



ASSISTÊNCIA DOMICILIAR AOS PACIENTES COM SÍNDROME DA IMUNO DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA - AIDS



Bruna Vieira de Oliveira Bonfim¹; Caroline Andressa Chagas Preto¹; Marília Gomes Ricci Maynard¹; Mônica Bueno Ferreira¹; Raissa de Sousa Delmoro¹; Thauana de Moura Pacheco Sousa¹; Ana Paula Pardini², Norma Cristina Penha²; Sandra Rangel de Oliveira^{2,A}

¹Discentes do curso de Enfermagem da Faculdade Cleber Leite – Santo André, São Paulo, Brasil.

²Docentes do Curso de Enfermagem da Faculdade Cleber Leite – Santo André, São Paulo, Brasil.

RESUMO

A assistência domiciliar é uma forma de cuidado especializado que visa proporcionar conforto e qualidade de vida, para pacientes com essa imunodeficiência e outras condições paliativas, permitindo que o portador receba todos os serviços necessários como suporte emocional, físico e psicológico no conforto de sua própria residência, visando garantir que o tratamento seja seguido adequadamente, permitindo a inclusão de seus familiares e garantindo todos os seus direitos. No contexto brasileiro, a assistência domiciliar é uma alternativa que vem ganhando força, principalmente devido ao envelhecimento da população, além disso, a assistência domiciliar pode representar uma redução de custos para o sistema de saúde, ao diminuir a necessidade de internações prolongadas. Contudo, a implementação efetiva da assistência domiciliar no Brasil ainda enfrenta desafios, como a necessidade de uma maior estruturação dos serviços e capacitação profissional. É fundamental que haja uma integração entre os serviços de saúde e a assistência domiciliar, garantindo um atendimento humanizado e eficiente. Com o avanço tecnológico e a crescente valorização do bem-estar dos pacientes, espera-se que a assistência domiciliar se consolide como uma peça-chave na saúde pública brasileira.

Palavras-chave: AIDS, Assistência domiciliar, Linfócitos, Residência, Direitos

ABSTRACT

Home care is a form of specialized care that aims to provide comfort and quality of life for patients with this immunodeficiency and other palliative conditions, allowing the patient to receive all necessary services such as emotional, physical, and psychological support in the comfort of their own home, aiming to ensure that the treatment is followed appropriately, allowing the inclusion of family members, and guaranteeing all their rights. In the Brazilian context, home care is an alternative that has been gaining strength, mainly due to the aging of the population. In addition, home care can represent a cost reduction for the health system, by reducing the need for prolonged hospitalizations. However, the effective implementation of home care in Brazil still faces challenges, such as the need for greater structuring of services, professional training, and specific regulations. It is essential that there is integration between

^AAutor Correspondente: Sandra Rangel de Oliveira - e-mail: sandrarangeloliveira@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-5830-0309>

health services and home care, ensuring humanized and efficient care. With technological advances and the growing appreciation of patients' well-being, it is expected that home care will consolidate itself as a key component in Brazilian public health.

Keywords: AIDS, Home care, Lymphocytes, Residence, Rights

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS), causada pelo Vírus Da Imunodeficiência Humana (HIV), compromete o sistema imunológico, tornando o indivíduo mais suscetível a infecções. Primeiramente observada em 1981 nos Estados Unidos da América (EUA), apresentava infecções incomuns, como pneumonia e sarcoma de Kaposi, em homens jovens. O HIV foi identificado em 1984, seguido por avanços como testes de detecção em 1985 e terapia antirretroviral em 1996, reduzindo significativamente a mortalidade e hospitalizações relacionadas à doença.[1]

Atualmente, a legislação brasileira assegura o acesso gratuito ao tratamento do HIV/AIDS pelo Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo igualmente os direitos dos portadores da doença que optam por utilizar planos de saúde. A Lei nº 9.313 de 1996 e o Artigo 10 da Lei nº 9.656 de 1998 proíbem a recusa de clientes portadores do HIV por parte das operadoras de planos de saúde e estabelecem que estes não podem impor cláusulas que excluam a cobertura ao tratamento de HIV/AIDS.[2]

A Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) é essencial no cuidado aos pacientes com AIDS, implementada no Brasil em 1995 pelo Ministério da Saúde (MS). Oferecida no domicílio do paciente, essa abordagem multidisciplinar visa proporcionar cuidados personalizados, assegurando a continuidade do tratamento e melhorando a qualidade de vida. Inclui cuidados paliativos, administração de antirretrovirais, profilaxia pré e pós exposição ao HIV, e facilita a realização de testes para detecção do vírus. A equipe é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais e psicólogos, cujas atribuições são regulamentadas por legislação específica.[3]

A atenção domiciliar enfrenta desafios como a necessidade de capacitação profissional e estruturação dos serviços, mas seu potencial para promover um cuidado humanizado e eficaz é reconhecido. Com o contínuo avanço tecnológico e o foco crescente no bem-estar dos pacientes, espera-se que a assistência domiciliar se consolide como um componente essencial da saúde pública no Brasil, garantindo uma melhor qualidade de vida para os pacientes com AIDS e suas famílias.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste artigo foi a descritiva para analisar a Assistência Domiciliar a pacientes com AIDS, efetuou-se uma busca ativa e leitura flutuante nas principais bases de dados governamentais. Este artigo tem como referência principal dados regulatórios do Conselho Regional de Enfermagem de

São Paulo (COREN-SP), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Ministério da Saúde e Secretaria da Saúde com foco em diretrizes, processos e obrigações dessa modalidade de atendimento pós-diagnóstico médico e alta hospitalar.

Os dados foram coletados através da descrição objetiva das características e operações dos profissionais envolvidos, buscando compreender a qualidade de vida dos pacientes. A análise minuciosa permitiu avaliar o funcionamento e eficácia da assistência domiciliar. Utilizando fontes primárias e secundárias, a pesquisa ofereceu conceitos significativos para a prática clínica e formulação de políticas públicas de saúde.

RESULTADOS

A AIDS é uma doença crônica desencadeada pelo vírus HIV, comprometendo o sistema imunológico e aumentando a suscetibilidade a infecções e complicações de saúde. As células mais afetadas são os linfócitos T CD4+. A transmissão do HIV ocorre por meio de diferentes vias, incluindo relações sexuais desprotegidas, compartilhamento de agulhas e fluidos corporais.[4]

A AIDS, uma das doenças mais devastadoras da história recente da humanidade, teve seu primeiro caso relatado em 1981 nos Estados Unidos, quando médicos notaram um aumento alarmante nas infecções por pneumonia e sarcoma de Kaposi em homens e jovens, doenças até então não associadas a problemas imunológicos. Em 1982, foi estabelecido o termo "Síndrome da Deficiência Adquirida" para descrever essa condição, e apenas dois anos depois, em 1984, o vírus HIV foi identificado como o agente causador da doença. Avanços significativos na compreensão e tratamento da AIDS ocorreram ao longo dos anos seguintes: em 1985, foram desenvolvidos os primeiros testes para detectar anticorpos contra o HIV, e em 1996, a terapia antirretroviral se tornou o padrão de tratamento, resultando em uma redução expressiva na mortalidade e hospitalizações relacionadas à AIDS.[1]

De acordo com o Manual Epidemiológico do Ministério da Saúde, tanto a infecção pelo HIV quanto a AIDS são doenças de notificação compulsória. Apesar disso, tem-se observado uma diminuição proporcional dos casos de AIDS registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) ao longo dos anos. Em 2022, apenas 48,2% dos casos de AIDS foram registrados no SINAN, enquanto 9,0% foram registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e 42,8% no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SISCEL).[5]

Na série histórica, 1.124.063 casos de AIDS foram notificados no SINAN, sendo 743.596 (59%) notificados em homens, 380.346 (30%) em mulheres, 127.018 (10%) na faixa etária de 15 e 24 anos e 18.327 (1%) em menores de 5 anos, conforme evidenciados na Tabela 1 e 2.[6]

Tabela 1 - Casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por ano de diagnóstico.

