionada aos fatores biológicos, psicológicos e sociais. Evidenciado pelo IMC: 15,8 Kg/m² e caquexia.

Intervenções de Enfermagem:

- Monitorar a ingestão diária da dieta prescrita, e observar aceitação alimentar.
- Consultar a nutricionista e psicóloga do setor para implementação de uma abordagem terapêutica interdisciplinar.
- Observar ocorrências de náuseas e vômitos após alimentação; medicar com antieméticos prescritos.

Resultados esperados – O cliente: demonstra melhora da aceitação alimentar e ganho ponderal progressivo; ausência de náuseas e vômitos.

Diagnósticos de Enfermagem:

6. Dor crônica relacionada à condição física comprometida. Evidenciada por relato verbal de dor em região da coluna lombar e presença de escoliose.

Intervenções de Enfermagem:

- Determinar o limiar da dor do cliente.
- Administrar os analgésicos conforme a prescrição.
- Providenciar colete de milwaukee.

Resultados esperados - O cliente: diminui progressivamente o uso de analgésicos; verbaliza e demonstrará alívio e/ou controle da dor; utiliza adequadamente colete de milwaukee.

Diagnósticos de Enfermagem:

7. Manutenção do lar prejudicada.

8. Manutenção ineficaz da saúde relacionada à enfrentamento familiar ineficaz e insuficiência de recursos. Evidenciadas por: Planejamento familiar inadequado e insuficiência de recursos. Sistemas de apoio inadequados. Incapacidade de assumir a responsabilidade de atender a práticas básicas de saúde.

Intervenções de Enfermagem:

- Identificar os riscos sociais e familiares que possam afetar negativamente a saúde
- Determinar o nível de dependência do cliente
- Desenvolver um plano de autocuidado para o cliente/família.
- Estimular a socialização e o envolvimento pessoal.
- Encaminhar ao assistente social para orientação quanto as opções de ajuda financeira e os sistemas de apoio sociais disponíveis.

Resultados esperados - O cliente: verbaliza que entende os fatores que contribuem para a situação atual; assume a responsabilidade de suas necessidades de saúde dentro do

seu nível de capacidade; consegue a utilização apropriada e eficaz dos sistemas de apoio sociais disponíveis.

Diagnósticos de Enfermagem:

9. Distúrbios da identidade pessoal relacionado à baixa autoestima. Evidenciado por sentimentos de incerteza quanto ao futuro.

10. Tristeza relacionada à experiência da doença crônica. Evidenciado por relato de sentimentos negativos e que dependerá sempre de oxigênio.

11. Risco de solidão relacionado a privação afetiva, isolamento social e físico. Evidenciado pela privação afetiva pelo abandono materno na infância, morte do genitor e da avó paterna.

12. Angústia espiritual relacionada a doença terminal, pesar/luto familiar, falta de esperança. Evidenciado por expressão de sentimentos de desesperança.

13. Risco de suicídio relacionado ao isolamento social, morar sozinho, doença terminal, pesar/luto familiar. Evidenciado por expressão e de ideias suicidas.

Intervenções de Enfermagem:

- Ouvir o cliente quanto aos seus sentimentos. Estimular a verbalizar a situação.
- Conversar sobre maneiras saudáveis de lidar com situações difíceis.
- Monitorar atitudes do paciente; estimular o convívio social com outros, ver televisão/escutar músicas.
- Solicitar acompanhamento da psicóloga do setor.
- Solicitar acompanhamento de líder religioso, conforme a religião do paciente.

Resultados esperados - O cliente: demonstra progressos em lidar com o sentimento; demonstra redução de relatos de sentimentos negativos; verbaliza esperança no futuro; não refere ideias suicidas.

