

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA AIDS NO ESTADO DO PARANÁ E REGIÃO DE LONDRINA – UMA PROPOSTA PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM *

Elma Mathias Dessunti **
Zeneide Soubhia **

RESUMO – O presente estudo foi proposto com o objetivo de traçar o perfil epidemiológico da AIDS na Região de Londrina e Estado do Paraná, assim como propor um plano assistencial de enfermagem a pacientes portadores de AIDS. Os dados coletados através da 17ª Regional de Saúde referem-se ao período de 1984 a abril de 1991. Concluiu-se que o número de casos vem aumentando progressivamente no Estado, com elevado coeficiente de letalidade (77,2%). A forma mais comum de transmissão é a sexual, seguida pela transmissão sanguínea, com destaque para os usuários de drogas injetáveis. Finalmente apresenta sugestões para um plano assistencial de enfermagem, visando um atendimento mais humano e adequado ao paciente portador de AIDS e com maior segurança para a equipe de saúde.

ABSTRACT – The present research has been proposed with the objective of tracing the epidemiologic outline of AIDS in region of Londrina and Paraná State and at the same way to promote a nursing care plan to patients that suffer from AIDS. The collected data were obtained from the 17 th Regional of Health and refer to the period from 1984 to April 1991. The conclusion is that the number of AIDS cases are increasing progressively in Paraná State with elevated coefficient of Death-about 77.2%. The more common way of transmission of this disease is through the sexual contact and the other manner is through the blood transmission, emphasizing the users of drugs by injections. Finally this research points out suggestions to a nursing assistance plan aiming to provide more human and suitable care to the patient who is a carrier of AIDS virus, and at the same manner, giving a larger safeness to the health team.

1 INTRODUÇÃO

A AIDS/SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – descrita pela primeira vez em 1981, vem adquirindo caráter especial, surpreendendo a comunidade e o meio científico pela rapidez com que se alastra e pela sua letalidade.

MATIDA¹⁹ acredita que só uma ação conjunta dos setores de educação, de saúde materno-infantil, do empresariado e das entidades governamentais e não governamentais – ligadas à questão da AIDS, pode restringir os atuais índices de propagação da doença.

O enfermeiro, como membro da equipe de saúde, deve estar interado e atualizado para a atendimento a esses pacientes, especialmente por se tratar de doença transmissível e, até o momento, incurável.

Para MENEGUIN²⁰ há um grupo de profis-

sionais de enfermagem atingido pela desinformação, seja pela dificuldade de acesso à literatura atualizada, seja pelas atuais condições de vida que exigem do profissional maior dedicação ao trabalho em detrimento da própria atualização e do aprimoramento científico.

DESSUNTI¹² analisando a percepção de discentes e equipe de enfermagem em relação ao paciente com suspeita ou diagnóstico confirmado de AIDS, conclui que 53,9% dos elementos pesquisados referem apresentar medo/receio no atendimento aos mesmos. Este sentimento foi justificado pela falta de treinamento e conhecimentos sobre a doença por 32,4% da amostra pesquisada, assim como pelo fato de a AIDS ser uma doença transmissível (16,2%) e incurável (13,2%).

Esses dados nos mostram a necessidade de

* Prêmio Noraci Pedrosa Moreira – 3º Lugar – 43º Congresso Brasileiro de Enfermagem – Curitiba-PR, 1991

** Professor Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina-PR

uma educação contínua da equipe de enfermagem, objetivando uma assistência mais adequada e segura ao paciente portador de AIDS assim como, maior proteção à equipe de saúde que presta assistência.

Devido às inúmeras denúncias de discriminação a pacientes com AIDS nos hospitais, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro aprovou a Resolução 35/91 que estabelece, entre outros pontos, que nenhum médico ou instituição assistencial podem recusar atendimento a esses pacientes³.

PRATT²³ recomenda que os contratos de trabalho dos profissionais de saúde devem prever essa recusa em prestar assistência.

O número acumulado de casos de AIDS no mundo tem aumentado progressivamente, atingindo até 1º de fevereiro de 1991, 323.378 casos⁵. No Brasil, até dezembro de 1990 haviam sido notificados 14.549 casos, situando-se em terceiro lugar entre os países mais afetados no mundo².

Diante desta situação, podemos constatar que os hospitais têm prestado atendimento aos pacientes com AIDS, muitas vezes sem dispor de área física e pessoal treinado para esse fim. Isto nos levou a realização deste trabalho objetivando: 1 – traçar o perfil epidemiológico da AIDS no Estado do Paraná e Região de Londrina e 2 – Propor um Plano Assistencial de En-

fermagem a pacientes portadores de AIDS. Esperamos com isto, estarmos contribuindo para uma assistência mais adequada e segura aos pacientes.