| Casos de AIDS | Total | 1980-2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|--------------------|-----------|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Total | 1.124.063 | 636.334 | 43.098 | 42.823 | 43.666 | 42.421 | 41.323 | 39.696 | 38.893 | 38.501 | 38.288 | 30.562 | 35.424 | 36.753 | 16.281 |
| Homens | 743.596 | 412.764 | 26.954 | 27.097 | 28.263 | 27.996 | 27.967 | 27.160 | 27.044 | 26.932 | 26.802 | 21.679 | 25.244 | 26.123 | 11.571 |
| Mulheres | 380.346 | 223.528 | 16.141 | 15.724 | 15.398 | 14.418 | 13.350 | 12.530 | 11.838 | 11.566 | 11.481 | 8.878 | 10.169 | 10.623 | 4.702 |
| Menores de 5 anos | 18.327 | 14.355 | 473 | 495 | 439 | 389 | 344 | 334 | 308 | 269 | 265 | 173 | 171 | 224 | 88 |
| Entre 15 e 24 anos | 127.018 | 68.291 | 4.423 | 4.858 | 5.070 | 5.130 | 5.232 | 4.983 | 5.078 | 4.868 | 4.878 | 3.718 | 4.394 | 4.206 | 1.889 |

FONTE: MS/SVSA/DATHI. NOTAS: (1) Dados até 30/06/2023; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Tabela 2 - Valores totais em Casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por ano de diagnóstico.

| Casos de AIDS | Classificação | % |
|---------------|--------------------|-----|
| 743.596 | Homens | 59% |
| 380.346 | Mulheres | 30% |
| 127.018 | Entre 15 e 24 anos | 10% |
| 18.327 | Menores de 5 anos | 1% |

FONTE: MS/SVSA/DATHI. NOTAS: (1) Dados até 30/06/2023; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos. (Adaptado pelos autores)

Nos últimos anos, o Brasil registrou uma queda significativa no número de casos de infecção por AIDS, essa melhoria pode ser atribuída a várias ações estratégicas tais como testagem e diagnóstico precoce, tratamento antirretroviral, campanhas de prevenção e conscientização onde a campanha teve filmes para TV, peças de mídia, internet e mídias sociais, cartazes e spot para rádio.

Em resumo, o Brasil tem feito progressos significativos na luta contra a AIDS, mas é essencial continuar investindo em prevenção, testagem e tratamento para alcançar o objetivo de eliminar a doença como ameaça à saúde pública até 2030.[7]

Tratamento e Assistência

De acordo com a Lei nº 9.313 de 13 de novembro de 1996 todas as pessoas brasileiras têm direito ao tratamento gratuito para o HIV/AIDS pelo SUS e em casos de o portador da doença optar por utilizar o plano de saúde ele é assegurado pelo Artigo 10 da Lei no. 9.656 de 1998 que nele contém que é proibido a recusa de clientes portadores do HIV por parte das operadoras de planos de saúde. Além disso, o plano de saúde também não pode colocar cláusula que exclua a cobertura ao tratamento de HIV/AIDS.[8]

De acordo com o Ministério da Saúde, a atenção domiciliar (AD) é definida como:

A atenção domiciliar (AD) é a forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde. Com abordagens diferenciadas, esse tipo de serviço está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) e é oferecido de acordo com a necessidade do paciente, a partir do atendimento de diferentes equipes.

A Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) em pacientes portadores da AIDS foi implantada em 1995 no Brasil como iniciativa do Ministério da Saúde, e tem como objetivo prestar atendimento multidisciplinar em nível domiciliar às pessoas que vivem com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida ou Vírus da Imunodeficiência Humana, ela surge como uma alternativa para proporcionar cuidados de saúde personalizados no ambiente doméstico do paciente, garantindo a continuidade do tratamento e promovendo a qualidade de vida.[3]

A ADT visa proporcionar os cuidados paliativos, tais como controle de dor e outros sintomas, promovendo o aumento da adesão ao tratamento, reduzir a duração das internações hospitalares, redução no índice de demanda e ocupação dos leitos hospitalares, proporcionar a redução das infecções devido ao paciente estar imunossuprimido.[4]

A Assistência Domiciliar trabalha em conjunto com outros serviços de saúde, pois é fundamental estabelecer uma rede de referência com hospitais, serviços especializados e unidades básicas de saúde. A equipe multidisciplinar na assistência domiciliar é formada por clínico geral ou infectologista, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social e psicólogo, contando com uma rede de apoio de outros profissionais que complementem a equipe, tais como psiquiatras, agentes de saúde, cirurgiões dentistas, terapeuta ocupacional, nutricionista, entre outros.