DISCUSSÃO

A tuberculose é uma doença intimamente relacionada às precárias condições de vida e pode ser compreendida mais apropriadamente à luz da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença. O controle de sua ocorrência, assim como de toda doença decorrente das desigualdades sociais, requer mudança das condições de vida das pessoas e da organização dos serviços e saúde. Assim sendo, é importante conhecer as necessidades de saúde das pessoas portadoras dessa enfermidade, para que a assistência seja de melhor qualidade e responda apropriadamente a tais necessidades.¹⁰

Evidencia-se que os resultados desse estudo foram imprescindíveis em relação aos diagnósticos de enfermagem identificados, vistos que estes facilitaram o processo de comunicabilidade entre os profissionais de enfermagem com o paciente e maximizou a qualidade da assistência prestada. Ressalva-se que a assistência de enfermagem deve ser empregada de maneira integral e individualizada, pois favorece a diminuição dos riscos associados à patologia, evitando

as intercorrências que favoreçam o abandono, a recidiva, a tuberculose resistente, garantindo a adesão do paciente.

V.M.S morava sozinho em casebre cedido pelo tio no sítio de sua avó paterna, onde trabalhava para ela e recebia dinheiro por seu trabalho (não informou quanto). Refere pai falecido por homicídio, não tem contato com a mãe que o abandonou desde criança indo residir em São Paulo, possui relacionamento conflituoso com a avó paterna, e atualmente se comunica com uma irmã apenas por meio das redes sociais. A partir destas informações, compreende-se o meio desfavorável em que este indivíduo cresceu, o que lhe acarretou danos físicos, psicológicos e sociais. Com isso, justificou-se a utilização da teoria de Horta⁸ para embasamento científico da assistência de enfermagem, visto que as necessidades humanas básicas deste jovem não foram supridas.

O paciente apresentava-se sempre sozinho e sem apoio familiar. Ressaltamos que a assistente social tentou entrar em contato com os familiares e só conseguiu no final de 3 meses que sua irmã aceitasse que ele fosse morar com ela em São Paulo, nesta a época o pneumologista e fisioterapeuta estavam cogitando como fazer a transferência dele, com uso de O2 suplementar contínuo. Considerando a presença da família de extrema importância para que possam compartilhar com o doente, tanto o enfrentamento da doença quanto as dificuldades inerentes ao tratamento medicamentoso, são primordial para um tratamento bem-sucedido. Mesmo quando a pessoa com tuberculose manifesta desejo de interromper o tratamento, esse pode não se concretizar por conta do apoio dos familiares.¹¹

Em relação à questão social, o paciente se sente com o corpo frágil, incapaz e improdutivo com profunda alteração na autoestima. A tuberculose por ser uma doença infecto-contagiosa, provoca mudanças negativas como o afastamento e isolamento pessoal.¹¹

Quanto aos sintomas da doença, a tosse com expectoração amarelada, dispneia e perda de peso, caracterizando a tuberculose, foram referidas desde dezembro de 2015, durante internamento em Caruaru. A confirmação do caso através da baciloscopia e teste rápido com sensibilidade à rifampicina, permitiu o início do tratamento com esquema RIP em janeiro de 2016, mas o paciente não apresentou melhora.

Em um estudo realizado no Brasil, o emagrecimento esteve presente em 74% dos pacientes com TP. Outro grupo de autores relatou que a má nutrição está relacionada com a tuberculose, tanto como fator de risco, quanto como consequência do adoecimento. O caráter consumptivo da doença está relacionado tanto à anorexia, quanto às citocinas inflamatórias, que geram um estado catabólico.¹²

Acreditamos que V.M.S já apresentava quadro de desnutrição pelas condições de vida descritas, o que sugere ter sido um fator de risco para o agravamento do seu quadro atual. O discreto aumento do IMC (15,82 para 16,71 kg/m²), foi decorrente do uso de suplementação nutricional, já que o mesmo estava com dificuldade de se alimentar em decorrência

das náuseas e vômitos, os quais também podiam ser efeitos colaterais do tratamento da tuberculose.¹³

Na investigação do caso, foi realizada a tomografia computadorizada do tórax, que evidenciou cavitações irregulares em ambos os pulmões e aspecto de árvores em brotamento. Em estudos¹² que analisaram o grau de imunossupressão, a cavitação foi mais frequente naqueles com CD4 maior de 200 células/mm³, semelhante ao nosso estudo cujo resultado do exame foi CD4=617.

