



Universidade Federal
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ALANA VIEIRA ROQUE

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA
COINFEÇÃO LEISHMANIOSE VISCERAL/HIV**

00117/2011
CZBC TCC

**CAJAZEIRAS – PB
2011**

ALANA VIEIRA ROQUE

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA
COINFEÇÃO LEISHMANIOSE VISCERAL/HIV**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Ms. Luciana Moura de Assis
Co-Orientadora: Profa. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento



**CAJAZEIRAS – PB
2011**



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

R786s Roque, Alana Vieira
Sistematização da assistência de enfermagem na
coinfecção leishmaniose visceral/HIV./ Alana Vieira
Roque. Cajazeiras, 2011.
50f. : il.

Orientadora: Luciana Moura de Assis.
Coorientadora: Maria Mônica Paulino do Nascimento
Monografia (Graduação) – CFP/UFPG

1. Leishmaniose Visceral. 2. Vírus da imunodeficiência humana. 3. Sistematização da assistência de enfermagem. I. Assis, Luciana Moura de. II. Nascimento, Maria Mônica Paulino do. III. Título.

UFPG/CFP/BS

CDU- 616.993.161

ALANA VIEIRA ROQUE

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA
COINFEÇÃO LEISHMANIOSE VISCERAL/HIV**

APROVADA EM ___ / ___ /2011.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ms. Luciana Moura de Assis
UACV/CFP/UFCG
(Orientadora)

Profa. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento
UACV/CFP/UFCG
(Co-orientadora)

Profa. Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento
UACS/CFP/UFCG
(Examinadora)

**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA**

A Deus:

“Por iluminar minha vida e me dar coragem para enfrentar os obstáculos.”

À minha mãe:

“Que está comigo em cada passo de minha vida e me ensinou que a honestidade e o respeito são essenciais à vida.”

À minha família:

“Que sempre me deu força para continuar.”

AGRADECIMENTOS

Ao Pai Eterno: Deus

“Por ser meu guia espiritual, por me dar esperança. Obrigada por mais uma conquista!”

À minha mãe: Bernadete

“Aprendi com você que o amor é muito maior que nossas dificuldades e diferenças, que esse sentimento pode vencer todos os desafios. Agradeço por me oferecer todas as oportunidades possíveis para que eu me tornasse o que sou.”

Aos meus familiares:

“Obrigada por toda a força e incentivo. Por torcerem pelo meu sucesso e acreditarem no meu futuro.”

À minha cachorrinha: Saskia

“Não poderia deixar de registrar aqui, também, os meus agradecimentos "in memoriam" a minha cachorrinha, que sempre estava do meu lado e me tirava do estresse.”

Aos meus amigos de João Pessoa:

“Que compreenderam minha ausência e pela força oferecida”.

Às minhas amigas: Taynara Cyntia e Vânia:

“Pelo acolhimento em Cajazeiras durante a elaboração desse trabalho”.

À professora: Luciana Moura de Assis

“Pela confiança, carisma, respeito e amizade. Pela sua motivação, sabedoria, paciência e dedicação.”

Às professoras: Maria Mônica e Aissa Romina

“Pelas orientações e acompanhamento desse trabalho.”

Aos professores do curso:

“Por repartir seus conhecimentos, colocando em nossas mãos os instrumentos com as quais abriremos novos horizontes.”

À Banca Examinadora deste estudo: Luciana Moura, Maria Mônica e Aissa Romina

“Pelas valiosas discussões para concretização desse trabalho. E, finalmente, por participarem desse momento.”

Meus sinceros agradecimentos!

RESUMO

ROQUE, Alana Vieira. **Sistematização da Assistência de Enfermagem na coinfeção Leishmaniose Visceral/HIV**. 2011. 50f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras- PB, 2011.

Leishmaniose Visceral (LV) é uma doença crônica ocasionada pelo protozoário do gênero *Leishmania*, podendo ser letal quando não se institui o tratamento adequado, especialmente quando acomete o paciente com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). As manifestações clínicas mais comuns da LV são hepato-esplenomegalia, febre e sinais biológicos (anemia, leucopenia, trombocitopenia, hipergamaglobulinemia e hipoalbuminemia), de forma semelhante ao observado na coinfeção LV/HIV. Nessa perspectiva, propõe-se a elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) aos pacientes com LV/HIV baseado nos problemas identificados nos prontuários. Trata-se de uma pesquisa descritiva/exploratória, realizada no Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas – Dr. Clementino Fraga, em João Pessoa/Paraíba; a amostra compreendeu 12 prontuários. No período compreendido entre 2000 e 2010 foram admitidos 19 pacientes com LV na referida instituição, sendo 17 casos de LV/HIV. Constatou-se que todos os pacientes apresentaram febre, inapetência, fraqueza, anemia, pele e mucosas hipocoradas, emagrecimento, hepatoesplenomegalia, dor abdominal à palpação e abdômen distendido. Tristeza, medo e ansiedade foram evidenciados em todos os pacientes. Quanto aos achados laboratoriais, foram identificados: pancitopenia, hiperglobulinemia, hipoalbuminemia, hipercreatinemia, hiperuremia e altos valores de enzimas hepáticas. Os diagnósticos de enfermagem encontrados foram: padrão respiratório ineficaz, intolerância à atividade, proteção ineficaz, dor, nutrição desequilibrada, diarreia, hipertermia, volume de líquido excessivo, mobilidade física prejudicada, náusea, controle ineficaz do regime terapêutico, baixa auto-estima situacional, ansiedade, risco de infecção, risco de integridade da pele prejudicada e risco de constipação. As intervenções sugeridas foram baseadas no monitoramento através dos sinais vitais, avaliação por meio do exame físico, posicionamento e conforto do paciente, administração de medicamentos e realização dos procedimentos de enfermagem, controle de infecção, dieta e tratamento adequados, apoio psicológico, trabalho em equipe multiprofissional e orientações sobre educação em saúde. As intervenções de enfermagem foram propostas, através da elaboração da SAE, a fim de promover a melhora no estado geral do paciente. Assim, no atendimento ao paciente com LV/HIV, o enfermeiro deve trabalhar com foco na SAE, pois este instrumento é capaz de oferecer subsídios para o desenvolvimento da prática interdisciplinar e humanizada.

Palavras-chave: Sistematização da Assistência de Enfermagem. Leishmaniose Visceral. Vírus da Imunodeficiência Humana.

ABSTRACT

ROQUE, Alana Vieira. **Nursing Care Systematization in Visceral Leishmaniasis/HIV**. 2011. 50f. Monograph (Nursing in Graduation)- Center of Training of Teachers- University Federal of Campina Grande. Cajazeiras, 2011.

Visceral Leishmaniasis (VL) is a chronic disease caused by a protozoan of the *Leishmania* genus. It can be fatal when the proper treatment is not early established, mainly when it affects a patient infected with Human Immunodeficiency Virus (HIV). The most common clinical presentation of VL are hepatosplenomegaly, fever and biologic signs (anemia, leukopenia, thrombocytopenia, hypergamaglobulinemia and hypoalbuminemia), similarly to that observed in VL/HIV coinfection. From this perspective, we propose the development of the Nursing Care Systematization (NCS) to patients with VL/HIV coinfection based on records problems. This is a descriptive/exploratory research, which was conducted at the Infectious Disease Hospital Dr. Clementino Fraga, in João Pessoa/Paraíba. The sample included 12 medical records. In the period between 2000 and 2010, 19 patients were admitted with VL, 17 of which had the VL/HIV coinfection. We found all patients had fever, inappetence, weakness, anemia, pale skin and mucous, weight loss, hepatosplenomegaly, abdominal pain on palpation and distended abdomen. Sadness, fear and anxiety were evidenced in all patients. Regarding the laboratory findings, pancytopenia, hyperglobulinemia, hypoalbuminemia, hyperuricemia, high creatinine and liver enzymes levels were found. The related nursing diagnosis were ineffective breathing pattern, activity intolerance, ineffective protection, pain, imbalanced nutrition, diarrhea, hyperthermia, excessive fluid volume, impaired physical mobility, nausea, ineffective therapeutic control, low self-esteem, anxiety, risk for infection, risk of impaired integrity skin and constipation risk. The suggested interventions were based on monitoring through vital signs, physical examination assessment, patient comfort and positioning, medication administration and implementation of nursing procedures, infection control, proper diet and treatment, psychological support, multiprofessional teamwork and guidelines on health education. The interventions were proposed, through the development of NCS, in order to provide the patient general improvement. Thus, on patient VL/HIV care, the nurse must work focusing on NCS, since this instrument can provide grants for developing the interdisciplinary and humanized practice.