A ADT também promove o uso de antirretrovirais, como tratamento para todas as pessoas, a profilaxia pós exposição e a profilaxia pré exposição, facilita a testagem para o HIV, permitindo que os pacientes monitorem sua condição regularmente. Os testes são realizados gratuitamente pelo SUS em unidades públicas e nos Centros de Testagem e Aconselhamento.

A equipe multidisciplinar é de extrema importância na assistência, sendo necessário definir claramente a atuação de cada profissional envolvido, com a finalidade de uma assistência completa e qualificada.

As atribuições do enfermeiro estão previstas no DECRETO Nº 94.406/87, que Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e dispõe sobre o exercício da Enfermagem e a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 464/2014, no Art. 2º, define as competências privativamente do Enfermeiro na assistência domiciliar.[10,11]

O enfermeiro tem a responsabilidade de realizar procedimentos de enfermagem de maior complexidade técnica, supervisionar e gerenciar os serviços da equipe de enfermagem, planejar, organizar, coordenar, supervisionar e avaliar a prestação da assistência de enfermagem, organizar e coordenar as condições

ambientais, equipamentos e materiais necessários à produção de cuidado competente, dimensionar a equipe de enfermagem, atuar de forma contínua na capacitação da equipe de enfermagem que atua na realização de cuidados nesse ambiente.

O técnico de enfermagem deve realizar procedimentos de enfermagem como administração de medicamentos, coleta de exames, ações de higiene e conforto, acolher, e encaminhar as demandas, participando das reuniões técnicas e de organização dos serviços, discussão de casos e elaboração dos projetos terapêuticos, visando promover o conforto emocional, social, físico, e espiritual, entre outros.

A responsabilidade do médico compete a avaliação clínica e laboratorial do paciente, planejamento terapêutico, monitorização e manejo de efeitos tóxicos de drogas utilizadas para o tratamento, solicitação de exames complementares, prescrição de medicamentos e cuidados específicos. Tratar quaisquer complicações de saúde participar de reuniões técnicas e de organização do serviço, de discussão de caso e elaboração dos projetos terapêuticos, produzir conhecimentos técnicos através da realização de pesquisas e estudos da ação profissional e utilizá-los como subsídios nas intervenções em saúde.

O assistente social avalia, diagnóstica e acompanha o comportamento social, encaminha para resolução de questões socioeconômicas, culturais e judiciais quando necessário, realiza mediação para os serviços da comunidade como benefícios, ações sociais, e apoio à equipe de saúde.

O psicólogo realiza a avaliação, diagnóstico e acompanhamento psicológico do paciente, familiares e cuidadores, dando um suporte emocional para todos e facilitando para a equipe nas demandas psicológicas do paciente.

Todos na equipe são responsáveis por elaborar conhecimentos técnicos através da realização de pesquisas e estudos da ação profissional, utilizando como subsídios nas intervenções em saúde, promover o conforto físico, emocional, social e espiritual, participar de ações de educação em saúde realizando grupos educativos.

O perfil dos profissionais que compõem a equipe é extremamente decisivo para a eficácia do trabalho, é recomendado baixa rotatividade dos mesmos e o profissional na ADT deve ter alguns critérios e diferenciais como criatividade, iniciativa, autonomia, atuar como educador em saúde com o paciente e seus familiares, capacidade para ouvir e falar de forma clara e objetiva, acolher e identificar as demandas do dia a dia, e principalmente compromisso ético individual e institucional sempre respeitando os princípios da assistência domiciliar.[12]

A assistência domiciliar para pacientes com AIDS traz consigo benefícios consideráveis, embora seja confrontada por desafios e preconceitos. Estas barreiras não se restringem apenas ao aspecto social, mas também se manifestam entre os próprios pacientes, que frequentemente enfrentam dificuldades para aceitar o diagnóstico devido ao medo e à resistência por parte de familiares e amigos.

É de suma importância capacitar a família para assumir o papel de cuidador, uma vez que desempenham um papel fundamental

nos cuidados ao paciente. Isso fortalece os laços familiares e sociais durante o convívio com pacientes portadores de HIV/AIDS, permitindo que o paciente desfrute de mais tempo com sua família e comunidade.

