

# CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM TUBERCULOSE PULMONAR<sup>1</sup>

**Rodrigo Marques da Silva<sup>2</sup>**  
**Keity Laís Siepmann Socco<sup>3</sup>**  
**Simone Spiazzi Favarin<sup>4</sup>**  
**Tânia Solange Bosi de Souza Magnago<sup>5</sup>**  
**Juliana Petri Tavares<sup>6</sup>**

## RESUMO

**Introdução:** A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. **Objetivo:** comparar as informações da literatura acerca da Tuberculose com os sinais e sintomas encontrados no paciente, descrever os cuidados de enfermagem, o tratamento farmacológico e a evolução clínica do mesmo. **Método:** Realizou-se acompanhamento do paciente durante a internação, 18 a 24 de Outubro de 2009, por meio de entrevista, exame físico e análise do prontuário. **Resultados:** Os sinais clínicos foram ao encontro daqueles encontrados na literatura. Os cuidados de enfermagem realizados foram: higiene do couro cabeludo e oral; aplicação de óleo mineral após Higiene Corporal; reposição de Líquidos e eletrólitos; estímulo a ingestão alimentar; encaminhamento à avaliação odontológica; administração das medicações prescritas; relatar ao médico os achados no hipocôndrio direito; realização de HGT e nebulização; avaliação da permeabilidade e do aspecto da punção venosa. **Conclusão:** Obteve-se aprendizado sobre o tema e o papel da enfermagem.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Cuidados de enfermagem; Estudos de casos.

<sup>1</sup> Estudo de Caso

<sup>2</sup> Acadêmico do Curso de Enfermagem da UFSM. Bolsista PET (SESU/MEC). Integrante do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Linha de Pesquisa Stress, *Coping e Burnout*. e-mail: marques-sm@hotmail.com.

<sup>3</sup> Acadêmica do Curso de Enfermagem da UFSM. Bolsista FIEEX. Integrante do Pesquisa Cuidado as Pessoas, famílias e sociedade, sublinha saúde mental. e-mail: keitylais@hotmail.com

<sup>4</sup> Acadêmica de Enfermagem pela UFSM. Bolsista do Ambulatório de Quimioterapia do HUSM. Participante do Projeto de Vivências no Pronto Socorro do HUSM. e-mail: sspiazzi@hotmail.com

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ. Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Linha de Pesquisa Saúde do Trabalhador. e-mail: tmagnago@terra.com.br

<sup>6</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). e-mail: jupetritavares@gmail.com.

## INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa, causada por um microorganismo denominado *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de bacilo de Koch (BK). Esse microorganismo se propaga através do ar, por meio de gotículas contendo os bacilos expelidos por um doente com TB pulmonar ao tossir, espirrar ou falar em voz alta. Quando estas gotículas são inaladas por pessoas saudáveis, provocam a infecção tuberculosa e o risco de desenvolver a doença. (Ministério da Saúde, 2002, p. 8).

A tuberculose é um problema de saúde prioritário no Brasil, que juntamente com outros 21 países em desenvolvimento, albergam 80% dos casos mundiais da doença. No Brasil, estima-se que ocorram 129.000 casos por ano, dos quais são notificados cerca de 90.000. Em 2005, o coeficiente de mortalidade foi de 2,5 por 100.000 habitantes. Esses números, entretanto, não representam a realidade do País, pois parte dos doentes não são diagnosticados nem registrados oficialmente: (Ministério da Saúde, 2005).

As ações para o controle da tuberculose no Brasil têm como meta diagnosticar pelo menos 90% dos casos esperados e curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados. A expansão das ações de controle para 100% dos municípios complementa o conjunto de metas a serem alcançadas (Ministério da Saúde, 2002, p. 5).

