



## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE PACIENTES SOROPOSITIVOS COINFECTADOS POR TUBERCULOSE

Ana Kelly Américo Siqueira<sup>1</sup>  
João Gabriel de Siqueira Barroso<sup>2</sup>  
Késia Pereira da Rocha<sup>3</sup>  
Gabriela Meira de Moura Rodrigues<sup>4</sup>

### Resumo

**Introdução:** O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) infecta os linfócitos TCD4+. Pacientes HIV+ têm mais facilidade em adquirir Tuberculose. Tais infecções precisam ser diagnosticadas o quanto antes, para que o paciente tenha chance de cura na Tuberculose e redução da Carga Viral no HIV. O estudo é justificado pelos elevados índices de óbitos em pacientes com esta coinfeção.

**Objetivo:** Mostrar as principais ações do enfermeiro no tratamento de pacientes com HIV e tuberculose. **Metodologia:** Estudo descritivo do tipo revisão bibliográfica. Foram utilizadas como fontes de pesquisa o Google Acadêmico, Scielo e BVS. Sendo 42 fontes de literatura pesquisadas, selecionando-se 14 e excluindo as outras 28. Tais fontes foram produzidas entre 2001 e 2018.

**Conclusão:** As principais ações do enfermeiro no tratamento do paciente soropositivo com Tuberculose são o tratamento diretamente observado e a consulta de enfermagem como forma de acompanhamento.

**Palavras-chave:** HIV, tuberculose; cuidados de enfermagem.

### Abstract:

**Introduction:** The human immunodeficiency virus (HIV) infects TCD4 + lymphocytes. HIV + patients find it easier to acquire tuberculosis. Such infections need to be diagnosed or as soon as possible, so that the patient has a chance to cure tuberculosis and reduce the viral load in HIV. The study is justified by the high death rates in patients with this coinfection. **Objective:** Show the main actions of nurses in the treatment of patients with HIV and tuberculosis. **Methodology:** Descriptive study of the literature review type. Google Scholar, Scielo and VHL were used as research sources. 42 sources of literature were researched, selecting 14 and excluding the other 28. Such sources were produced between 2001 and 2018. **Conclusion:** The main actions of nurses in the treatment of HIV-positive

---

<sup>1</sup> Graduando do curso de Enfermagem. Unidesc, Luziânia, Brasil. E-mail: kellyana.a.s@gmail.com

<sup>2</sup> Graduando do curso de Enfermagem. Unidesc, Luziânia, Brasil. E-mail: gabrielsiqueirajb@gmail.com

<sup>3</sup> Graduando do curso de Enfermagem. Unidesc, Luziânia, Brasil. E-mail: keesiarochaa@gmail.com

<sup>4</sup> Biomédica. Docente do curso de Fisioterapia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia e Nutrição. Mestre em Engenharia Biomédica pela Universidade De Brasília (Unb). Unidesc, Luziânia, Brasil. E-mail: gabriela.moura@unidesc.edu.br



*patients with Tuberculosis are Directly Observed Treatment and nursing consultation as a form of follow-up.*

**Keywords:** HIV, tuberculosis, nursing care.

## **Introdução**

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) tem como alvo o sistema imunológico, preferencialmente os linfócitos TCD4+, que são cruciais na resposta imune [1]. O sistema imunológico do paciente fica deprimido, fazendo com que a pessoa fique vulnerável a patologias oportunistas [2] como a tuberculose (TB), que é adquirida por meio de gotículas no ar provindas de uma pessoa infectada que tem como alvo a debilitação do sistema respiratório [3].

Já os pacientes HIV coinfectados com TB têm um dos principais requisitos de preocupação clínica a demora para diagnosticar as infecções, já que o HIV pode deixar a TB com baciloscopia negativa, resultando na morte de tais pacientes durante ou antes do diagnóstico devido a seu sistema imunológico deprimido [4].

O estudo é justificado a partir das crescentes estatísticas, apontadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) [6], que apontam para risco de pacientes soropositivos serem mais propensos a desenvolver TB em uma escala entre 16 e 27 vezes maior em comparação com pacientes não portadores do HIV. Dentre os 57% dos casos que não foram constatados e nem tratados implicaram em 390.000 óbitos. Objetivou-se mostrar as principais ações do enfermeiro no tratamento de pacientes com HIV e tuberculose.

## **Materiais e métodos**

Trata-se de um estudo descritivo do tipo revisão bibliográfica, que consiste em “um tipo de texto que reúne e discute informações produzidas na área de estudo” [7]. Como fontes de pesquisa foram utilizadas o Google Acadêmico, *Scielo* e BVS. Foram pesquisadas 42 fontes de literatura, selecionando-se 14 e excluindo 28 que não atendiam a proposta do estudo. Tais fontes foram produzidas no intervalo de tempo entre 2001 e 2018.

## **Assistência de enfermagem no tratamento de pacientes soropositivos coinfectados por tuberculose**

RIEDER [2] cita que o vírus HIV debilita o sistema imune deixando-o vulnerável a doenças oportunistas, dentre elas está a TB que foi uma das primeiras identificadas. Os pacientes soropositivos têm maior probabilidade de adquirir Tuberculose ativa, quando tal estava em latência [5].

A TB tem como agente etiológico o *Mycobacterium tuberculosis* (*bacilo de Koch*) e é uma doença infecciosa que tem como alvo prioritário o pulmão. Tal patologia é passada de uma pessoa à outra,



na maioria dos casos, pelo ar. A fase aguda ocorre de 4 à 12 semanas e a crônica após 12 meses do indivíduo ter sido exposto à gotículas no ar provenientes de um tuberculoso por meio de espirro, fala ou tosse [3]. O teste para o HIV é indicado para todos os pacientes com tuberculose [8]. De acordo com a [6],

O risco de desenvolver tuberculose (TB) é estimado entre 16 e 27 vezes maior em pessoas vivendo com HIV do que entre aquelas sem infecção por HIV. Em 2015, havia uma estimativa de 10,4 milhões de casos de tuberculose globalmente, incluindo 1,2 milhões [11%] entre pessoas vivendo com HIV. Quase 60% [57%] dos casos de tuberculose entre as pessoas que vivem com o HIV não foram diagnosticados ou tratados, resultando em 390.000 mortes relacionadas com a tuberculose entre as pessoas que vivem com o HIV em 2015.

No que se refere ao diagnóstico comprovado de HIV e TB, a intervenção da equipe de saúde no aconselhamento para o paciente realizar o tratamento corretamente é de grande relevância [9], visto que a maior incidência de mortalidade por estar acometido por essas infecções é a não concordância ao recurso terapêutico [10].

Para um diagnóstico preciso é necessário a realização do exame clínico (exame físico do paciente baseado na sintomatologia do indivíduo), exame radiológico do tórax (apresenta imagens no pulmão que pode indicar a TB), exame de prova ou reação tuberculínica – PPD (método intradérmico para verificar contato com o bacilo) e o exame laboratorial, que é feito por meio de cultura e baciloscopia direta do escarro (exame final e mais preciso) para tuberculose [11] e para HIV, o exame de contagem de linfócitos TCD4+ e carga viral [5].

É responsabilidade do enfermeiro supervisionar diariamente a ingestão do medicamento pelo paciente tuberculoso com HIV utilizando o tratamento diretamente observado (TDO). Este também inclui a administração da vacina BCG, verificar riscos sintomáticos de TB orientando a coleta de escarro e outros exames pertinentes, notificar os casos, realizar a consulta de enfermagem e assim construir um vínculo sólido com o paciente. Além disso, orientar a equipe de saúde no cuidado com o paciente no que se refere ao acompanhamento domiciliar para que não haja interrupção na medida profilática e redução do *M. Tuberculosis* [12].

O uso de terapia antirretroviral (TARV) no momento do diagnóstico de TB não deve ser suspenso, mas sim combinado de uma melhor forma. Se o paciente ainda não fizer uso de TARV, deverá iniciá-lo após duas semanas do começo do tratamento de TB. A terapia é o uso de rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol juntamente com os antirretrovirais: lamivudina, tenofovir e raltegravir [13].

O uso de antirretrovirais com tuberculostáticos podem causar alguns contratempos no efeito, ou seja, podem reagir causando toxicidade e interromper o tratamento [14]. Por esse motivo, a enfermagem nas consultas periódicas posiciona questionamentos pertinentes a efeitos adversos da



medicação para possível associação de outras combinações farmacológicas para melhor adaptação do paciente às drogas [5].

O exame da carga viral deve ser realizado para observar a queda de contagem de TCD4+, para não ocasionar a Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune, que consiste em intercorrências clínicas pela interação medicamentosa com presença de tosse, febre, fistulização de gânglios e agravo radiológico. Para isso, o uso de corticoides é essencial para controlar os quadros críticos [13].

Para evitar a transmissão da TB, o diagnóstico preciso e o tratamento devido o quanto antes é essencial. O tratamento correto faz com que as chances de se transmitir a TB seja diminuída após a ingestão dos medicamentos nos 15 dias iniciais [5], portanto, a eficácia da terapia não abrange apenas a proteção individual do paciente, mas também do coletivo [15].

Para um desfecho positivo do tratamento, com implicação de cura de TB, o enfermeiro deverá solicitar baciloscopia no segundo, quarto e sexto mês esquematizado. No caso de não expectoração, deve ser induzida por inalação de solução salina 9% pelo período de 15 minutos. Se o resultado for de baciloscopia positiva, a petição de cultura e sensibilidade deverão ser efetuadas. No decorrer do acompanhamento, sinais e sintomas e o peso do paciente implicarão no ajuste medicamentoso. A cura de TB será confirmada após duas baciloscopias negativas, realizadas no acompanhamento e no fim da terapia. Em relação ao HIV, o uso de TARV não deve ser inibido, já que não há cura para esta infecção, mas sim a redução da carga viral fazendo uso da Terapia Antirretroviral e mantendo um acompanhamento contínuo [12].

O conhecimento dos aspectos da coinfeção de HIV e TB e de suas possíveis complicações contribui para que possam ser desenvolvidas ações de promoção da saúde e estratégias de controle que visam diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos pacientes que possuem tal patologia [16].

### **Conclusão**

As principais ações do enfermeiro no tratamento de pacientes HIV+ com TB incluem o tratamento diretamente observado e as várias medidas de prevenção, investigação e epidemiologia das infecções. A consulta de enfermagem contribuirá consideravelmente para verificar a evolução, notificando a necessidade (ou não) de instruir uma medida de intervenção brusca no paciente. Esta consulta avaliará a medicação utilizada, seus efeitos e a possível cura do paciente constatada em exames de baciloscopias negativas para TB e redução da carga viral do paciente para HIV.

### **Referências**

[1]. Guia de Referência Rápida. Infecção pelo HIV e AIDS: Prevenção, Diagnóstico e Tratamento na



Atenção Primária. (Rio de Janeiro). 2015.

[2]. Rieder HL. Bases Epidemiológicas do Controlo da Tuberculose [internet]. 2001 [acesso em 2018 ago 09]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/bases-epidemiologicas-do-controlo-da-tuberculose-pdf.aspx>

[3]. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de bolso. 8.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

[4]. Getahun H, Harrington M, O'Brien R, Nunn P. Diagnosis of smear-negative pulmonary tuberculosis in people with HIV infection or AIDS in resource-constrained settings: informing urgent policy changes. *The Lancet*. 2007; 369:2042-49.

[5]. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

[6]. World Health Organization. Tuberculosis and HIV [internet]. 201-?. [acesso em 2018 ago 18]. Disponível em: <https://www.who.int/hiv/topics/tb/en/>

[7]. Moreira W. Revisão de Literatura e Desenvolvimento Científico : conceitos e estratégias para confecção [internet]. 2004. [acesso em 2018 set 29]. Disponível em: [https://portais.ufg.br/up/19/o/Revis\\_\\_o\\_de\\_Literatura\\_e\\_desenvolvimento\\_cient\\_\\_fico.pdf](https://portais.ufg.br/up/19/o/Revis__o_de_Literatura_e_desenvolvimento_cient__fico.pdf)

[8]. Oliveira LB, Costar CRB, Queiroz AAFLN, Araújo TME, Sousa KAA, Reis RK. Análise Epidemiológica da Coinfecção Tuberculose/HIV. *Cogitare Enferm*. 2018; 23(1):1-8.

[9]. Rodrigues ILA, Monteiro LL, Pacheco RHB, Silva SED. Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2):1-5.

[10]. Neves LAS, Reis RK, Gir E. Adesão ao tratamento por indivíduos com aco-infecção HIV/tuberculose: revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(4):1135-41.

[11]. República de Moçambique. Programa Nacional de Controlo da Tuberculose. Instituto Nacional de Saúde. Manual de Baciloscopia da Tuberculose [internet]. Maputo: Ministério da Saúde; 2012. [acesso em 2018 ago 20]. Disponível em: <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/TB%20Basiloscopy%20Manual.pdf>



[12]. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica: Protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

[13]. Guia Básico para Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Tuberculose em Pessoas Vivendo com HIV. (São Paulo). Por que, quando, onde e como fazê-lo? [internet]. 2017. [acesso em 2018 ago 26]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/publicacoes/publicacoes-download/guiabasicotbhiv.pdf>

[14]. Coelho LE, Escada ROS, Barbosa HPP, Santos VGV, Grinsztejn BGJ. O tratamento da coinfeção HIV-TB. *BJID*, 2016; 2(5):134-48.

[15]. Montero CV, Skazufka ET. Tratamento supervisionado tuberculose [internet]. 2001. [acesso em 2018 set 12]. Disponível em: [https://redetb.org.br/wp-content/uploads/2018/12/082\\_PUBLIC\\_MANUAL\\_Tratamento\\_Supervisionado\\_Tuberculose\\_2001.pdf](https://redetb.org.br/wp-content/uploads/2018/12/082_PUBLIC_MANUAL_Tratamento_Supervisionado_Tuberculose_2001.pdf)

[16]. Marques CC, Medeiros ER, Sousa MES, Maia MR, Silva RAR, Feijão AR, et al. Casos de tuberculose coinfectados por HIV em um estado do nordeste brasileiro. *Revista Enfermería Actual*. 2019; (36):1-15.