2 METODOLOGIA

Os dados apresentados neste trabalho foram coletados em Londrina-PR, em junho de 1991, junto a 17ª Regional de Saúde – Programa de DST/AIDS²⁵ e, indiretamente, do Centro de Epidemiologia e Imunização (CEPI)/Fundação Caetano Munhoz da Rocha (FCMR)/Secretaria de Saúde do Estado do Paraná²⁴ e referem-se ao período de 1984 a abril de 1991.

O Paraná conta, atualmente, com 23 Regionais de Saúde. A 17ª Regional abrange 16 municípios situados ao Norte do Paraná, centralizados na cidade de Londrina.

O plano assistencial de enfermagem sugerido, foi embasado em revisão de literatura e experiência acumulada no decorrer dos anos com o ensino de enfermagem em Doenças Transmissíveis.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As tabelas a seguir mostram o perfil epidemiológico da AIDS no Paraná e 17ª Regional de Saúde sediada em Londrina.

Tabela 1 – Número e Percentagem de Casos de AIDS Segundo Sexo e Relação Proporcional M/F por Ano de Diagnóstico, Paraná – 1984 a 1991 *.

ANO	SEXO				TOTAL		RAZÃO
	Masculino		Feminino		Nº	%	M/F
	Nº	%	Nº	%			
1984	1	0,3	–	–	1	0,3	1/-
1985	5	1,6	–	–	5	1,6	5/-
1986	14	4,5	–	–	14	4,5	14/-
1987	19	6,1	4	1,3	23	7,4	4/1
1988	56	18,0	6	1,9	62	19,9	9/1
1989	63	20,3	10	3,2	73	23,5	6/1
1990	94	30,2	17	5,5	111	35,7	5/1
1991	18	5,8	4	1,3	22	7,1	4/1
TOTAL	270	86,8	41	13,2	311	100,0	7/1

Fonte: CEPI/FCMR

* Dados preliminares até 30.04.91.

A tabela 1 nos mostra o aumento no número de casos de AIDS notificados no decorrer dos anos, partindo de um caso em 1984, até 111 casos em 1990, num total acumulado de 311. Podemos observar, ainda, a maior incidência da doença no sexo masculino (86,8%), embora a relação M/F tenha decaído de 14/- em 1986 para 5/1 em 1990.

Tabela 2 – Número e Percentagem de Casos de AIDS Segundo Sexo e Relação Proporcional M/F Notificados pela 17ª Regional de Saúde, por Ano de Diagnóstico, Londrina – 1984 a 1991*.

ANO	SEXO				TOTAL		RAZÃO M/F
	Masculino		Feminino		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%			
1984	—	—	—	—	—	—	—
1985	02	2,0	—	—	02	2,0	2/-
1986	01	1,1	—	—	01	1,1	1/-
1987	08	8,2	03	3,1	11	11,3	3/1
1988	13	13,4	02	2,0	15	15,4	7/1
1989	19	19,6	05	5,2	24	24,8	4/1
1990	28	28,9	05	5,2	33	34,1	6/1
1991*	08	8,2	03	3,1	11	11,3	3/1
TOTAL	79	81,4	18	18,6	97	100,0	4/1

Fonte: Coordenação Regional do Programa DST/AIDS – 17ª Regional de Saúde.

* Dados preliminares até 30.04.91.

A tabela 2 nos mostra que, do total de 97 casos de AIDS notificados pela 17ª Regional de Saúde, 81,4% são do sexo masculino, levando a relação M/F a uma média de 4/1.

O aumento rápido e progressivo no número de casos de AIDS, apresentados nas tabelas anteriores, vem sendo observado mundialmente desde o primeiro artigo publicado sobre a patologia em 1981, quando já se referiam a uma possível epidemia de pneumonia por *Pneumocystis carinii* associada a outras infecções oportunistas, LEVI¹⁶; VERGARA et alii¹⁷.

O Brasil que em 1987, ocupava o quarto lugar, no mundo com 2.102 casos notificados¹, hoje se situa em terceiro lugar com 14.549 ca-

sos².

Podemos observar ainda que a maioria dos casos notificados são do sexo masculino, tanto no Estado (86,8%) como na região de Londrina (81,4%). A razão M/F também vem decaindo no decorrer dos anos e, segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE¹⁰, este fato pode ser demonstrado no Brasil através dos dados de 1984 quando essa razão era 120/1 e de 1989 quando passou para 8/1.