A implementação da Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) para pacientes com AIDS tem proporcionado melhorias significativas na qualidade de vida física, psicológica, social e espiritual desses indivíduos. Essa abordagem possibilita que os pacientes participem ativamente de seu tratamento, já que o contato direto no ambiente domiciliar facilita a aquisição de conhecimento e a mudança de hábitos, contribuindo para a melhoria de sua saúde e promovendo a independência tanto do paciente quanto de seus familiares.

Contudo, a implementação eficaz da assistência domiciliar enfrenta obstáculos, como a necessidade de estruturação de serviços e a capacitação adequada dos profissionais. É crucial promover a integração entre os serviços de saúde e a assistência domiciliar, visando assegurar um cuidado humanizado e eficiente. Com os avanços tecnológicos e a crescente valorização do bem-estar dos pacientes, espera-se que a assistência domiciliar se estabeleça como um componente essencial da saúde pública no Brasil.[12]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A AIDS ainda não possui cura nem vacina desenvolvida. No entanto, a Assistência Domiciliar surge como uma grande melhoria na qualidade de vida do paciente, pois permite realizar o tratamento no conforto de seu domicílio, evitando exposição direta à comunidade. Por meio da utilização de medicamentos antirretrovirais e métodos diagnósticos, juntamente com o tratamento precoce das infecções oportunistas associadas à AIDS, o acompanhamento domiciliar tem contribuído para estender a sobrevivência do paciente e proporcionar um período maior para desfrutar da vida com qualidade, especialmente junto à família.

É importante ressaltar que a assistência domiciliar não substitui nem exclui a necessidade de atendimento hospitalar em fases mais críticas e graves da doença. Nestas situações, os recursos disponíveis na assistência domiciliar podem ser limitados, enquanto os cuidados hospitalares podem garantir um melhor atendimento e desfecho clínico. Assim, é fundamental orientar tanto o paciente quanto seus familiares sobre a complementaridade entre os dois tipos de cuidado, visando sempre o melhor para a saúde e bem-estar do paciente.

REFERENCIAS

1. National Geographic Brasil. [Internet]. Qual é a origem da AIDS? [citado em 04/03/2024, 13:15]. Disponível em: <https://www.nationalgeographicbrasil.com/ciencia/2022/11/quale-a-origem-da-aids>
2. Brasil. Ministério da Saúde. [Internet]. Legislação brasileira e o HIV. [citado em 04/03/2024, 14:05]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2023/legislacao-brasileira-e-o-hiv.pdf/view>

3. Parenti C F, Pereira L M R, Brandão Z S, Silvério A P C. Perfil dos pacientes com AIDS acompanhados pelo Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica do Município de Contagem, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2003. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2005 Jun [citado em 04/03/2024, 14:05]; 14(2): 91-96. http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742005000200004&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742005000200004>.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Rotinas para Assistência Domiciliar Terapêutica. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_ADT_2007.pdf

5. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico, Número Especial, dezembro de 2023. [citado em: 07/04/2024, 20:15]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletim-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view>

6. SINANWEB. Indicadores de HIV/Aids do Brasil. [Internet]. [citado em 07/04/2024, 19:55]. Disponível em: <https://indicadores.aids.gov.br/>.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Casos de AIDS diminuem no Brasil. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; maio de 2022. [citado em 07/04/2024, 19:15]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/noticias/2022/maio/casos-de-aids-diminuem-no-brasil>

8. Brasil. Ministério da Saúde. Legislação Brasileira e o HIV. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [citado em 16/03/2024, 16:04]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2023/legislacao-brasileirae-o-hiv.pdf/view>

9. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Domiciliar. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [https://www.gov.br/saude/ptbr/composicao/saes/dahu/atencaodomiciliar#:~:text=A%20aten%C3%A7%C3%A3o%20domiciliar%20(AD)%20%C3%A9,Rede%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde

10. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. [Internet]. Brasília: COFEN; [citado em 17/03/2024, 14:26]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687/>

11. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 0464/2014. [Internet]. Brasília: COFEN; [citado em 17/03/2024, 14:33]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014/>

12. Brasil. Manual do cuidado contínuo das pessoas vivendo com HIV/Aids [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente