

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SUB-ÁREA: SAÚDE E SOCIEDADE**

**Fisioterapia no Contexto da Assistência
Domiciliar Terapêutica: Estudo de Pacientes
com AIDS**

JOANI APARECIDO NOGUEIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, com vistas à obtenção do Título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador:
Prof. Dr. OTÁVIO CRUZ NETO

Rio de Janeiro, RJ, 2000

SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimentos.....	ii
Resumo.....	iii
Abstract.....	iiii
I Introdução.....	09
II Considerações Metodológicas.....	15
III Assistência Domiciliar Terapêutica	21
III.1 ADT Internacional: “Home Care”	25
III.2 Programas de ADT no Brasil.....	27
III.3 Programa de ADT cidade Vitória - ES.....	40
IV Fisioterapia: Desenvolvimento e Possibilidades.....	52
V Estudo com pacientes assistidos em seus domicílios.....	95
VI Breves Considerações Acerca dos Casos	101
VII Protocolo de Avaliação Fisioterapêutica	106
VIII Considerações Finais.....	116
IX Referências Bibliográficas.....	122
Anexo 1 - Protocolo de Consentimento Informado	126
Anexo 2 - Autorização de Fotografia.....	127
Anexo 3 - Autorização para Visita	128
Anexo 4 - Observação de Admissão – Serviço Social.....	129
Anexo 4.1 – Clínica Médica.....	131

Anexo 4.2 – Enfermagem.....	134
Anexo 5 - Informações Gerais.....	135
Anexo 6 - Termo de Compromisso.....	136
Anexo 7 – Índice de Siglas	137

**Aos meus pais (in memorium)
José e Maria, minha querida irmã
Jozeni e ao meu sobrinho Junior,
com carinho.**

AGRADECIMENTOS

Ao professor Otávio Cruz Neto, que além da orientação, tornou-se um grande amigo, que sempre me estimulou, proporcionando assim a concretização de um sonho;

Para a equipe do Projeto Esperança de São Miguel Paulista, onde tudo começou, meu agradecimento especial a Gabriela;

Aos professores da Pós-Graduação, que me ajudaram a experimentar novos vãos;

Aos amigos da turma do mestrado/98, que contribuíram com suas idéias na construção do objeto de dissertação; Sandra, Nilo e Sílvia;

Para a equipe de profissionais da ADT/HUCAM por possibilitar o acesso aos dados cadastrais e às visitas domiciliares. Em especial, o meu agradecimento à Angela pela sua compreensão, estímulo e luta pela causa;

Aos amigos Carlos (Calu), Rogério, Wilke, Paulo, Nilo, Nadir, Rosa, Ebir, Angélica, Patrícia, e tantos outros, que perto ou longe estiveram presentes me dando força para continuar a caminhada;

A CNPq pela bolsa recebida, sem a qual, seria muito difícil a realização deste trabalho;

Por fim, pelo muito das experiências que os pacientes com Aids nos têm permitido, aprimorando as relações humanas no sentido da solidariedade, um agradecimento especial dirige-se aos que permitiram a construção deste trabalho.

FISIOTERAPIA NO CONTEXTO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA: ESTUDO DE PACIENTES COM AIDS

RESUMO

O presente estudo objetivou analisar o atendimento fisioterapêutico realizado ao doente de Aids no que se refere ao contexto da Assistência Domiciliar Terapêutica - ADT- bem como (a) apontar a importância da atenção fisioterapêutica nos programas de ADT realizados por diversos serviços públicos de saúde e (b) propor um protocolo de conduta fisioterapêutica domiciliar ao doente de Aids.

O trabalho de campo foi efetivado no primeiro semestre de 1999 - na cidade de Vitória, ES -, onde seis pacientes adultos, de ambos os sexos, foram avaliados e acompanhados por meio de uma conduta fisioterapêutica feita em uma ou duas visitas semanais, tendo como referência a metodologia de estudo de caso. Destacou-se, nessa dinâmica domiciliar, o papel do cuidador que, geralmente, é uma mulher, sem a qual, seria difícil realizar uma ADT eficaz.

A pesquisa encontra-se estruturada em três pontos importantes, abrangendo: a dinâmica da ADT, o contexto da Fisioterapia e seu desenvolvimento e o estudo com os pacientes assistidos em seus domicílios. Foi então que, possibilitou traçar os procedimentos básicos da referida conduta, contribuindo, assim, tanto para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, quanto para esta área de conhecimento.

O estudo apresentou resultados positivos tanto para os pacientes assistidos, reforçando a importância desta forma de atendimento, no caso de pessoas doentes portadores do vírus HIV/Aids, quanto a contribuição oferecida às novas reflexões para a prática das equipes multiprofissionais que atuam na área da saúde coletiva.

Palavras-chave: ADT, Fisioterapia, HIV/AIDS.