Key words: Nursing Care Systematization. Visceral Leishmaniasis. Human Immunodeficiency Virus.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Padrão respiratório ineficaz	29
QUADRO 2 - Intolerância à atividade	29
QUADRO 3 - Proteção ineficaz	30
QUADRO 4 - Dor	30
QUADRO 5 - Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais ...	30
QUADRO 6 - Diarréia	31
QUADRO 7 - Hipertermia	31
QUADRO 8 - Controle ineficaz do regime terapêutico	31
QUADRO 9 - Baixa auto-estima situacional	31
QUADRO 10 - Volume de líquido excessivo	32
QUADRO 11 - Mobilidade física prejudicada	32
QUADRO 12 - Náusea	32
QUADRO 13 - Ansiedade	33
QUADRO 14 - Risco de infecção	33
QUADRO 15 - Risco de integridade da pele prejudicada	33
QUADRO 16 - Risco de constipação	34

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Dados sociodemográficos dos pacientes com LV/HIV atendidos no Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas – Dr. Clementino Fraga, no período de 2000 a 2010	25
TABELA 2 - Problemas de enfermagem identificados na evolução dos pacientes LV/HIV internados no Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas – Dr. Clementino Fraga, no período de 2000 a 2010	26
TABELA 3 - Sinais da disfunção hematológica, renal e hepática evidenciados no hemograma dos pacientes LV/HIV internados no Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas – Dr. Clementino Fraga, no período de 2000 a 2010	27

LISTA DE ABREVIACÃO E SIGLAS

- AIDS** - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- APC** - Células Apresentadoras de Antígeno
- CD4+** - (CD: *cluster of differentiation* - grupo de diferenciação), co-receptor do linfócito T auxiliar
- CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa
- CHCF** - Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas - Dr. Clementino Fraga
- DE** - Diagnóstico de Enfermagem
- HAART**- *Highly Active Anti-Retroviral Therapy* (Terapia Anti-Retroviral Potente)
- H2O2** - Peróxido de hidrógeno
- HIV** - Vírus da Imunodeficiência Humana
- IgG** - Imunoglobulina G
- IL** - Interleucina
- IL-10** - Interleucina 10
- IL-4** - Interleucina 4
- IRA** - Insuficiência Renal Aguda
- INF- γ** - Interferon-gama
- L. L. chagasi*** - *Leishmania (Leishmania) chagasi*
- LV** - Leishmaniose Visceral
- MMSS** - Membros Superiores
- MMII** - Membros Inferiores
- NANDA** - *North American Nursing Diagnosis Association* (Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem)
- NEP** - Núcleo de Educação Permanente
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- SAE** - Sistematização da Assistência de Enfermagem
- SAME** - Serviço de Arquivo Médico e Estatística
- SFM** - Sistema Fagocitário Mononucllear
- SSVV** - Sinais Vitais
- TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TGO** - Transaminase Glutâmico Oxalacética
- TGP** - Transaminase Glutâmico Pirúvica
- TH** - T helper

TH1 - T Helper Type 1

TH2 - T Helper Type 2

TNF- α - Fator de Necrose Tumoral alfa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA LEISHMANIOSE VISCERAL	16
2.2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	19
3 METODOLOGIA	21
3.1 TIPO DE PESQUISA	21
3.2 LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO	21
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	21
3.4 INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS	22
3.5 ANÁLISES DOS DADOS	22
3.6 POSICIONAMENTO ÉTICO	23
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	24
4.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	24
4.2 PROBLEMAS DE ENFERMAGEM	25
4.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA COINFEÇÃO LV/HIV	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	36
ANEXOS	39
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	40
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO	43
ANEXO C - DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR	45
ANEXO D - TERMO DE COMPROMISSO	47
ANEXO E - CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	49

1 INTRODUÇÃO

A Leishmaniose é uma doença infecciosa de caráter zoonótico que atinge diversas espécies de animais silvestres e domésticos, mas que acomete também o homem, podendo se manifestar através de diferentes formas clínicas, sendo causada por protozoários da ordem *Kinetoplastida*, família *Trypanosomatidae* e gênero *Leishmania* (NEVES et al. 2005; REY, 2008).

As leishmanioses são classificadas em diferentes grupos. Rey (2008) divide as leishmanioses em quatro formas: leishmaniose cutânea, leishmaniose muco-cutânea, leishmaniose cutânea disseminada e leishmaniose visceral (LV).

A leishmaniose cutânea é uma doença relativamente benigna, que produz exclusivamente lesões cutâneas. Já a mucocutânea pode causar lesões destrutivas nas mucosas do nariz, boca e faringe. As formas cutâneas disseminadas se apresentam em indivíduos anérgicos ou, tardiamente, em pacientes que haviam sido tratados de leishmaniose visceral. Nas formas viscerais, os parasitas apresentam acentuado tropismo pelo sistema fagocitário mononuclear (SFM) do baço, do fígado, da medula óssea e dos tecidos linfóides (NEVES et al. 2005; REY, 2008).

“A leishmaniose visceral (...) é uma doença crônica grave, potencialmente fatal para o homem, cuja letalidade pode alcançar 10% quando não se institui o tratamento adequado”, de acordo com Lainson et al. (1987, apud GONTIJO E MELO, 2004, p. 339).

Segundo Nuno Marques et al. (2007), a LV atinge habitualmente hospedeiros imunocompetentes nas regiões endêmicas. Entretanto, desde a década de 80, essa doença tem sido reconhecida como uma infecção oportunista associada a estados de imunossupressão, particularmente à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

No Brasil, a leishmaniose visceral constitui um problema de saúde pública, a mesma vem sendo apontada como doença de alta incidência, ampla distribuição e em expansão, conforme Gontijo e Melo (2004); Urias et al. (2009). Apesar de ser considerada endemia rural, a LV tem sido comumente notificada nos centros urbanos (TORRES, 2006).

No que concerne à infecção pelo HIV, tem-se observado o processo de interiorização. Nos municípios do Brasil com menos de 50 mil habitantes, a incidência de casos de HIV passou de 4,4 por 100 mil habitantes em 1997 para 8,2 em 2007, relata o Boletim Epidemiológico AIDS/DST (2009).

Na Paraíba ocorreu no ano de 2009 e 2010 o total de 116 casos de LV, sendo 13 casos correspondentes à LV/HIV. Em João Pessoa, neste mesmo período, houve 10 ocorrências de LV, constituindo 4 casos LV/HIV, conforme informa o setor de Epidemiologia da Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba (2011).

Há projeções de crescimento contínuo da LV/HIV, conforme ressalta Brasil (2011), em virtude da superposição geográfica de ambas infecções, como resultado da urbanização da leishmaniose e da interiorização da infecção pelo HIV.

A leishmaniose visceral tem possibilidade de assumir formas graves e letais quando associada ao quadro de má nutrição e infecções como o HIV (GONTIJO E MELO, 2004).

Neves et al. (2005); Pedrosa e Rocha (2004) caracterizam a leishmaniose visceral por febre irregular de intensidade média e de longa duração, esplenomegalia, hepatomegalia, acompanhada dos sinais biológicos de anemia, leucopenia, trombocitopenia, hiperglobulinemia e hipoalbuminemia. Segundo Brasil (2011), a tríade clássica da LV é também a manifestação mais comum na coinfeção: hepato-esplenomegalia, febre e pancitopenia. Além disso, os aspectos emocionais desses pacientes com LV/HIV ficam bastante comprometidos.

Diante da complexidade dos problemas apresentados pelo portador de LV/HIV, faz-se necessário o uso de ferramentas ideais para realização da assistência hospitalar, e assim proporcionar ao paciente coinfectado uma estabilidade no seu estado geral.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) permite a aproximação das funções assistenciais, aprimorando os cuidados prestados por parte da enfermagem aos pacientes (GUEDES E ARAÚJO, 2005; NÓBBREGA E GARCIA, 2004). Por conseguinte, propõe-se a utilização da SAE para melhorar a assistência prestada aos pacientes com LV/HIV.

Esse estudo teve como objetivo principal: Elaborar a Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente com LV/HIV de acordo com os problemas apresentados nos prontuários. E como objetivos específicos: Fazer um levantamento do número de casos de LV e LV/HIV internados no Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas - Dr. Clementino Fraga (CHCF), no período de 2000 a 2010; Identificar e analisar nos prontuários dos pacientes com LV/HIV os dados sociodemográficos, as necessidades fisiológicas e psicossociais para favorecer a construção da SAE.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A leishmaniose é endêmica em 88 países, infectando cerca de 12 milhões de pessoas em todo mundo, e 350 milhões estão sob risco de adquirir a doença, com incidência anual de um a 1,5 milhões de novos casos de leishmaniose cutânea e 500.000 novos casos da forma visceral, muitas vezes fatal. Nas Américas, o Brasil é o país com mais registros de casos, tanto das formas cutâneas como visceral (BRASIL, 2006).

Já a infecção pelo HIV/AIDS é considerada uma epidemia e representa fenômeno global. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS/SIDA) destaca-se entre as enfermidades infecciosas emergentes pela grande magnitude e extensão dos danos causados às populações e, desde a sua origem, cada uma de suas características e repercussões tem sido exaustivamente discutida pela comunidade científica e pela sociedade (BRITO, CASTILHO E SZWARCOWALD, 2000).

O desenvolvimento do HIV pode ser analisado através da contagem do linfócito CD4+. Na fase inicial da infecção pelo HIV a contagem de CD4+ é maior que 500 células/mm³ e na fase intermediária o CD4+ está entre 200 e 500 células/mm³. Nos últimos estágios, após uma doença oportunista, o CD4+ se torna menor que 200 células/mm³, apresentando dessa forma uma acentuada imunossupressão (HOLMES, MORELAND E MORSE, 1997).

Ainda que existam situações nas quais as leishmanioses são sugestivas de condição de imunodeficiência, no Brasil ainda não são consideradas como doenças definidoras de AIDS (BRASIL, 2011).

A LV-HIV é considerada uma coinfeção emergente de alta gravidade em várias regiões do mundo. Aumento expressivo do número de casos dessas infecções tem sido observado desde o início da década de 1990. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 2% a 9% dos pacientes com AIDS no sudeste da Europa desenvolverão leishmaniose visceral (BRASIL, 2011).

A leishmaniose visceral é uma doença causada por parasitos do complexo *Leishmania donovani* na África, Ásia, Europa e nas Américas. Na Índia é conhecida como Kala-Azar, palavra de origem indiana que em sânscrito significa "doença negra", e febre Dum-Dum. Na região do Mediterrâneo é chamada leishmaniose visceral infantil e na América Latina, leishmaniose visceral americana ou calazar neotropical (NEVES et al. 2005, p. 67).

Segundo NEVES et al. 2005, o complexo *Leishmania donovani* inclui três espécies de Leishmania: *Leishmania (Leishmania) donovani*, *Leishmania (Leishmania) infantum* e *Leishmania (Leishmania) chagasi*. Vários autores têm considerado a *L. chagasi* como sinonímia de *L. (L.) infantum*.

Na América Central e do Sul bem como no México e Guadalupe nas Antilhas, a LV é quase sempre ocasionada pela *L. (L.) chagasi*. Rapozas, cães e gatos domésticos são os reservatórios naturais; e os vetores são os flebotomíneos *Lutzomyia* (MARKELL, JOHN E KROTOSKI, 2003). A *Leishmania* apresenta duas formas durante o ciclo vital, a forma flagelada ou promastigota, encontrada no tubo digestivo de hospedeiro invertebrado (flebotomíneo), e outra aflagelada ou amastigota em tecidos de hospedeiros vertebrados, afirma Brasil (2006).

O principal mecanismo de transmissão da *L. (L.) chagasi* nas condições naturais e de importância epidemiológica ocorre através da picada da fêmea de *Lutzomyia* (MARKELL, JOHN E KROTOSKI, 2003). Sobre isso, Neves et al. (2005) afirma que desde 1936, já era reconhecida por Evandro Chagas a presença do vetor *Lutzomyia longipalpis* nos principais focos de calazar. No Brasil, o *Lutzomyia cruzi* foi também apontado como transmissor da LV. Outros mecanismos devem ser considerados em condições especiais: o compartilhamento de agulhas e equipamentos contaminados; transfusão sanguínea; transmissão congênita e acidentes de laboratório, porém, são raros e não representam relevância epidemiológica.

Rey (2008) relata que no homem, o período de incubação da LV varia de 2 a 6 meses, porém pode chegar a vários anos. A suscetibilidade é universal, atingindo pessoas de todas as idades e sexo, entretanto, no Brasil, a doença atinge principalmente a população infantil (GONTIJO E MELO, 2004; PASTORINO, 2002). E está ocorrendo um aumento no número de casos de pacientes imunodeprimidos acometidos pela LV, segundo Brasil (2011).

Em relação à resposta do homem à infecção por leishmânias do grupo *Leishmania donovani*, Rey (2008) afirma que é muito complexa.

[...] na modulação da resposta imune, macrófagos parasitados e outras células apresentadoras de antígeno (APC) apresentam antígenos de *Leishmania* aos linfócitos T do tipo CD4+. Estes linfócitos são estimulados a produzir interleucinas (IL) e dependendo do perfil estimulado, ocorre o desenvolvimento de duas subpopulações de linfócito TH (T helper). TH do tipo 1 (TH1) secreta grande quantidade de INF- γ associado a produção de citocinas pró inflamatórias, enquanto TH do tipo 2 (TH2) produz grande quantidade de IL-4 associada citocinas promotoras da produção de anticorpos produzidos por linfócitos B [...] (NEVES et al. 2005, p. 70).

A LV é caracterizada pela incapacidade do macrófago em destruir as amastigotas. Nos doentes, tem sido observada uma elevada produção de anticorpos, principalmente IgG, como também níveis elevados de IL-10. O aumento de IL-10 em sinergismo com IL-4 parece ser fundamental na progressão da doença, desde que ambas são capazes de inibir: a ativação de macrófagos pelo $\text{INF-}\gamma$; a transcrição do $\text{TNF-}\alpha$ e a produção de H_2O_2 (MATHIAS E GOTO, 2004; NEVES et al. 2005).

Rosas Filho e Silveira (2007) relatam que a interação entre a *L. (L.) chagasi* e a resposta imune do homem pode resultar em uma variedade de manifestações clínicas, desde a infecção assintomática em indivíduos resistentes com resposta imune tipo TH1, até a infecção sintomática em indivíduos com resposta imune tipo TH2, que está mais envolvida com o processo progressivo da doença. No entanto, algumas pessoas podem apresentar uma condição clínico-imunológica intermediária chamada infecção sub-clínica oligosintomática, cujos achados clínicos e imunológicos não estão ainda claramente definidos.

“Os fatores de risco para o desenvolvimento da doença incluem a desnutrição, o uso de drogas imunossupressoras e a coinfeção com HIV” (NEVES et al. 2005, p. 67). Conforme aponta Brasil (2011), a progressão da LV pode ser modificada pelo HIV e a imunodepressão causada por este vírus facilita a evolução da leishmaniose.

2.1 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA LEISHMANIOSE VISCERAL

No local da picada do flebotomíneo pode formar-se pequeno nódulo endurecido, denominado leishmanioma, que se apresenta como uma pápula, de cor pálida ou ligeiramente pigmentada. Esta lesão inicial localiza-se de preferência no rosto e desaparece antes que apareça o quadro sintomático típico da LV (REY, 2008).

No entanto, na infecção por *Leishmania chagasi*, o local da inoculação dos parasitos normalmente passa despercebido. A infecção pode evoluir para a cura espontânea, depende da estirpe da *Leishmania* e da resposta imunológica do hospedeiro, ou partir da pele, ocorrer a migração dos parasitos, principalmente para os linfonodos, seguida da migração para as vísceras (NEVES et al. 2005; REY, 2008).

Geralmente, a LV começa de modo gradual, imperceptivelmente, com adinamia, prostração, anorexia, palidez, tosse seca, pode ter um ligeiro aumento do baço, com elevação da temperatura; ou de forma abrupta, com febre alta (39° - 40°C), segundo Rey (2008).

A febre pode ser contínua, intermitente ou remittente, ou reaparecer em intervalos irregulares. Picos diários duplos ou mesmo triplos de febre são característicos, mas nem sempre percebidos, já que a temperatura deve ser tomada a cada 3 horas, dia e noite, para detectar os picos, algumas vezes transitórios (MARKELL, JOHN E KROTOSKI, 2003).

Calazar significa, literalmente, febre negra, como referência ao escurecimento característico da pele, sendo mais acentuado na testa, sobre as têmporas e em volta da boca. Pode ocorrer também descamação da pele e queda de cabelos (MARKELL, JOHN E KROTOSKI, 2003; NEVES et al. 2005).

Nas vísceras, como descreve Neves et al. (2005), os parasitos induzem uma infiltração focal ou difusa de macrófagos não-parasitados, além de infiltrado de linfócitos e células plasmáticas, com focos de plasmacitogênese. As alterações mais particulares são descritas nos tecidos esplênico, hepático, sanguíneo, pulmonar e renal. A via de disseminação pode ser a hematogênica e/ou linfática. O parasita raramente tem sido encontrado no sangue periférico humano de indivíduos considerados imunocompetentes; no entanto, em cães ou raposas este achado é freqüente.

Esplenomegalia é o achado mais importante e freqüente do calazar. O volume do baço aumenta com relativa rapidez, podendo ultrapassar a cicatriz umbilical. Sua consistência é dura e mesmo sendo indolor à palpação, causa sensação de dor surda pela distensão de sua cápsula. Na doença estabelecida e crônica constitui uma característica invariável (NEVES et al. 2005; REY, 2008).

A hepatomegalia é outra característica marcante da I.V. O corpo torna-se emaciado, com o abdome muito intumescido devido à hepatoesplenomegalia. Ascite pode estar presente nas fases avançadas da doença (BRASIL, 2006; MARKELL, JOHN E KROTOSKI, 2003). Rey (2008) relata na sua literatura que com tratamento bem conduzido, consegue-se notável redução do baço e do fígado.

De acordo com Neves et al. (2005); Queiroz, Alves e Correia (2004), a medula óssea é em geral encontrada com hiperplasia e densamente parasitada. A eritropoese e granulopoese são normais no início do processo infeccioso. Durante as fases mais adiantadas da infecção, ocorre desregulação da hematopoese, caracterizada pela diminuição da produção celular e, por fim, aplasia. Segundo OMS, a anemia é registrada em 98% dos casos diagnosticados no Brasil e, quando grave (< 5 g/dl), é uma das indicações de internamento.

Rey (2008) destaca que com o progredir da doença, acentua-se a anemia e há marcada tendência às hemorragias. As epistaxes são freqüentes, assim como as hemorragias gengivais ou digestivas, e algumas vezes há petéquias. A leucopenia também é relatada com bastante

frequência em estudos clínicos e laboratoriais envolvendo indivíduos com LV (OLIVEIRA et al. 2010).

Nos pulmões ocorre, com relativa frequência, pneumonite intersticial com o espessamento dos septos pulmonares. As amastigotas são raras ou ausentes no pulmão. Como resultado do envolvimento pulmonar, pacientes apresentam como principal sintoma a tosse seca. Em consequência desse quadro de pneumonia intersticial associada a infecções secundárias, o paciente pode desenvolver broncopneumonia, que é uma importante causa de óbito na doença (NEVES et al. 2005).

Neves et al. (2005) afirma que há, com frequência, excessiva proliferação de células do SFM, especialmente no jejuno e íleo, com presença de amastigotas. Ocorrem edema e alongamento das vilosidades, sem ocorrência de alterações na arquitetura da mucosa e dos vasos linfáticos.

A principal alteração que ocorre nos rins está relacionada com a presença de imunocomplexos circulantes. Em muitos casos ocorre glomerulonefrite proliferativa e nefrite intersticial. Em decorrência das lesões renais, ocorrem distúrbios de sua função. A perda de albumina na urina, albuminúria, ocorre em cerca de 50% dos pacientes no Brasil, e elevados níveis de creatinina, uréia e hematuria são vistos nos casos terminais. Após tratamento eficaz, estas alterações são revertidas à função normal (NEVES et al. 2005). A insuficiência renal aguda (IRA) ocorre com frequência em pacientes com LV e está relacionada à morbidade e mortalidade da LV (OLIVEIRA et al. 2010).

Outras manifestações clínicas se desenvolvem com a evolução da LV, em especial a diarreia, icterícia, vômito e o edema periférico que dificultam o diagnóstico diferencial com outras doenças, retardando o diagnóstico (COELHO, 2004; OLIVEIRA et al. 2010).

A infecção secundária é uma das principais complicações associadas à LV e é relatada inclusive nas formas subclínicas, ocorre em indivíduos de todas as idades e, na forma clássica, pode levar a um curso fatal, segundo Queiroz, Alves e Correia (2004).

O quadro clínico mais comum da LV também faz parte na coinfeção *Leishmania chagasi*/HIV: hepato-esplenomegalia, febre e pancitopenia, conforme cita Brasil (2011).

Em pacientes com LV/HIV observa-se maior frequência de envolvimento de órgãos não pertencentes ao sistema fagocítico-mononuclear e maior frequência de recidivas. Existem, no entanto, casos de indivíduos coinfectados cuja leishmaniose evolui sem nenhum impacto aparente da infecção pelo HIV (BRASIL, 2011).

Nos indivíduos com LV/HIV, Brasil (2011, p.16) afirma que “[...] a gravidade da sintomatologia, a resposta ao tratamento, a evolução e o prognóstico estão diretamente associados à condição imunológica do paciente [...]”.

A presença de LV no indivíduo infectado pelo vírus HIV acelera a evolução desta infecção ao promover a replicação viral, tornando a imunossupressão mais acentuada. Em contraste, é analisado *in vitro* que o HIV induz a replicação de *Leishmania* pela diminuição de células T capazes de reconhecer os antígenos da mesma, relatam Chaisson et al. (1998, apud Oliveira et al. 2010). Cruz et al. (2006, apud Oliveira et al. 2010) ressaltam ainda que, além da *Leishmania*, o HIV pode invadir e se replicar em macrófagos, mesmo sendo as células T CD4+ seus alvos principais.

O prognóstico da LV é mau em doentes não-tratados, havendo mortalidade da ordem de 75 a 85%, entre as crianças, e de 90 a 95%, entre os adultos. Essas taxas caíram consideravelmente graças aos recursos terapêuticos atuais (REY, 2008). Nota-se a importância do diagnóstico precoce para reduzir a gravidade e a mortalidade dos pacientes, especialmente dos coinfectados com *Leishmania chagasi*/HIV.

As drogas para o tratamento do quadro clínico da LV na coinfeção são as mesmas utilizadas em pacientes imunocompetentes. No entanto, a droga de primeira escolha é o desoxicolato de anfotericina B. Alternativas terapêuticas disponíveis são o antimoniato de N-metil glucamina, o isotionato de pentamidina e a anfotericina B lipossomal (BRASIL, 2011).

2.2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

O centro da prática de enfermagem é o cuidado e para realizar suas atividades, o enfermeiro necessita de suporte teórico e técnico, ou seja, precisa utilizar métodos que possibilitam introduzir conceitos e medir sua efetividade nas atividades práticas. “[...] Método é a organização, a sistemática racional de ações para alcançar os objetivos da assistência”, descreve Reppetto e Souza (2005, p. 326).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é o método que permite identificar, compreender, descrever, organizar e explicar como o paciente responde aos problemas de saúde, esse meio determina as ações de enfermagem desde o planejamento até a execução e a avaliação da assistência prestada (FULLY, LEITE E LIMA, 2008).

A SAE, proposta por Wanda de Aguiar Horta, possibilita que os profissionais identifiquem as necessidades humanas básicas afetadas nos pacientes. Assim, com

diagnósticos de enfermagem definidos e respectivas intervenções de enfermagem estabelecidas, a equipe de enfermagem consegue prestar assistência planejada fundamentada em conhecimentos, viabilizando cuidados objetivos, individualizados e seguros (REPPETTO E SOUZA, 2005).

Conforme a literatura de Amante, Rossetto e Schneider (2009), essa metodologia contribui para promoção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos. Além disso, impulsiona os profissionais a analisar suas atividades e a estudar maneiras de aprimorar-se.

A operacionalização da proposta da SAE esbarra em muitas dificuldades, prevalecendo em muitos hospitais a organização do cuidado centrado em tarefas, no qual o cumprimento de uma série de afazeres é o foco principal de trabalho e não o paciente.

Nesse contexto, o presente trabalho explorou os prontuários dos pacientes com leishmaniose visceral/HIV que foram admitidos no CHCF, no período de 2000 a 2010, e, a partir dos dados encontrados e analisados, desenvolveu-se os diagnósticos e as intervenções de enfermagem para esses pacientes, visando melhorar a assistência prestada na rede hospitalar.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório/descritivo, do tipo quantitativo e qualitativo, no qual contempla a riqueza, variedade e complexidade dos dados. Conforme assinala Alves (2001), na pesquisa exploratória aprofunda-se o estudo na realidade específica, dessa forma, obtém-se maior conhecimento para planejar uma pesquisa descritiva. O estudo descritivo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade, podendo estabelecer relações entre variáveis.

3.2 LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO

A pesquisa de dados foi realizada de fevereiro a abril de 2011. Os dados foram coletados no Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas - Dr. Clementino Fraga (CHCF), em João Pessoa, Paraíba.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) descreve que a cidade de João Pessoa apresenta 211 km² de área e a população de 702.235 habitantes. João Pessoa é a capital e a cidade mais populosa da Paraíba, localiza-se na porção mais oriental das Américas e do Brasil, com altitude de aproximadamente 40 metros, longitude oeste de 34°47'30" e latitude sul de 7°10', conforme aponta a Secretaria do Planejamento de João Pessoa.

O clima da cidade é quente e úmido, do tipo tropical úmido, com temperaturas médias anuais de 26 °C. A média anual da umidade relativa do ar é de 80%. A vegetação predominante é a Mata Atlântica, de acordo com a Secretaria do Planejamento de João Pessoa.

O CHCF, centro de excelência para tratar pacientes com doenças infecciosas, está localizado em João Pessoa. Além de ser referência no caso de epidemias é também um local para pesquisa e ensino (http://www.saude.pb.gov.br/web_data/aids/premiacaodstaid.htm).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população envolveu pacientes com LV que estavam infectados com HIV, os quais

foram admitidos no CHCF, entre o período de 2000 a 2010. Após o levantamento dos prontuários, a amostra compreendeu 12 prontuários que preencheram os critérios de inclusão e exclusão.

O trabalho utilizou a técnica não-probabilística, do tipo amostragem intencional. “Amostragem não probabilística é aquela em que a seleção dos elementos da produção para compor a amostra depende ao menos em parte do julgamento do pesquisador ou do entrevistador no campo”, segundo Mattar (1996, p. 132).

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: prontuários de pacientes LV/HIV nos quais havia o registro das manifestações clínicas e psicológicas apresentadas, prontuários disponíveis no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) e prontuários de pacientes que foram admitidos no CHCF no período de 2000 a 2010. No que tange aos critérios de exclusão, temos os prontuários de pacientes com dados clínicos insuficientes para elaboração da SAE e aqueles com registros confusos e ilegíveis. Os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados de maneira a contemplar a elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi utilizada análise documental (prontuários dos pacientes). O prontuário do paciente representa uma documentação que nos colocou em condições de analisar e acompanhar o quadro do paciente, sendo assim, através dele foi obtido informações importantes para o desenvolvimento do trabalho.

3.5 ANÁLISES DOS DADOS

Análise das informações ocorreu de forma organizada por unidades básicas descritivas, cuja interpretação envolveu a atribuição de significado à análise, explicando os dados encontrados e procurando por relacionamentos entre eles.

A análise dos dados se resumiu em três atividades contínuas descritas segundo Miles e Huberman (1984):

- Redução dos dados - processo contínuo de seleção, simplificação, abstração e transformação dos dados originais provenientes da pesquisa;

- Apresentação dos dados - organização dos dados de tal forma que o pesquisador consiga tomar decisões e tirar conclusões a partir dos dados. Nesse estudo os dados foram apresentados de forma descritiva, utilizando média aritmética, frequência relativa e absoluta, sendo expostos em forma de textos, tabelas e quadros;
- Delineamento e verificação da conclusão - identificação de padrões, possíveis explicações de causa e efeito, seguido de verificação, retornando às anotações de campo e à literatura.