Atualmente, o percentual de cura da tuberculose não ultrapassa 75% dos casos tratados, embora o Brasil tenha sido o primeiro País a implantar o tratamento de curta duração – seis meses – em 1980, obtendo relativo sucesso inicial. O percentual insatisfatório de cura decorre, sobretudo, do abandono do tratamento que, logo no início, confere ao paciente uma melhora notável: (Ministério da Saúde, 2002, p. 4). A reversão desse quadro depende, principalmente, dos profissionais de saúde. Eles precisam estar atentos e devidamente capacitados para informar a população acerca da doença e dos meios de preveni-la, bem como para realizar o pronto diagnóstico dos casos suspeitos, iniciarem rapida-

mente o tratamento e acompanhar os pacientes, de modo a garantir-lhes a cura plena (Ministério da Saúde, José Serra, 2002, p.4).

Smeltzer e Bare (2009) definem que o papel da enfermagem frente à tuberculose consiste em obter a história completa e realizar o exame físico no indivíduo. Se forem observadas manifestações como sudorese noturna, tosse produtiva, fadiga, perda de peso, anorexia e febre, cabe ao enfermeiro realizar uma avaliação mais completa da função respiratória.

A enfermagem também deve avaliar como o paciente organiza sua vida, as percepções e compreensão da doença, bem como sua aptidão para aprender. Com base nos dados do histórico, o enfermeiro deve realizar os diagnósticos de enfermagem, que podem incluir: depuração ineficaz das vias aéreas, déficit de conhecimento sobre prevenção e tratamento da tuberculose e intolerância a atividades.

A partir dos diagnósticos, o enfermeiro deve prescrever os cuidados necessários, que incluem: promover a depuração das vias aéreas, orientar para a adesão ao tratamento, promover a atividade e a nutrição adequada e monitorar as complicações potenciais. Além disso, a evolução, os resultados obtidos com o tratamento, deve ser analisada e registrada pelo enfermeiro e o caso com seu respectivo desfecho deve ser notificado à secretaria de saúde do município.

Este relato tem como objetivo de realizar uma análise comparativa entre as informações disponíveis na literatura acerca da Tuberculose e os sinais e sintomas encontrados no paciente em estudo, descrever os cuidados de enfermagem, o tratamento farmacológico prestado e a evolução clínica do referido paciente.

## MÉTODO

Realizou-se acompanhamento do paciente durante o período de internação, 18 a 24 de Outubro de 2009, por meio de entrevista, exame físico e análise do prontuário do mesmo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente do sexo masculino, 19 anos de idade, solteiro, no 7º ano do ensino fundamental, morador do KM3, tem uma filha, mas não lembra a idade. Trabalha como catador de resíduos e serviços gerais. A mãe e irmã foram suas acompanhantes e se revezavam no cuidado ao paciente.

Relata ser ex-usuário de drogas (cocaína e crack), HIV positivo e tabagista. Apresenta diagnóstico provável de Tuberculose, Pneumocistose e Pneumonia. Diagnóstico confirmado de HIV e Candidíase oral.

Paciente encontra-se lúcido, orientado e comunicativo. Relata perda de peso de 15 a 20 Kg (nas últimas semanas), tosse seca a mais de 30 dias, diarreia intensa, febre alta, sudorese noturna, dispnéia, falta de apetite, alteração no olfato e dor retroesternal. Além disso, relata ter tido dermatite, mas já curou. Recebe dieta livre por via oral, mas se alimenta pouco.

À verificação de sinais vitais apresentou PA 100x90 mmHg, Pulso 96 bpm (rítmico e forte), Frequência Respiratória 23 rpm (profunda e abdominal), Temperatura Axilar 35°C. Apresenta filamentos esbranquiçados na língua e gengiva, saliva esbranquiçada, dentes com tártaro. Apresenta acesso venoso periférico, com abocate nº 22, no antebraço esquerdo, infundindo soro fisiológico 0,9% para manter veia. Massa endurecida e de som maciço à percussão na região do hipocôndrio direito, região plantar dos pés ressecadas.

Quanto às eliminações, evacuações estão normais e a urina apresenta-se amarelo-escura e sem odor. Na literatura, os sinais e sintomas típicos da tuberculose encontrados foram: febre baixa, tosse, dificuldade na respiração, sudorese noturna, falta de apetite, fadiga e perda de peso, podendo a tosse ser improdutiva ou com expectoração de escarro muco purulento.

Conforme Smeltzer e Bare (2009), a doença pulmonar é mais prevalente nos pacientes com AIDS. Os sinais e sintomas apresentados pelo paciente foram perda de peso considerável, tosse seca,

fadiga, falta de apetite, sudorese noturna e dispnéia periódica. Dessa forma, perda de peso, tosse seca, sudorese noturna, falta de apetite e fadiga foram sintomas correspondentes àqueles descritos na literatura. As dificuldades respiratórias conferem com as crises dispnéicas apresentadas pelo paciente.

Os cuidados de enfermagem dispensados ao paciente em estudo foram: aplicação de óleo mineral após Higiene Corporal diária devido a pés ressecados; reposição de Líquidos e eletrólitos (devido a diarreia) com Solução Fisiológica 0,9% e NaCl 20% via endovenosa à 80ml/h, conforme prescrição médica; estimular a ingestão alimentar mais frequente e de acordo com as preferências do paciente. Caso continue se alimentando pouco, avaliar a possibilidade de sondagem nasoentérica para reposição de nutrientes; higiene corporal, higiene do couro cabeludo e higiene oral com cepacol ou Bicarbonato. Orientar o paciente para uma avaliação odontológica, assim que possível; administração das medicações prescritas para tratamento das patologias identificadas; relatar ao médico os achados na palpação do hipocôndrio direito; reposição hídrica, devido a sudorese noturna intensa; realização de hemogluco-teste (HGT) de 6/6h para controle da glicemia, visto que a falta de apetite e conseqüente dieta inadequada pode levar a hipoglicemia grave e suas complicações; realização de nebulização conforme prescrição médica para reduzir escarro, tosse e dispnéia; avaliação da permeabilidade e do aspecto da punção venosa; avaliação dos sinais vitais de 6/6h e quando necessário.

O tratamento farmacológico instituído, conforme prescrição médica foi: Fluconazol 100mg VO 1x/dia. Fármaco antimicótico, que age inibindo a síntese fúngica de esteróides, um componente necessário da parede celular. Usado no tratamento da candidíase. Durante o uso, deve-se monitorar função hepática e avaliar efeitos adversos, orientar a não utilização de outras drogas concomitantemente, orientar para o uso de métodos contraceptivos seguros e adequados; Sulfametoxazol 400mg + Trimetopim 80mg 4cp 6/6h. Fármaco antibacteriano associado. Age inibindo o metabolismo do ácido folínico na bactéria.

Deve-se recomendar ingestão hídrica de 1,5 a 2 litros por dia para evitar cristalúria, orientar uso de roupas adequadas e protetor solar para evitar reações de fotosensibilidade, observar reações adversas e sinais de superinfecção, resultados da cultura e do antibiograma; monitorar funções hematológicas e renais. Usado no tratamento e (ou) profilaxia da Tuberculose e Pneumonia; Vancomicina 1g Endovenosa de 12/12h. Fármaco antibiótico, com ação bactericida, liga-se a parede celular bacteriana, causando a morte do microorganismo. Usada no tratamento da pneumonia; Paracetamol, se necessário. Analgésico e antitérmico. Se for via oral, pode ser administrado com alimentos para evitar desconforto gastrointestinal. Orientar sobre reações adversas.

Deve-se recomendar ao paciente que não use álcool, AAS e outros AINES concomitantemente; Metoclopramida 1 ampola, via endovenosa de 8/8h, para profilaxia de úlcera péptica e, se necessário, como anti-hemético no caso de vômitos; Piperacilina+tazobactam 4,5mg EV 6/6h. Associação de antibióticos (inibidores da betalactamase e penicilina semi-sintética). A piperacilina liga-se a parede bacteriana, eliminando a bactéria e o Tazobactam inibe as enzimas bacterianas que inativam as penicilinas (betalactamases). Recomendar aumento da ingestão hídrica para fluidificar secreções. Orientar sobre reações adversas. Usado no tratamento da Pneumonia Nosocomial; Diazepam 10mg, via endovenosa, se o paciente apresentar agitação. Fármaco sedativo-hipnótico. Atua como depressor do Sistema Nervoso Central (SNC), facilitando a ação inibitória do neurotransmissor GABA. As doses devem ser reduzidas lenta e gradualmente para evitar sintomas de abstinência. Em terapias prolongadas, monitorar funções hepática, renal e hematopoiética. Se administrada via oral, ingerir medicamento com alimentos para evitar desconfortos gastrointestinais; Lorazepam 2mg, via endovenosa, de 8/8h. Fármaco sedativo-hipnótico. É um derivado benzodiazepínico e age como ansiolítico sem produzir ataxia (falta de coordenação dos movimentos). Além disso, também age como anticonvulsivante, antimorfina e antitremor. Usado no tratamento de confusão mental e desorientação. Sobre a evolução do paciente em questão, destaca-se que, no primei-

ro dia de estudo (DE), o paciente apresentava-se agitado, recusava-se a fazer tratamento e retirava AVP (Acesso Venoso Periférico) várias vezes durante o dia. Permaneceu fazendo febre. Apresentava regular estado geral, presença de linfonodo supraclavicular esquerdo palpável e doloroso.

Recebeu visita da irmã a qual referiu que paciente iniciou com vômitos (amarelados) após se alimentar na noite anterior. Não evacuava há quatro dias (desde o dia da internação). No dia seguinte, o paciente negava tosse e dispnéia, pedia frutas e não deseja receber solução endovenosa. Além disso, apresentou episódio importante de tosse não produtiva durante a visita. No 3ºDE, o paciente apresenta-se deprimido, confuso e desorientado.

Queixou-se de dor a palpação e apresentou pouca aceitação de dieta via oral. No 4ºDE, ele se apresentou desorientado e confuso, com tosse e dor epigástrica. Apresentou-se emagrecido, taquipnéico, sem rigidez de nuca e dor a palpação epigástrica. Fazia uso de óculos nasal a 2l/min com saturação de oxigênio menor que 90%. Foi solicitada avaliação psiquiátrica e realizou-se sondagem nasoentérica. No 6ºDE, conforme relato da equipe do pronto atendimento, o paciente apresentou insuficiência ventilatória, foi entubado e transferido para UTI. À Conferência dos Sinais Vitais apresentou: FC 200, PA 89/46 mmHg e Temp Axilar 38,4 °C. Na UTI, os indicadores do respirador foram: ACV: 500, PEEP- 5, FR:28, Fi O2- 0,7. Foi sedado com Midazolam à 10ml/h e Fentanil à 10ml/h. Foi instalada solução fisiológica à 150ml/h e Noradrenalina à 10ml/h em Bomba de Infusão Contínua. Apresenta saturação de 85%. Diagnóstico confirmado de Pneumonia Nosocomial. Paciente evoluiu com confusão mental e insuficiência respiratória. Teve redução de plaquetas (Plaquetopenia) e acidose. Foi iniciado piperacilina/tazobactam (TAZOCIN), Dopamina e aumentado sedação. No dia seguinte, o paciente apresenta-se em mal estado geral, hipotenso, desaturado e com broncoespasmo. Foi observada anisocoria discreta e piora da gasometria. Paciente evoluiu com sepse, choque, coagulopatia, insuficiência respiratória e insuficiência renal, sendo refratário ao vasopressor e à corticoterapia. A seguir, ele teve parada cardiorrespiratória, não respondendo às ma-

nobras de reanimação cardiopulmonar. Foi a óbito às 12 horas e 15 minutos do mesmo dia. As causas do óbito foram: SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), Tuberculose Pulmonar, Insuficiência Respiratória e possível Pneumocistose.

## CONCLUSÃO

A realização deste trabalho proporcionou um grande aprendizado sobre o tema tratado, bem como sobre o papel desenvolvido pela enfermagem frente a ele. Consideramos como aspecto relevante a aplicação do processo de enfermagem, a atividade de pesquisa desenvolvida e a produção deste estudo. Destacamos como obstáculos, o pouco tempo de contato com o paciente, devido ao óbito, a realização do exame físico de enfermagem e os termos técnicos que encontramos nos registros médicos e de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica. Manual Técnico para o Controle da Tuberculose.** Brasília, DF, 2002.

Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose PNCT – Brasil.** 2005