O exame Ecotranstorácico-Ecote, evidenciou que o paciente apresentava cavidade cardíaca aumentada, insuficiência tricúspide e HAP importantes, além de insuficiência pulmonar. Compreende-se que alterações citadas foram decorrentes da TP, visto que a mesma provocou destruição pulmonar severa, identificada na TC de tórax, o que desencadeou o surgimento das outras co-morbidades.

A infecção pelo HIV é um dos maiores fatores de risco para a tuberculose. Nos imunocompetentes, a chance de uma infecção tuberculosa evoluir para doença é de 10% ao longo da vida; nos infectados pelo HIV, essa chance é de 8-10% a cada ano.¹² Devido a gravidade do quadro clínico apresentado, levantou-se a suspeita de infecção pelo HIV, mas ao ser realizada sorologia, o resultado foi negativo. Posteriormente, o teste foi repetido, obtendo-se mais uma vez o resultado negativo, descartando esta possibilidade de infecção. Sendo assim, considerou-se a TP a patologia de base e não uma coinfeção e que os principais fatores de risco foram às precárias condições de vida, desnutrição e alcoolismo conforme descreve a literatura.²⁻⁶

CONCLUSÃO

No que se refere aos cuidados de enfermagem prestados ao paciente do estudo, foi observado à importância de manter um bom relacionamento com a equipe de enfermagem e, a confiança é um fator fundamental para manter o vínculo e conseguir a confiança do paciente, especialmente no caso de V.M.S que foi abandonado por seus familiares e perdeu seu genitor de forma trágica.

Concluímos o quanto importante se faz o processo de cuidado para pacientes com tuberculose, sobretudo, quando se trata de ser uma ação privativa do enfermeiro no atendimento à saúde individual e coletiva, de forma a possibilitar o sucesso do tratamento, prevenir recaídas e estabilizar a vida para manutenção da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Morel C. Inovação em saúde e doenças negligenciadas. *Cad Saúde Pública*. 2006 22(8):1522-3.
2. Turchi MD. Tuberculose. In: Porto CC. *Vademecum de clínica médica*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012:987-91.
3. World Health Organization (WHO). *Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing*. Geneva, 2009.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.284 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnico).
5. Brasil. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Ministério. Brasília; 2011:36-59.
6. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de recomendação para controle de tuberculose no Brasil*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2010.
7. Horta WA. *Processo de Enfermagem*. São Paulo (SP): EPU; 1979.
8. Nanda International. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2012-2014*. Porto Alegre (RS): Artmed, 2012
9. Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. *Diagnósticos de Enfermagem: Intervenções, prioridade e fundamentos*. 10. ed. RJ: Grupo Editorial Nacional, 2006.
10. Hino P, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Egry EY. Necessidades em saúde segundo percepções de pessoas com tuberculose pulmonar. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46 (6):1438-45.
11. Clementino FS, Martiniano MS, Clementino MJSM, Sousa JC, Marcolino EC, Miranda AN. Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2011 out/dez; 19(4):638-43.
12. Besen A, Staub GJ, Silva RM. Clinical, radiological, and laboratory characteristics in pulmonary tuberculosis patients: comparative study of HIV-positive and HIV-negative inpatients at a referral hospital. *J. bras. pneumol*. 2011 nov./dez.; 37(6): 768-75.
13. Silva IJ, Oliveira MFV, Silva SED, Polaro SHI, Radünz V, Santos EKA, et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(3):697-703.

Recebido em: 02/12/2016

Revisões requeridas: Não houveram

Aprovado em: 07/02/2017

Publicado em: 05/07/2018

***Autor Correspondente:**

Tânia Maria Rocha Guimarães

Rua Arnóbio Marques, 310,

Santo Amaro, Recife, Pernambuco, PE, Brasil

E-mail: tmrgruimaraes@gmail.com

Telefone: +55 81 3183 3601

CEP: 50 100 130