3.6 POSICIONAMENTO ÉTICO

O projeto foi submetido ao Núcleo de Educação Permanente (NEP) do CHCF em João Pessoa-PB. Posteriormente, o protocolo de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba, sob o número 0011.0.349.349.-10; e atendeu a Resolução nº 196/96 que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

É fundamental destacar que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi dirigido ao responsável institucional, pois a pesquisa envolveu prontuários de pacientes, provavelmente, não localizáveis, em virtude dos dados partirem de um Hospital de referência de doenças infecciosas do Estado, sendo este constituído de pacientes de vários municípios ou mesmo podendo não residir mais neste Estado. A dificuldade de aplicar o TCLE aos participantes da pesquisa é também devido ao período dos registros escolhidos ser prolongado, além da possibilidade de ter ocorrido óbito, tornando-se inviável obter o termo de consentimento assinado dos pacientes.

Por fim, é importante ressaltar que não serão publicados dados pessoais dos participantes, assegurando a garantia de que a privacidade dos sujeitos da pesquisa será preservada. De forma que essa pesquisa só vem a contribuir com a assistência prestada na rede hospitalar.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O estudo documental explorou o prontuário como um todo, com o propósito de compreender a história de cada paciente. No entanto, a pesquisa aborda o período em que o paciente HIV positivo esteve internado no CHCF com leishmaniose visceral.

No período compreendido entre 2000 e 2010 foram admitidos 19 pacientes com LV na referida instituição, entre os quais havia 17 casos da coinfeção LV/HIV, sendo que destes, 12 pacientes foram selecionados para compor a amostra.

Os dados foram coletados a partir da análise da ficha de admissão, dos exames, da evolução médica e de enfermagem. Mediante a avaliação dos prontuários, os diagnósticos de enfermagem foram sendo traçados e as intervenções estabelecidas.

4.1 DADOS SICIODEMOGRÁFICOS

Os resultados relacionados à faixa etária e ao gênero indicaram uma elevada porcentagem de adultos jovens (83,3%) e homens (75%) coinfectados, como pode ser analisado na tabela 1. Este fato provavelmente decorre do alto índice de casos de HIV nesse grupo, como consta na literatura de Griep, Araújo e Batista (2005). Além disso, é provável que esses adultos tenham contraído a infecção pelo HIV durante a adolescência e a LV na fase adulta, de modo que o organismo não possui a capacidade de responder satisfatoriamente devido à imunossupressão previamente instalada.

Em relação à localidade dos indivíduos coinfectados por *Leishmania*/HIV, a frequência (33,3%) foi comum nas três áreas, o que sugere uma expansão geográfica dessa coinfeção, como descrito por Brasil (2011).

No que tange ao grau de escolaridade, agrupando-se indivíduos não alfabetizados e com ensino fundamental, foi constatado um percentual de 83,4% (n=10) dos pacientes estudados. Segundo a NANDA (2005), o baixo grau de escolaridade pode ser um fator de risco para a falta de adesão ao regime terapêutico.

Oito pacientes (66,6%) se recusaram a seguir o regime terapêutico adequado, evidenciado mediante atitudes de negação do uso de medicamentos, de procedimentos hospitalares e da dieta. Destes pacientes, observou-se que 75% (n=6) apresentavam baixo grau de escolaridade (não alfabetizados e ensino fundamental).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos pacientes com LV/HIV atendidos no Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas – Dr. Clementino Fraga, no período de 2000 a 2010.

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa
Faixa etária	<i>n</i>	%
20-40 anos	10	83,3
41-59 anos	1	8,3
> 60 anos	1	8,3
Gênero		
Homem	9	75
Mulher	3	25
Áreas		
Urbana	4	33,3
Periurbana	4	33,3
Rural	4	33,3
Escolaridade		
Não alfabetizados	5	41,7
Ensino fundamental	5	41,7
Ensino médio	2	16,6

n = número de pacientes

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

4.2 PROBLEMAS DE ENFERMAGEM

Os problemas de enfermagem são considerados como sendo algo que comprometa a estrutura biológica-psicológica-espiritual e sociológica das pessoas (MORAES, LOPES E BRAGA, 2006).

Ao analisar os registros dos pacientes no período da internação, constatou-se que todos os indivíduos apresentaram febre, inapetência, fraqueza, anemia, pele e mucosas hipocoradas, emagrecimento, hepatoesplenomegalia, dor abdominal à palpação e abdômen distendido.

Todos os problemas de enfermagem encontrados podem ser observados na tabela 2, que está dividida em necessidades fisiológicas e psicossociais. A tabela 3 indica os sinais biológicos da disfunção hematológica, renal e hepática evidenciados no hemograma dos pacientes LV/HIV internados no Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas – Dr. Clementino Fraga, no período de 2000 a 2010.

Diante os diversos problemas encontrados é importante que a enfermagem ofereça um cuidado integral, tornando essencial o conhecimento do quadro geral do indivíduo para direcionar uma assistência de enfermagem qualificada.

Tabela 2 - Problemas de enfermagem identificados na evolução dos pacientes LV/HIV internados no Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas – Dr. Clementino Fraga, no período de 2000 a 2010.

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa
<i>Necessidades fisiológicas</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Febre	12	100
Inapetência	12	100
Fraqueza	12	100
Pele e mucosas hipocoradas	12	100
Emagrecimento	12	100
Dor abdominal à palpação	12	100
Abdômen distendido	12	100
Hepatoesplenomegalia	12	100
Diarréia	10	83,3
Naúseas/vômitos	10	83,3
Desidratação	9	75
Tosse seca	7	58,3
Dispnéia	6	50
Edema de MMII	5	41,6
Icterícia	3	25
Tosse produtiva	3	25
Ascite	2	16,6
Constipação	2	16,6
Edema de MMSS	1	8,3
<i>Necessidades psicossociais</i>		
Tristeza	12	100
Ansiedade	12	100
Medo	12	100
Revolta	6	50

n = número de pacientes / MMII = membros inferiores / MMSS = membros superiores

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

Nessa pesquisa, os sentimentos expressos pelos pacientes e registrados nos prontuários foram de ansiedade, medo, tristeza e revolta. Isso evidencia o comprometimento do seu estado emocional.

Contribuindo com esses achados, verificou-se no estudo a insatisfação por parte de muitos pacientes em relação ao afastamento do trabalho e em decorrência da mudança na imagem corporal, principalmente pelo aumento do volume abdominal.

Nesse contexto, o papel do enfermeiro no aspecto emocional do paciente é fundamental, sendo necessário que o profissional de enfermagem esteja inserido numa assistência humanizada, no qual envolve responsabilidades no cuidado e inclui apoio aos pacientes e familiares durante o processo de recuperação.

Tabela 3 - Sinais da disfunção hematológica, renal e hepática evidenciados no hemograma dos pacientes LV/HIV internados no Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas – Dr. Clementino Fraga, no período de 2000 a 2010.

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sinais	<i>n</i>	%
Hemoglobina (< 12 g/dL)	12	100
Hematócrito (< 35%)	12	100
Leucócitos (<4.500 mm ³)	9	75
Leucócitos (>10.000 mm ³)	2	16,6
Plaquetas (<150.000 mm ³)	8	66,6
Creatinina (>1,3 mg/dL)	5	41,6
Uréia (>50 mg/dL)	5	41,6
Globulina (>3,5 g/dL)	8	66,6
Albumina (<3,5g/dL)	11	91,6
TGO (>42 u/L)	5	41,6
TGP (>41u/L)	5	41,6

n = número de pacientes / TGO = Transaminase Glutâmico Oxalacética / TGP = Transaminase Glutâmico Pirúvica

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

A anemia – uma disfunção hematológica eritrocitária – foi registrada em todos os pacientes. As causas da anemia em pacientes HIV-positivos com LV são muitas, podendo ser atribuída aos processos da anemia das doenças crônicas, o efeito supressivo do vírus HIV e *Leishmania* sobre os progenitores hematológicos, mecanismos auto-ímmunes, carências nutricionais e efeitos tóxicos dos anti-retrovirais e da medicação para o tratamento da LV (CANÇADO E CHIATTONE, 2002; BRASIL, 2011).

A leucopenia esteve presente em 75% (*n*=9) da amostra. É provável que a esplenomegalia encontrada tenha contribuído para essa modificação, assim como para a anemia e plaquetopenia. A diminuição da produção leucocitária pela medula óssea é comum nos pacientes com LV/HIV (BRASIL, 2011; NEVES et al. 2005).

A plaquetopenia representou um achado frequente nos pacientes LV/HIV, presente em 66,6% (*n*=8) dos casos, constituindo um fator de risco que favorece a ocorrência de hemorragias graves.

O envolvimento da função renal em humanos infectados por *L. chagasi* parece ser frequente (SALGADO FILHO, FERREIRA E COSTA, 2003). Observou-se que alguns indivíduos estudados apresentaram anormalidade urinária representada nos valores elevados dos níveis séricos de creatinina (41,6%) e uréia (41,6%). O diagnóstico de Insuficiência Renal Aguda (IRA) esteve presente em quatro (33,3%) dos pacientes estudados.

Nesse trabalho, o achado de Insuficiência Renal Aguda poderia ser atribuído à presença de danos diretos ocasionados pelo parasito e, quando associada ao tratamento, pode

ser potencializada pela toxicidade das drogas, como descrito por Caravaca et al. (1991, apud Oliveira et al. 2010). Três desses indivíduos com IRA apresentaram valores elevados dos níveis séricos de creatinina e uréia.

A hipoalbuminemia encontrada em 91,6% (n=11) dos pacientes provavelmente está envolvida com a perda urinária de albumina, bem como diminuição da síntese da mesma pelo fígado, também relatada na pesquisa de Coelho (2004).

Barbosa et al. (2010) afirma que a albumina é produzida pelo fígado e as causas de hipoalbuminemia incluem glomerulonefropatias, insuficiência hepática, enteropatia com perdas de proteínas, secundariamente a hiperglobulinemia, este achado esteve presente em 66,6% (n=8) da amostra. A diminuição da albumina no sangue proporciona a retenção hídrica, ocasionando diferentes tipos de edema no corpo (COELHO, 2004).

Valores elevados de transaminase glutâmico oxalacética (TGO) e transaminase glutâmico pirúvica (TGP) foram constatadas em 41,6% (n=5) dos casos e ainda três desses pacientes apresentavam quadros ictericos, sugerindo o envolvimento hepático pela ação da *Leishmania* e/ou decorrência da toxicidade das drogas de ambas infecções.

O desenvolvimento da coinfeção LV/HIV está relacionado à contagem de linfócitos T CD4+ (BRASIL, 2011). Nessa pesquisa, a contagem de CD4+ dos 12 pacientes foi, em média, de 62 células/mm³, variando de 8 células/mm³ a 186 células/mm³, demonstrando uma acentuada imunossupressão, conforme os parâmetros estabelecidos por Holmes, Moreland e Morse (1997). No entanto, no Brasil atualmente a LV não é considerada como doença definidora de AIDS (BRASIL, 2011).

Na análise dos prontuários, foram detectados cinco óbitos, o que pode, certamente, estar relacionado à ação conjunta dos agentes infecciosos (*Leishmania*/HIV). De acordo com Wolday et al. (1998, apud Oliveira et al. 2010), a atuação sinérgica da *Leishmania* e HIV potencializam mutuamente estas infecções.

Os casos de coinfeções estudados demonstraram manifestações clínicas semelhantes ao visto na literatura de pacientes com LV e negativos HIV, como febre prolongada, perda de peso, hepatoesplenomegalia e pancitopenia ao hemograma. Todavia, a gravidade, o conjunto da sintomatologia e o risco de óbito dos pacientes coinfectados é muito maior, em decorrência do seu estado imunológico bastante comprometido, confirmado através da contagem do CD4+.

4.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA COINFEÇÃO LV/HIV

As informações adquiridas durante a coleta contribuíram para o levantamento dos problemas e riscos potenciais, com suas possíveis causas e, assim, o conhecimento dos diagnósticos de enfermagem, facilitando a construção do plano de cuidado característico da condição LV/HIV. Faz-se necessário a elaboração de um plano de assistência específico para essa condição, uma vez que a LV constitui um problema de saúde pública e tem possibilidade de assumir forma grave e letal quando associada ao HIV.

Lopes, Araújo e Rodrigues (1999) afirmam que a classificação de Diagnóstico de Enfermagem (DE) pode ser alcançada por meio de ferramentas que sistematizam a assistência de enfermagem, sendo a NANDA um deles. Este instrumento consente que o enfermeiro avalie o paciente de forma sistematizada e organizada, determinando as prioridades do cuidado. Os DE encontrados nesse trabalho estão expostos nos quadros seguintes com seus respectivos resultados esperados e intervenções de enfermagem.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Padrão respiratório ineficaz relacionado ao comprometimento do sistema de transporte de oxigênio, evidenciado por dispnéia.	O indivíduo deverá apresentar melhora no quadro respiratório.	Verificar os sinais vitais (SSVV) 2/2horas; Ensinar técnicas respiratórias; Manter a cabeceira do leito elevada; Avaliar o nível de consciência e perfusão periférica; Monitorar através da oximetria de pulso; Avaliar a necessidade de oxigenoterapia.

Quadro 1: Padrão respiratório ineficaz

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Intolerância à atividade relacionada ao comprometimento do sistema de transporte de oxigênio, evidenciada por dispnéia e fraqueza.	O indivíduo deverá aumentar suas atividades de forma gradual.	Avaliar o aumento de qualquer atividade; Verificar os SSVV em estado de repouso e imediatamente após a atividade; Intercalar a atividade exercida com repouso; Interromper a atividade se houver sinal de fadiga ou de hipóxia; Reconhecer o progresso do paciente; Consentir que o indivíduo determine os horários e as metas de atividade funcional; Explicar as causas da fraqueza e dispnéia; Incentivar o paciente na aceitação da dieta, para manter um satisfatório aporte alimentar.

Quadro 2: Intolerância à atividade

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

Com intuito de prevenir a intolerância à atividade nos pacientes que não apresentam esse acometimento temos como **DE risco de intolerância à atividade** relacionado ao comprometimento do sistema de transporte de oxigênio. As intervenções para esse DE são as mesmas do quadro acima.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Proteção ineficaz relacionada à pancitopenia e ao estado imunossuprimido evidenciado por infecções.	Indivíduo deverá apresentar estabilidade no estado geral.	Monitorar os SSVV; Manter rigorosa técnica asséptica ao realizar os procedimentos; Realizar as recomendações de acordo com cada procedimento; Monitorar o paciente através dos exames laboratoriais; Administrar o HAART e os medicamentos prescritos; Orientar os pacientes em relação às doenças oportunistas.

HAART - *Highly Active Anti-Retroviral Therapy* (Terapia Anti-Retroviral Potente)

Quadro 3: Proteção ineficaz

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Dor relacionada à lesão hepática e esplênica, evidenciada por dor à palpação abdominal.	O indivíduo deverá apresentar diminuição no padrão da dor.	Explicar as causas da dor; Promover conforto, auxiliando o paciente a acomodar-se numa posição que reduza a dor; Investigar as características da dor; Registrar a intensidade e frequência da dor; Administrar analgésicos conforme prescrição; Promover técnicas de relaxamento e distração.

Quadro 4: Dor

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionada à inapetência, aos vômitos e à digestão prejudicada, evidenciado por emagrecimento.	O indivíduo deverá melhorar a aceitação da dieta.	Incentivar o paciente na aceitação da dieta; Monitorar o peso; Solicitar a nutricionista; Explicar a importância da alimentação; Reduzir ou eliminar os odores nauseantes; Evitar procedimentos próximos às refeições; Administrar antiemético, conforme prescrito; Administrar os complexos vitamínicos prescritos; Oferecer refeições frequentes e em pequenas quantidades.

Quadro 5: Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Diarréia relacionada ao acometimento do trato gastrointestinal, evidenciada pela frequência aumentada de eliminações intestinais, quantidade aumentada de fezes e consistência alterada.	O indivíduo deverá apresentar eliminações intestinais mais sólidas e menos frequentes.	Encorajar a aceitação da dieta constipante; Administrar antidiarréico, conforme prescrito; Avaliar e monitorar as características e o padrão da diarreia; Monitorar o peso do paciente; Encorajar a ingestão hídrica; Realizar hidratação venosa, caso seja indicada; Recomendar o banho após cada evacuação.

Quadro 6: Diarréia

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Hipertermia relacionada ao mecanismo de defesa do paciente, evidenciada por febre.	O indivíduo deverá apresentar estabilidade na temperatura corpórea.	Verificar os sinais vitais 2/2horas; Administrar antitérmico, conforme prescrição; Manter o local fresco e arejado; Manter o paciente com roupas leves.

Quadro 7: Hipertermia

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Controle ineficaz do regime terapêutico relacionado à falta de conhecimento e estado emocional de revolta, evidenciado por recusa de parte do tratamento hospitalar.	O indivíduo deverá apresentar demonstrações de adesão ao regime terapêutico.	Explicar a importância do tratamento para estabilidade do quadro clínico; Orientar o paciente quanto a LV/HIV e suas complicações; Promover a confiança e apoio; Estimular o paciente na expressão dos seus sentimentos; Buscar o apoio familiar.

Quadro 8: Controle ineficaz do regime terapêutico

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Baixa auto-estima situacional relacionado à mudança do papel social, da aparência física e do estado de saúde, evidenciado por verbalizações negativas.	O indivíduo deverá demonstrar atitudes de enfrentamento da condição atual.	Apoiar o paciente e a família; Transmitir confiança; Incentivar o paciente na expressão dos seus sentimentos; Estimular o indivíduo a idealizar uma estabilidade na sua condição de saúde; Explicar a importância do tratamento na melhoria do quadro; Solicitar o assistente social e psicólogo.

Quadro 9: Baixa auto-estima situacional

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

Em resposta a condição atual, o paciente poderá apresentar sentimentos negativos sobre si mesmo e apresentar **risco de baixa auto-estima** situacional relacionado à mudança do papel social e da aparência física. Então, é importante prevenir a baixa auto-estima com as intervenções supracitadas naqueles que não a possuem.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Volume de líquido excessivo relacionado à retenção evidenciado por ascite e edema em MMSS e/ou MMII.	O indivíduo deverá apresentar redução da retenção hídrica.	Realizar o balanço hídrico; Medir diariamente o perímetro abdominal; Monitorar o peso; Administrar diuréticos de acordo com a prescrição; Preparar o paciente para a paracentese, caso necessário; Auxiliar o médico na paracentese, quando esse procedimento seja recomendado; Elevar os MMSS e MMII com auxílio de travesseiros; Proteger as áreas edematosas; Avaliar diariamente os edemas.