Tabela 3 – Número e Percentagem de casos de AIDS e Distribuição Proporcional por Sexo e Idade, Paraná – 1984 a 1991*.

GRUPO ETÁRIO (ANOS)	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Feminino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Menos de 1	3	1,0	3	1,0	6	2,0
1 – 4	2	0,6	3	1,0	5	1,6
5 – 9	—	—	—	—	—	—
10 – 14	2	0,6	—	—	2	0,6
15 – 19	5	1,6	2	0,6	7	2,2
20 – 24	31	10,0	9	2,9	40	12,9
25 – 29	61	19,6	12	3,8	73	23,4
30 – 34	60	19,3	4	1,3	64	20,6
35 – 39	40	12,9	4	1,3	44	14,2
40 – 44	27	8,7	2	0,6	29	9,3
45 – 49	12	3,8	—	—	12	3,8
50 – 54	9	2,9	1	0,3	10	3,2
55 e mais	18	5,8	1	0,3	19	6,1
TOTAL	270	86,8	41	13,2	311	100,0

Fonte: CEPI/FCMR

* Dados preliminares até 30.04.91.

Pela tabela acima podemos observar que o maior número de casos de AIDS se situa na faixa etária entre 20 e 39 anos de idade. A incidência é maior entre os 25 e 29 anos de idade tanto no sexo masculino como no feminino.

Tabela 4 – Número e Percentagem de casos de AIDS e Distribuição Proporcional por Sexo e Idade, Londrina – 1984 a 1991*.

GRUPO ETÁRIO (ANOS)	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Feminino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Menos de 1	01	1,0	01	1,0	02	2,0
01 a 04	–	–	–	–	–	–
05 a 09	–	–	–	–	–	–
10 a 14	–	–	–	–	–	–
15 a 19	–	–	01	1,0	01	1,0
20 a 24	09	9,3	07	7,3	16	16,6
25 a 29	13	13,4	06	6,2	19	19,6
30 a 34	22	22,7	03	3,1	25	25,8
35 a 39	15	15,5	–	–	15	15,5
40 a 44	08	8,3	–	–	08	8,3
45 a 49	02	2,0	–	–	02	2,0
50 a 54	04	4,1	–	–	04	4,1
55 e mais	04	4,1	–	–	04	4,1
Ignorado	01	1,0	–	–	01	1,0
TOTAL	79	81,4	18	18,6	97	100,0

Fonte: Coordenação Regional do Programa de DST/AIDS – 17ª Regional de Saúde.

* Dados preliminares até 30.04.91.

A tabela 4 nos indica que, dos casos de AIDS notificados à 17ª Regional de Saúde, a faixa etária mais acometida está entre os 20 e 39 anos de idade. Para o sexo masculino, a incidência é maior entre os 30 e 34 anos (22,7%) e para o sexo feminino entre os 20 e 24 anos (7,3%). Esses dados conferem com estatísticas mundiais que indicam a AIDS como um grande flagelo para a juventude de hoje uma vez que acomete, aproximadamente, 20% das pessoas entre 20 e 29 anos e uma grande proporção tenha se infectado durante a adolescência¹⁸.

Tabela 5 – Número e Percentagem de casos de AIDS, Segundo Categoria de Transmissão, Paraná – 1984 a 1991*.

Categoria de exposição/condição do paciente	Nº	%
Transmissão sexual	199	64,0
Homossexual	103	33,1
Bissexual	76	24,4
Heterossexual	20	6,4
Transmissão sanguínea	66	21,2
Usuário de drogas E.V.	45	14,5
Hemofílico	9	2,9
Receptor sangue/comp.	12	3,8
Transmissão perinatal	10	3,2
Transmissão não definida/outra**	36	11,6
TOTAL	311	100,0

Fonte: CEPI/FCMR

* Dados preliminares até 30.04.91.

** inclui os casos em investigação

Notamos na tabela 5, que a transmissão sexual continua sendo a forma mais comum de transmissão da AIDS (64,0%), seguida da transmissão sanguínea (21,2%) e perinatal (3,2%). Nesta tabela não foram considerados os múltiplos fatores.

Tabela 6 – Número e Percentagem de casos de AIDS Notificados pela 17ª Regional de Saúde Segundo Categoria de Transmissão, Londrina – 1984 a 1991*.