Quadro 10: Volume de líquido excessivo

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Mobilidade física prejudicada relacionada à dor e intolerância à atividade, evidenciado por relato verbal de dor, dispnéia e fraqueza ao realizar movimentos.	O indivíduo deverá aumentar gradualmente sua mobilidade física.	Auxiliar o paciente nas suas atividades; Manter as grades do leito elevadas; Fazer mudança de decúbito e proteger as proeminências ósseas, de acordo com as necessidades de cada indivíduo; Realizar exercícios no leito, conforme tolerância, e progredir gradualmente; Ajudar o paciente a encontrar uma posição confortável; Encorajar a deambulação em caminhadas curtas e frequentes.

Quadro 11: Mobilidade física prejudicada

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Náusea relacionada comprometimento gastrointestinal, evidenciado por vômito e relato verbal de náusea.	O indivíduo não deverá apresentar episódios de náuseas.	Administrar antiemético, sempre que necessário; Reduzir ou eliminar os odores nauseantes; Evitar procedimentos próximos ao horário de refeições.

Quadro 12: Náusea

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Ansiedade relacionada à internação e ao estado de saúde evidenciado por relatos verbais.	O indivíduo deverá apresentar maior confiança e atitudes de enfrentamento.	Apoiar o paciente e a família; Transmitir confiança; Encorajar o paciente e a família; Administrar ansiolítico, conforme prescrição; Incentivar o paciente na expressão dos seus valores, crenças, medos e expectativas quanto ao seu tratamento e acompanhamento.

Quadro 13: Ansiedade

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Risco de infecção relacionado aos procedimentos invasivos.	O indivíduo não deverá apresentar sinais de infecções.	Verificar os sinais vitais 2/2horas; Realizar os procedimentos em conformidade com a técnica asséptica rigorosa; Observar os sinais flogísticos no local dos procedimentos; Realizar as recomendações de acordo com cada procedimento, por exemplo, trocar o acesso venoso a cada 72h ou sempre que necessário e registrar a data, realizar troca de curativos diariamente ou quando necessário, trocar o umidificador de O ₂ a cada 12h, entre outras.

Quadro 14: Risco de infecção

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Risco de integridade da pele prejudicada relacionado à hipertermia, emagrecimento, desidratação e/ou icterícia.	O indivíduo deverá manter a pele íntegra.	Monitorar os sinais vitais; Administrar antitérmico conforme prescrição; Realizar a mudança de decúbito e proteger as proeminências ósseas, de acordo com a necessidade de cada paciente; Inspecionar a pele diariamente e encorajar o indivíduo a observar a pele durante o banho; Realizar hidratação da pele com emoliente; Orientar o indivíduo a massagear a pele e aumentar a quantidade de banhos diários para amenizar o prurido cutâneo relacionado à icterícia; Orientar o paciente a manter as unhas curtas e limpas; Incentivar a ingestão hídrica e a aceitação da alimentação hospitalar; Realizar reposição hídrica, caso seja indicado; Monitorar o estado nutricional.

Quadro 15: Risco de integridade da pele prejudicada

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Risco de constipação relacionado ao uso de antidiarréico e dieta constipante.	O indivíduo não deverá apresentar constipação.	Avaliar e registrar as eliminações intestinais (consistência, volume e frequência); Avaliar a dieta constipante (componentes/período); Avaliar a dosagem/período de uso do antidiarréico.

Quadro 16: Risco de constipação

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

Ao empregar a Sistematização da Assistência de Enfermagem é possível identificar as necessidades humanas básicas do indivíduo com LV/HIV, compreendendo-o de forma holística e estabelecendo, por meio dos problemas identificados, as necessidades a serem priorizadas. A aplicação desse método sistematizado e organizado contribui para que os enfermeiros atinjam os resultados esperados.

As Intervenções de Enfermagem propostas nos quadros apontam a necessidade de cuidados de enfermagem em tempo integral a nível hospitalar. De forma que torna imprescindível utilizar a SAE como instrumento de apoio para realização das atividades diárias da equipe de enfermagem. Dessa maneira, o enfermeiro é capaz de atender as demandas fisiológicas e psicossociais.

As atividades apresentadas nos quadros englobam, principalmente, ações no âmbito hospitalar. Após serem aplicadas, as práticas devem ser avaliadas no decorrer do processo de cuidado, adaptando-as de acordo com as novas necessidades do indivíduo, como descrito por Alfaro-Lefevre (2005).

No presente trabalho, as Intervenções de Enfermagem traçadas foram concentradas no objetivo de reestabelecimento do paciente com LV/HIV para família e sociedade, no sentido de fortalecimento e na restauração do funcionamento, bem como na prevenção de complicações.

Mediante o exposto, as ações de enfermagem devem ser implementadas ao paciente com LV/HIV, de acordo com os diagnósticos de enfermagem conhecidos, na busca de uma melhor qualidade de vida.

Dessa forma, torna-se fundamental sensibilizar os profissionais de enfermagem quanto à importância da utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem para concretização de uma assistência qualificada, na qual visa proporcionar benefícios ao paciente assistido.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se propôs a apresentar um plano de cuidado de enfermagem voltado ao paciente com LV/HIV, o qual foi elaborado através dos principais problemas de enfermagem registrados nos prontuários dos pacientes com LV/HIV internados no CHCF entre o período de 2000 e 2010.

Os resultados obtidos do quadro clínico sugerem que as infecções por *Leishmania*/HIV atuam sinergicamente potencializando a deficiência do estado imunológico do paciente, justificando a maior gravidade dos casos apresentados. No que tange aos aspectos emocionais, os resultados evidenciaram o comprometimento emocional dos pacientes estudados. Deste modo, este trabalho mostrou a necessidade da elaboração da SAE voltada para as particularidades do paciente portador de LV/HIV.

Os diagnósticos de enfermagem relacionados ao paciente com LV/HIV foram padrão respiratório ineficaz, intolerância à atividade, proteção ineficaz, dor, nutrição desequilibrada, diarreia, hipertermia, volume de líquido excessivo, mobilidade física prejudicada, náusea, controle ineficaz do regime terapêutico, baixa auto-estima situacional, ansiedade, risco de infecção, risco de integridade da pele prejudicada e risco de constipação.

Diante disso, a equipe de enfermagem deve estar preparada para oferecer uma assistência satisfatória, conseqüentemente, é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento da história do paciente, dos aspectos clínicos, laboratoriais, psicológicos e sociais, para estabelecer possíveis relações e, a partir disso, traçar e aplicar um plano de cuidado eficaz para os pacientes assistidos.

O profissional de enfermagem deve trabalhar com base na Sistematização da Assistência de Enfermagem, pois este instrumento é capaz de oferecer subsídios para o desenvolvimento da prática interdisciplinar e humanizada, permitindo alcançar os resultados esperados.

Assim, torna-se fundamental trabalhar e aprimorar a Sistematização da Assistência de Enfermagem durante o Curso de Graduação em Enfermagem, visto que o enfermeiro deve está habilitado a exercer suas atividades tendo como alicerce o plano de cuidado estabelecido através desse método.

REFERÊNCIAS

- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- ALVES, A. J. **Relevância e aplicabilidade da pesquisa em educação**. Cadernos de Pesquisa. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Cortez, 2001.
- AMANTE, L. N.; ROSSETTO, A. P.; SCHNEIDER, D. G. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 54-64, mar. 2009.
- BARBOSA, C. M.; SAKATE, M.; CAMPRESI, A. C.; VAILATI, M. do C. F.; MORAES, L. F.; TAKAHIRA, R. K. Avaliações hematológicas e bioquímicas do uso de diclofenaco de sódio, meloxicam e firocoxibe em ratos. **Brazilian Journal of Veterinary Research and Animal Science**, São Paulo, v.47, n. 2, 2010.
- Boletim Epidemiológico AIDS 2009**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/boletim-epidemiologico-aids-2009>>. Acesso em 04 de abril de 2011.
- BRASIL. **Leishmaniose visceral grave**. Normas e Condutas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. **Manual de recomendações para diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com a coinfeção Leishmania/HIV**. Serie A. Normas e Manuais Técnicos. 1 ed, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Minas Geras, v. 34, n. 2, p. 207-217, mar-abr. 2000.
- CANÇADO, R. D.; CHIATTONE, C. S. Anemia de Doença Crônica. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 127-136, 2002.
- COELHO, E. B. Mecanismos de formação de edemas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 37, p. 189-198, jul./dez. 2004.
- SES/GORR/SINAN-PB. **Total de casos de Leishmaniose Visceral/HIV no Estado da Paraíba e no município de João Pessoa**, João Pessoa-PB: Epidemiologia da Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba, 2011.
- FULLY, P. S.; LEITE, J. L.; LIMA, S. B. Correntes de pensamento nacionais sobre a sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 883-887, nov.-dez. 2008.
- GONTIJO, C. M.; MELO, M. N. Leishmaniose visceral no Brasil: quadro atual, desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 338-349, set. 2004.

GUEDES, M. C.; ARAÚJO, T. L. Crise hipertensiva: estudo de caso com utilização da classificação das intervenções de enfermagem para alcançar respostas adaptativas baseadas no Modelo Teórico de Roy. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 241-246, abr. 2005.

GRIEP, R. H.; ARAÚJO, C. L. F.; BATISTA, S. M. Comportamento de risco para a infecção pelo HIV entre adolescentes atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/aids no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 14, n. 2, jun. 2005.

HOLMES, K. K.; MORELAND, A.; MORSE, S. **Atlas de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

Hospital Clementino Fraga é premiado em congresso brasileiro de AIDS em Recife-PE. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/web_data/aids/premiacaodstaid.htm>. Acesso em 12 de novembro de 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Cidades. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 10 de novembro de 2010.

LOPES, M. V. de O.; ARAÚJO, T. L. de; RODRIGUES, D. P. A relação entre os modos adaptativos de Roy e a taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 97-104, out. 1999.

MARKELL, E. K.; JOHN, D. T.; KROTOSKI, W. A. **Parasitologia médica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2003.

MATHIAS, R; GOTO, H. **Imunoglobulina na patogenia da leishmaniose visceral em hamsteres**. São Paulo: Tese da faculdade de Medicina da USP, 2004.

MATTAR, F. **Pesquisa de marketing**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MILES, M. B.; HUBERMAN, A. **Qualitative data analysis: a sourcebook of new methods**. Beverly Hills, CA: Sage, 1984.

MORAES, L. M.; LOPES, M. V.; BRAGA, V. A. Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.19, n.2, abr./jun. 2006.

NANDA. **Diagnóstico de Enfermagem da Nanda: Definições e Classificações** Porto Alegre: Artmed, 2005.

NEVES, D. P.; MELO, A. L.; GENARO, O.; LINARD, P. M. **Parasitologia Humana**. 11. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

NÓBBREGA, M. M.; GARCIA, T. R. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 2, mar-abr. 2005.

NUNO MARQUES, S.; CABRAL, R.; SÁ, F.; COELHO, J.; OLIVEIRA, J. G.; SARAIVA DA CUNHA, A.; MELIÇO-SILVESTRE. Leishmaniose visceral e infecção por vírus da imunodeficiência humana - Na Era da Terapêutica Anti-Retroviral de Alta Eficácia. **Acta Médica Portuguesa**, 20, p. 291-298, 2007.

OLIVEIRA, J. M. de; FERNANDES, A. C.; DORVAL, M. E. C.; ALVES, T. P.; FERNANDES, T. D.; OSHIRO, E. T.; OLIVEIRA, A. L. L. de. Mortalidade por leishmaniose visceral: aspectos clínicos e laboratoriais. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Minas Gerais, v. 43, n 2, p. 188-193, mar-abr. 2010

PASTORINO, A. C.; JACOB, C. M.; OSELKA, G.; CARNEIRO, M. M. Leishmaniose visceral: aspectos clínicos e laboratoriais. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 2, p. 120-127, jan. 2002.

PEDROSA, C. M.; ROCHA, E. M. Aspectos clínicos e epidemiológicos da leishmaniose visceral em menores de 15 anos procedentes de Alagoas, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Minas Gerais, v. 37, n. 4, p. 300-304, jul-agosto 2004.

QUEIROZ, M. J.; ALVES, J. G.; CORREIA, J. B. Leishmaniose visceral: características clínico-epidemiológicas em crianças de área endêmica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, abr. 2004.

REPPETTO M A.; SOUZA, M. F. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 325-329, maio-jun. 2005.

REY, L. **Parasitologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

ROSAS FILHO, M.; SILVEIRA, F. T. Epidemiologia, clínica e imunologia da infecção humana por *Leishmania (Leishmania) infantum chagasi* em área endêmica de Leishmaniose visceral no Pará. **Revista Paraense de Medicina**, Pará, v. 21, n. 3, jul.-set. 2007.

SALGADO FILHO, N.; FERREIRA, T. M. A. F.; COSTA, J. M.L. Envolvimento da função renal em pacientes com leishmaniose visceral (calazar). **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Minas Gerais, v. 36, n. 2, p. 217-221, mar.-abr. 2003.

Secretaria do Planejamento de João Pessoa. Disponível em: <<http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/seplan/perfil/nossageografia/>>. Acesso em 12 de setembro de 2010.

TORRES, Filipe D. Situação atual da epidemiologia da leishmaniose visceral em Pernambuco. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, jun. 2006.

URIAS, E. V.; CARVALHO, S. F.; OLIVEIRA, C. L.; CARVALHO, M. L.; TELES, L. F.; RODRIGUES, M. C.; MAIA, C. N. Prevalência de adultos infectados por *Leishmania leishmania chagasi* entre doadores de sangue do Hemocentro Regional de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, Rio de Janeiro, fev. 2009.

ANEXO(S)

ANEXO A
TERMO DE ESCLARECIMENTO

Título do Projeto: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA COINFECÇÃO LEISHMANIOSE VISCERAL/HIV

Pesquisadora responsável: Luciana Moura de Assis

Pesquisadoras participantes: Alana Vieira Roque; Maria Mônica Paulino do Nascimento

Instituição das pesquisadoras: Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a autorizar o estudo “SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA COINFECÇÃO LEISHMANIOSE VISCERAL/HIV”. Com isso você poderá colaborar com os avanços na área da saúde, já que tais progressos só podem dar-se por meio de pesquisas como esta. Este estudo tem como finalidade contribuir com a assistência prestada aos pacientes coinfectados com Leishmaniose Visceral (LV) e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) através de um plano de cuidados da Sistematização da Assistência de Enfermagem, e caso você aceite, será necessário disponibilizar os prontuários dos pacientes com LV que foram admitidos, no período de 2000 a 2010, no Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas - Dr. Clementino Fraga (CHCF) para obtermos as informações necessárias desses pacientes para realizar a pesquisa.

É fundamental destacar que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) está dirigido a sua pessoa, pois a pesquisa envolverá prontuários de pacientes, provavelmente, não localizáveis em virtude dos dados partirem de um Hospital de referência de doenças infecciosas do Estado, sendo este constituído de pacientes de vários municípios ou mesmo podendo não residir mais neste Estado. A dificuldade de aplicar o TCLE aos participantes da pesquisa é também devido o período dos registros escolhidos ser longo, além da possibilidade de ter ocorrido óbito, se tornando inviável obter o termo assinado dos pacientes.

Durante a pesquisa não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida nem para a dos pacientes.

É importante ressaltar que não serão publicadas sua identificação e as informações pessoais dos pacientes como nome, nome de familiares e endereço pessoal, assim, assegurando a garantia de que a privacidade dos sujeitos da pesquisa será preservada.

Também solicito a sua permissão para uma possível publicação da pesquisa em evento científico ou revista científica. Garantindo que o estudo só vem a contribuir com a assistência prestada na rede hospitalar.

Você poderá obter todas as informações necessárias e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo algum. Ao aceitar a realização desse estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade.

ANEXO B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS
ESCLARECIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, RG _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi o intuito e a relevância desta pesquisa. As explicações que recebi esclarecem que a pesquisa não possui riscos e desconfortos. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade. Sei que meu nome e dos participantes da pesquisa não serão divulgados, que não terei despesas e não receberei dinheiro por aceitar a realização do estudo. Eu autorizo a coleta de dados do projeto "SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA COINFECÇÃO LEISHMANIOSE VISCERAL/HIV" no Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas - Dr. Clementino Fraga, após a aprovação do referido projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba. Como também permito a sua publicação.

João Pessoa, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Representante do CHCF e carimbo

Assinatura da orientadora responsável

Assinatura da co-orientadora pesquisadora

Assinatura da aluna pesquisadora

Telefone de contato das pesquisadoras:

ANEXO C
DECLARADÇÃO DO PESQUISADOR

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

DECLARO, para fins de realização da pesquisa, ter elaborado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), fundamentado nas exigências contidas no Capítulo IV da Resolução 196/96 e que obtive, de forma adequada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do representante institucional para realização desta pesquisa.

João Pessoa, _____ de _____ de _____.

(nome por extenso)

Assinatura da Pesquisadora responsável

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAVALZADA PEREIRA

ANEXO D
TERMO DE COMPROMISSO

TERMO DE COMPROMISSO

Nós, pesquisadoras, declaramos ter conhecimento da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e que cumprimos todas as normas dessa resolução, na qual se fundamentou o regimento do CEP da Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba para a aprovação do Projeto de Pesquisa envolvendo seres humanos intitulado: "SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA COINFEÇÃO LEISHMANIOSE VISCERAL/HIV".

João Pessoa, ____ de _____ de _____.

Professora _____
Pesquisadora Responsável/Orientadora

Professora _____
Pesquisadora/ Co-orientadora

Aluna _____
Pesquisadora/ Orientanda

ANEXO E
CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

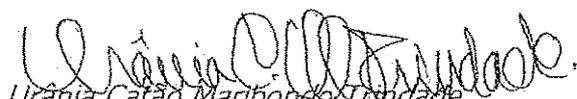
CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba – CEP/SES-PB, em sua 72ª Reunião Ordinária realizada em 30.11.2010 com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS que regulamenta a ética na pesquisa em seres humanos, aprovou o parecer referente ao projeto: Sistematização da assistência de enfermagem na Leishmaniose Visceral da pesquisadora responsável **Luciana Moura de Assis**, aluna Alana Vieira Roque.

Esta Certidão é provisória, para fins de execução da referida pesquisa, ficando sob a responsabilidade da pesquisadora entregar ao CEP/SES-PB o relatório final de conclusão da pesquisa, ocasião em que será emitida certidão definitiva, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

Encaminhe-se a pesquisadora interessada.

João Pessoa, 03 de dezembro de 2010.


Urânia Cátão Maribondo Trindade
Coordenadora do CEP-SES/PB