Categoria de exposição/condição do paciente	Nº	%
Transmissão sexual	48	49,5
Homossexual	23	23,7
Bissexual	16	16,5
Heterossexual	09	9,3
Transmissão sanguínea	33	31,9
Usuário de drogas E.V.	27	27,8
Hemofílico	01	1,0
Receptor sangue/comp.	03	3,1
Transmissão perinatal	02	2,1
Múltiplos fatores	10	10,3
Homo/drogas	08	8,2
Bi/drogas	02	2,1
Transmissão não definida	06	6,2
TOTAL	97	100,0

Fonte: Coordenação Regional do Programa de DST/AIDS – 17ª Regional de Saúde.

* Dados preliminares até 30.04.91.

Podemos verificar pela tabela 6 que a transmissão sexual predomina entre os modos de transmissão da AIDS (49,5%), seguida pela transmissão sanguínea (31,9%) e por múltiplos fatores (10,3).

Comparando-se as tabelas 5 e 6 notamos que no Estado do Paraná predomina a transmissão através das práticas homossexual (33,1%) e bissexual (24,4%) e através do uso de drogas endovenosas (14,5%). Na região de Londrina (tabela 6) predomina a transmissão pelo uso de drogas injetáveis (27,8%) seguida das práticas homossexual (23,7%) e bissexual (16,5%). Merece destaque o número de casos

em viciados em drogas endovenosas, o que vem preocupando as autoridades de saúde e levando alguns estados a proporem doações de seringas e agulhas descartáveis aos mesmos.

Como podemos observar nas tabelas 5 e 6, a transmissão perinatal tem se destacado em todo o Estado, justificando-se este fato, provavelmente, pelo aumento no número de casos em mulheres.

Uma pesquisa realizada em 13 maternidades do Rio de Janeiro revelou que oito em cada mil gestantes estão infectadas pelo HIV, o que leva a perspectiva de que 300 crianças por ano podem estar nascendo infectadas⁴

Tabela 7 – Número e Percentual das Patologias mais Comumente Associadas à AIDS, Paraná – 1984 a 1991*

Patologia	Casos	Percentual
candidíase	161	28,4
criptococose	20	3,5
outros fungos	07	1,2
pneumonia por P. carinii	113	19,9
criptosporidíase	12	2,1
toxoplasmose	47	8,3
outros protozoários	02	0,4
tuberculose	93	16,4
outras micobactérias	01	0,2
outras bactérias	11	1,9
citomegalovírus	17	3,0
herpes simples	24	4,2
herpes zóster	19	3,4
outras viroses	06	1,1
sarcoma de Kaposi	28	4,9
linfoma	06	1,1
TOTAL	568	100,0

Fonte: CEPI/FCMR

* Dados preliminares até 30.04.91.

A tabela 7 nos mostra que as patologias mais comuns em indivíduos portadores de AIDS são: candidíase (28,4%), pneumonia por *Pneumocistis carinii* (19,9%), tuberculose (16,4%) e toxoplasmose (8,3%). Entre as neoplasias, o sarcoma de Kaposi predomina em 4,9% dos casos.

Essas mesmas infecções oportunistas e neoplasia são relacionadas por PASTERNAK²² e pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE⁹ como as principais patologias associadas à AIDS em nosso país.

Tabela 8 – Número de Casos de AIDS, Óbitos e Coeficiente de Letalidade no Paraná – 1984 a 1991*.

Ano	Casos	Óbitos	Coefic. de letalidade
1984	01	01	100,0
1985	05	05	100,0
1986	14	14	100,0
1987	23	23	100,0
1988	62	54	87,1
1989	73	58	79,5
1990	111	72	64,9
1991*	22	13	59,1
TOTAL	311	240	77,2

Fonte: CEPI/FCMR

* Dados preliminares até 30.04.91

Observamos na tabela 8 que, dos 311 casos de Aids notificados no período de 1984 a abril de 1991, 77,2% evoluíram para o óbito.

O coeficiente de letalidade que era de 100% no período de 1984 a 1987, passa a decair a partir de 1988, chegando a 64,9% em 1990. Isto se justifica, provavelmente, pelo maior conhecimento e melhor preparo da equipe de saúde, em virtude da realização e divulgação

de muitas pesquisas no meio científico, assim como experiências adquiridas pela equipe no decorrer dos anos em relação ao comportamento e evolução da doença. É importante salientar, ainda, que essa letalidade de 100% observada em alguns períodos, pode ser decorrente de notificação no momento do óbito, numa época em que a AIDS era pouco conhecida.

Tabela 9 – Número e Percentual de Casos de AIDS, segundo o Grau de Escolaridade – Paraná – 1984 a 1991*.

Escolaridade	Número	%
analfabeto	10	3,2
1º grau	112	36,0
2º grau	63	20,3
superior	76	24,4
ignorado	38	12,2
menor	12	3,9
TOTAL	311	100,0

Fonte: CEPI/FCMR

* Dados preliminares até 30.04.91

Através da tabela 9 podemos observar que 36,0% dos casos notificados de AIDS ocorreram em indivíduos com escolaridade a nível de 1º grau; 20,3% a nível de 2º grau e 24,4% de nível superior.

Tabela 10 – Número e Percentagem de Casos de AIDS, segundo o Grau de Escolaridade – Londrina – 1984 a 1991*.

Escolaridade	Número	%
analfabeto	01	1,0
1º grau	33	34,0
2º grau	16	16,5
superior	15	15,5
ignorado	30	31,0
menor	02	2,0
TOTAL	97	100,0

Fonte: Coordenação Regional do Programa de DST/AIDS – 17ª Regional de Saúde.

* Dados preliminares até 30.04.91

Pela tabela 10 podemos observar que 34,0% dos indivíduos com AIDS possuem escolaridade a nível de 1º grau; 16,5% a nível de 2º grau e 15,5% são de nível superior.

Observando-se as tabelas 9 e 10, não se verifica uma relação entre incidência da AIDS e nível de escolaridade. Destaca-se apenas um menor número de casos em indivíduos analfabetos e muitos casos em indivíduos com nível de escolaridade ignorada.

4 CONCLUSÕES

Pelos dados apresentados e discutidos no presente trabalho, podemos concluir:

– O número de casos de AIDS tem aumentado progressivamente no Estado do Paraná, tendo atingido 311 casos no período de 1984 a abril de 1991.

– A incidência da AIDS no Paraná, é maior no sexo masculino; embora a relação M/F decaiu de 14/- em 1986 para 5/1 em 1990. Na região de Londrina a razão M/F foi de 6/1 no último ano.

– O grupo etário mais acometido pela AIDS está entre os 20 e 39 anos de idade, tanto na região de Londrina, como em todo o Estado.

– No Paraná a transmissão da AIDS é mais comum através das práticas homossexual (33,1%) e bissexual (24,4%) e uso de drogas intravenosas (14,5%).

– na região de Londrina predomina a transmissão pelo uso de drogas injetáveis (27,8%), seguida das práticas homossexual (23,7%) e bissexual (16,5%).

– A transmissão perinatal é responsável por 3,2% dos casos de AIDS do Paraná e por 2,1% dos casos da 17ª Regional de Saúde.

– As patologias mais frequentemente associadas à AIDS no Estado do Paraná são: candidíase (28,4%), pneumonia por *P. carinii* (19,9%), tuberculose (16,4%), toxoplasmoses (8,3%) e sarcoma de Kaposi (4,9%).

– Dos 311 casos notificados no Paraná no período de 1984 a abril de 1991, 77,2% evoluíram para o óbito.

– O coeficiente de letalidade que era de 100% no período de 1984 à 1987, passa a decair à partir de 1988, chegando a 64,9% em 1990.

– Atualmente não se verifica uma relação entre a incidência da AIDS e o nível de escolaridade do paciente.

5 SUGESTÕES

O perfil epidemiológico da AIDS traçado para região de Londrina e Estado do Paraná e as experiências adquiridas através do ensino de doenças transmissíveis, subsidiaram as seguintes sugestões para compor um plano assistencial de enfermagem.

5.1 Isolamento

Manter o paciente em quarto privativo e individual. Eventualmente poderão ocupar um único quarto pacientes com a mesma patologia. As normas de isolamento devem ser seguidas apenas quando o paciente apresentar diarreia incontrolável, tosse produtiva, hemorragias; devendo-se usar avental, máscara e luvas ao manipular o mesmo ou seus objetivos contaminados. O uso de óculos protetores está indicado nas situações em que há risco de contaminação dos olhos pelos fluidos corpóreos do paciente: endoscopia digestiva, broncoscopia, hemodiálise, cirurgias, pacientes com distúrbios psiquiátricos. Respeitar precauções ao manipular fluidos corpóreos, principalmente sangue, sêmen e secreções vaginais.

Lembrar a ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD²¹ destaca somente três modos de transmissão da AIDS: relação sexual (homo ou heterossexual com troca de fluidos corpóreos); exposição ao sangue, hemoderivados, sêmen e órgãos transplantados (inclui transfusão de sangue, utilização de seringas e agulhas não esterilizadas durante o uso indevido de drogas injetáveis) e a transmissão mãe para filho (antes do nascimento, durante o parto ou depois do mesmo, inclusive através do leite materno).

5.2 Ambiente

Deve estar sempre limpo e arejado. Fazer desinfecção concorrente a cada período e sempre que necessário. Proceder a desinfecção terminal do quarto em casos de alta, transferência ou óbito do paciente.

5.3 Orientações – especiais quanto a materiais, roupas, lixo e execução de técnicas BERBERT et alii⁶, MINISTÉRIO DA SAÚDE⁷:

– Executar técnicas assépticas rigorosamente, evitando, assim, levar microrganismos ao paciente.

– Lavagem das mãos com água e sabão antes e logo após a manipulação do paciente. Lembrar sempre que as mãos enluvadas (isolamento ou precauções) também devem ser lavadas entre um procedimento e outro.

– Todo material usado para atendimento ao paciente, quando possível, deve ser descartável (luvas, seringas, agulhas, copos, pratos, talheres, sonda endotraqueal de Maguill).

– Não se deve entortar as agulhas ou reinserí-las nos protetores, evitando assim o risco de punção acidental.

– Materiais cortantes e perfurantes deverão ser desprezados em recipientes de paredes rígidas e encaminhados para incineração.

– Todo material contaminado não descartável deve seguir o seguinte processo: imergir em

solução desinfetante durante 60 minutos (tempo considerado para inativação de outros microrganismos comumente associados ao vírus da AIDS como o **M. tuberculosis**); lavar; enxaguar e encaminhar para esterilização. Os agentes químicos que inativam o vírus da AIDS são: hipoclorito de sódio a 0,5% por cinco minutos; glutaraldeído a 1%, por cinco minutos; etanol (álcool) a 25%, por cinco minutos; H₂O₂ a 0,3% por 15 minutos; fenol a 5%, durante 15 minutos e paraformaldeído a 0,5%, por 15 minutos. A esterilização pelo calor seco (estufa) ou úmido (autoclave) também inativa o vírus, uma vez que ultrapassa a temperatura mínima necessária para isso que é de 56°C durante 30 minutos. Materiais de borracha e similares que não podem ser esterilizados pelo calor seco ou úmido (sonda endotraqueal de Maguill – caso seja reaproveitada, cânula de Guedel, intermediários e conexões de respiradores, máscaras para oxigenação, nebulizador, umidificador), lâmina de laringoscópio e outros: imergir em solução de glutaraldeído a 2% durante 60 minutos, proceder a limpeza externa e interna com água e sabão; colocar novamente em outra solução de glutaraldeído ativado durante 30 minutos; lavar com água corrente, secar com compressa estéril e condicionar em campo próprio.

– As roupas sujas e o lixo devem ser manipulados com as mãos enluvasadas; acondicionados em sacos plásticos resistentes devidamente identificados; transportados em carrinhos apropriados (inox com tampa) e encaminhados para a lavanderia e incinerador, respectivamente. As roupas contaminadas devem ser previamente imersas em solução de hipoclorito de sódio a 1% durante 60 minutos, antes da lavagem na máquina com água a 95°C.

5.4 Higiene e Repouso

A higiene do paciente estará na dependência de suas condições gerais, podendo variar desde um banho de aspersão até um banho no leito. Observar presença de áreas de coloração azul escura ou violeta em relevo na pele, que são indicativas de sacoma de Kaposi. Aparecem no tronco, nas extremidades superiores, nas orelhas e nariz. Estas são indolores e não pruriginosas, LISKIN, BLACKBURN¹

Na higiene oral estar atento à lesões na cavidade oral sob a forma de placas esbranquiçadas que, segundo FOCACCIA, VERONESI¹⁴ são, geralmente, devidas a infecção por **Candida albicans** ou por vírus oportunista (Herpes simples, vírus de Epstein barr).

O repouso pode ser absoluto ou relativo dependendo, também, das condições gerais do paciente e do tipo de afecção que apresenta.

5.5 Alimentação e Hidratação

Incentivar a alimentação observando sempre as preferências do paciente. Se necessário, oferecer dieta fracionada para evitar náuseas e vômitos. A dieta poderá ser líquida ou pastosa se o paciente apresentar lesões em cavidade oral.

Estimular a ingesta hídrica devido as perdas através de vômitos, diarreia, hipertermia e sudorese intensa que o paciente pode apresentar.

Nos casos mais graves o paciente poderá ser mantido com a alimentação e hidratação por sonda nasogástrica ou em jejum com reposição hidreletrolítica e calórica por via endovenosa conforme conduta médica. Nestes casos proceder aos cuidados habituais com sonda nasogástrica, intracath ou flebotomia, respeitando as recomendações na manipulação desses materiais.

5.6 Eliminações

O controle de diurese está indicado nos pacientes com indícios de comprometimento renal pois, de acordo com GOUVEA FILHO⁵, podem surgir manifestações renais na AIDS como: insuficiência renal aguda, lesões glomerulares e, mais raramente, insuficiência renal crônica.

O número e aspecto das eliminações intestinais também devem ser observados pois, segundo BRÍGIDO¹¹, podem ocorrer quadros de diarreia persistente e recorrente em pacientes com criptosporidiose, salmonelose, shigelose e outros.

Todas as eliminações devem ser tratadas com solução desinfetante antes de serem desprezadas.

5.7 Peso e Sinais Vitais

O peso diário pela manhã e em jejum é um dado importante na avaliação do paciente, uma vez que a perda acentuada de peso é um dos sinais da doença.

Pressão arterial, pulso, temperatura e frequência respiratória também são dados importantes para detecção ou avaliação da evolução de infecções oportunistas.

A pneumonia por **Pneumocystis carinii**, **Mycobactrim avium** ou **M. tuberculosis** leva o paciente a apresentar tosse, dispnéia e até quadros de deficiências respiratórias fatais.

A febre é um dos sinais clínicos da doença, além de se associar aos quadros infecciosos habitualmente presentes.

5.8 Medicação

Os medicamentos prescritos devem ser administrados com seringas e agulhas descartáveis desprezando-as em recipientes de paredes rígidas. Estar atento a possíveis efeitos colaterais

dos medicamentos prescritos de acordo com a especificidade de cada um.

5.9 Exames

A coleta de material para exames (sangue, urina, fazes, secreções e outros) deve ser realizada com as mãos enluvasadas e usando-se material descartável. Deve conter identificação incluindo um sinal de alerta para o potencial de contaminação. Este material deve ser transportado em saco plástico resistente.

Segundo SILVA²⁶ a biópsia hepática poderá ser indicada nos pacientes com AIDS que apresentem febre inexplicável, hepatomegalia ou alterações no perfil bioquímico do fígado. Nestes casos, deve-se proceder com o material, roupas e lixo conforme descrito no item 5.3.

5.10 Informações, Planejamento e Observações

O histórico de enfermagem deve conter informações que indiquem a possível forma de transmissão da doença para auxiliar nas orientações ao paciente.

Observar e anotar a presença de sinais ou sintomas como: náuseas, vômitos, diarreia, sudorese, hipertermia, dores abdominais, tosse, dispnéia, taquipnéia, cianose, manchas cutâneas, lesões em cavidade oral, nível de consciência e outros. Esses dados são importantes para detectar precocemente a instalação de infecções secundárias ou até mesmo para avaliar terapêutica e evolução do paciente com infecções já presentes.

A notificação à autoridade sanitária é obrigatória para os casos confirmados.

Os casos suspeitos e os contatos devem ser submetidos à investigação epidemiológica, clínica e educação sanitária.

5.11 Educação Sanitária

De acordo com a legislação brasileira, a educação em saúde deve cobrir pelo menos os seguintes tópicos: a AIDS como doença transmitida através da prática sexual, do uso de drogas injetáveis, da transfusão sanguínea, da mãe para o filho; além das medidas preventivas individuais, MINISTÉRIO DA SAÚDE⁸.

5.12 Psico-sócio-espiritual

As infecções frequentes, a anorexia, a debilidade e as constantes mialgias podem prejudicar a capacidade de trabalho de indivíduos com AIDS. Os longos períodos de hospitalização; as complicações neurológicas que causam perda da memória, dificuldade de concentração, desinteresse e demência; a discriminação social; a ansiedade e a incerteza a respeito do curso clínico e tratamento; o medo irracional e as reações negativas da população, são fatores que podem levar o indivíduo à depressão profunda e algumas vezes ao suicídio, FARIAS¹³.

Para tentar minimizar tal situação, preconiza-se o atendimento ao paciente com AIDS por uma equipe interdisciplinar composta por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, além do médico e equipe de enfermagem.

A assistência espiritual deve ser providenciada especialmente quando solicitada pelo paciente. A família e os amigos do paciente também devem ser abordados visando apoio e conforto ao mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 AIDS: 363 novos casos por dia. *Súmula*. (da Fundação Oswaldo Cruz), Manguinhos, v. 6, n. 18, p. 3, jan. 1988.
- 2 AIDS I: Brasil poderá ter 25 mil doentes em 91. *Súmula*, (da Fundação Oswaldo Cruz), Manguinhos, v. 8, n. 40, p. 4, mar. 1991.
- 3 AIDS e ética: Resolução obriga o atendimento. *Súmula*, (da Fundação Oswaldo Cruz), Manguinhos, v. 8, n. 41, p. 4, abr. 1991.
- 4 AIDS III: mal ataca 8 em cada mil gestantes. *Súmula*, (da Fundação Oswaldo Cruz), Manguinhos, v. 8, n. 42, p. 4, jun. 1991.
- 5 A TABUADA da AIDS. *Dados*, v. 15, jun. 1991. Encarte especial.
- 6 BERBERT et alii. *SIDA/AIDS: rotinas do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná*. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 1987. 24p. (mimeografado).
- 7 BRASIL. Ministério da Saúde. *SIDA/AIDS: recomendações para hospitais, ambulatórios médicos, odontológicos e laboratoriais*. (Centro de Documentação do Ministério da Saúde), Brasília, 1986. 16p.
- 8 ———. *recomendações para prevenção e controle da infecção pelo vírus HIV (SIDA/AIDS)*. (Centro de Documentação do Ministério da Saúde), Brasília, 1987. 27p.
- 9 ———. *Boletim Epidemiológico da AIDS*. (Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS), Brasília, v. 2, n. 10, abr. 1989.
- 10 ———. *Boletim Epidemiológico da AIDS*, (Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS), Brasília, v. 3, n. 06, dez. 1989.
- 11 BRÍGIDO, H.A. *Síndrome da imunodeficiência adquirida: revisão bibliográfica*. Universidade Federal do Pará, Pará, 1985. 70 p.
- 12 DESSUNTI, E.M. *Percepção de discentes e equipe de enfermagem em relação ao paciente com suspeita ou diagnóstico confirmado de AIDS*. Londrina: (s.n.), 1988. 75 p. Monografia (especialização em Metodologia de ensino, pesquisa e assistência de enfermagem). Universidade Estadual de Londrina, 1988.
- 13 FARIAS, R.H. et alii. *SIDA: aspectos psicossociais, neurológicos e psiquiátricos*. *Skopia*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 27-30, abr. 1985.

- 14 FOCACCIA, R., VERONESI, R. AIDS: aspectos clínicos. *Rev. Bras. Clín. terap.*, v. 15, n. 9, p. 272-276, set. 1986.
- 15 GOUVEIA FILHO, W.L. AIDS: mesa-redonda. *JBM*, v. 51, n. 2, p. 42-68, ago. 1986.
- 16 LEVI, G. Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). *Rev. Ass. Med. Brasil*, v. 31, n. 9/10, set./out. 1985.
- 17 LISKIN, L., BLACKBURN, R. AIDS: uma crise de saúde pública. *Population Reports*, Baltimore, série L, n. 6, p. 1-43, abr. 19 7.
- 18 LOS JÓVENES y el SIDA. *Informe de la OMS*, (PMS/OMS), Genebra, n. 7, p. 3, mar. 1990.
- 19 MATIDA, A. Faltam informações e política preventiva. *Sírnula*, (Fundação Oswaldo Cruz), Manguinhos, v. 8, n. 42, p. 4, jun. 1991.
- 20 MENEGHIN, P. AIDS: Assistência de enfermagem e revisão de literatura. *Rev. Paul. Enf.*, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 99-107, jul./set., 1986.
- 21 ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Declaraciones de consenso sobre la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana y la infección del personal de salud. *Boletim Epidemiológico*, (Organización Panamericana de la Salud), v. 8, n. 1/2, 1987.
- 22 PASTERNAK, J. et alii. Incidência de infecções oportunistas numa série brasileira de pacientes com AIDS. *Rev. Ass. Med. Brasil.*, v. 33, n. 5/6, p. 119-120, mai./jun., 1987.
- 23 PRATT, R.J. AIDS: uma estratégia para a assistência de enfermagem. São Paulo: Ática, 1987. 141 p.
- 24 SECRETARIA de Saúde do Estado do Paraná. Fundação Caetano Munhoz da Rocha, Centro de Epidemiologia e Imunização. *Dados estatísticos sobre AIDS no Paraná*. (Curitiba: Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, 1991). (datilografado).
- 25 ———. Coordenação Regional do Programa de DST/AIDS. *Dados estatísticos sobre AIDS na região de Londrina-PR.*, (Londrina: 17ª Regional de Saúde, 1991). (datilografado).
- 26 SILVA, L.C. da hepatites por virus em circunstâncias especiais. In: ———. *Hepatites agudas e crônicas*. São Paulo: Sarvier, 1986. cap. 22, p. 221-223.
- 27 VERGARA, et alii. Manifestações neurológicas da SII. A. *Arq. Bras. Medic.*, v. 60, n. 3, p. 173-190, mai./jun. 1986.