PHYSICAL THERAPY IN THE CONTEXT OF HOME CARE: A STUDY OF PATIENTS WITH AIDS

ABSTRACT

The objective of the present Project was the analysis of physical therapy assistance rendered to the patient with AIDS in the context of Home Care Therapy (ADT). Also, it is intended to (a) point out the importance of physical therapy assistance in Home Care programs carried out by the various public health care services and (b) propose a protocol of conduct for Home Care with physical therapy for AIDS patients.

The field work was carried out during the first semester of 1999, in the city of Vitória, State of Espírito Santo, Brazil, where six adult patients of both sexes, were evaluated and followed up by means of a conduct of physical therapy carried out in one or two weekly visits, employing case study methodology as reference. The role of the care taker, usually a woman, without whom it would be difficult to carry out and ADT was of great relevance in the dynamics of home care.

The research is structured on three important points which involve ADT dynamics, the context of physical therapy and its development, and the study of patients cared for in their homes, which made it possible to establish the basic procedures of conduct in physical therapy, thus contributing towards the improvement of the quality of life of the patients and this field of knowledge.

The study presented positive results in the case of assisted patients, reinforcing the importance of this form of assistance in the case of persons afflicted by HIV/AIDS, besides having contributed with new insights for the multi-professional teams which work in this area of health care.

Key words: ADT, Physical Therapy, HIV/Aids



Introdução

I - INTRODUÇÃO

Coube-me a oportunidade de atuar, por vários anos, nos programas de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), junto aos doentes de Aids. Esses pacientes, assistidos pelos referidos programas, - sobretudo na periferia das grandes cidades, onde os recursos necessários à recuperação da saúde são precários e, até inexistentes -, proporcionaram-me uma experiência de grande valor.

Foi nesta experiência que se fundamentou a presente pesquisa, permitindo-me traçar os procedimentos básicos na conduta fisioterapêutica domiciliar. Tais procedimentos contribuirão, creio eu, tanto para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes cadastrados na ADT, quanto para o estudo da Fisioterapia a eles aplicada no campo familiar.

A experiência a que me refiro, foi possível, a partir de 1990, graças ao Projeto Esperança, em São Miguel Paulista, São Paulo, capital. Nela atuei como voluntário e enfermeiro, conhecendo assim a dinâmica deste tipo de assistência.

Em 1997, como fisioterapeuta no Hospital Emílio Ribas em São Paulo, capital, participei de uma equipe multiprofissional envolvida no tratamento dos doentes de Aids. Tive então a ocasião de vivenciar as condutas fisioterapêuticas na recuperação desses pacientes e perceber a importância da Fisioterapia no contexto hospitalar.

Tal importância não era ponderável há alguns anos, porque os pacientes de Aids contavam com um tempo de vida limitado após o diagnóstico do mal. Não havia, portanto tempo para o surgimento de seqüelas, provenientes das doenças oportunistas.

Com o advento dos medicamentos anti-retrovirais (“coquetel”) e a cronicidade da patologia, o surgimento de seqüelas se presentifica. Em conseqüência, os profissionais da saúde, reconheceram a necessidade de condutas fisioterapêuticas, tornando importante a presença do fisioterapeuta no hospital.

O Hospital Emílio Ribas contratou em caráter de urgência, em 1997, vários fisioterapeutas, já que, na ocasião, oficialmente, não havia nenhum contratado. No início somente duas terapeutas ocupacionais atuavam no atendimento dos pacientes internados, com HIV/Aids.

A princípio, os médicos solicitavam o serviço de fisioterapia apenas para os pacientes da enfermaria de adultos, objetivando acelerar progressos no seu estado de saúde e, conseqüentemente, sua alta hospitalar. Com a melhora observada nos pacientes, os profissionais começaram a confiar na Fisioterapia, de modo generalizado.

Os efeitos das condutas fisioterapêuticas foram tão positivos que sua solicitação passou a ocorrer cada vez mais freqüentemente, abrangendo outros setores como a Pediatria e o C.T.I. (Centro de Tratamento Intensivo). Por conseguinte, o fisioterapeuta conquistou o seu espaço de atuação obtendo com justiça, maior respeito e consideração dos demais profissionais da equipe.

Nota-se que vários dos pacientes internados no hospital Emílio Ribas eram cadastrados em ONGs (organizações não governamentais) especificamente trabalhando com portadores do HIV/Aids, prestando-lhes assistência e orientações.

Após a alta hospitalar, os pacientes prosseguiram o tratamento em seus domicílios, acompanhados pela equipe de uma determinada ONG. Este é o caso do Projeto Esperança de São Miguel Paulista, São Paulo, organização de cuja equipe de profissionais da saúde participei, conforme já indicado.

Na ONG, em questão, como voluntário e profissional da saúde, coube-me cuidar de inúmeros pacientes e compreender melhor a dinâmica interativa entre cada caso e o trabalho da equipe hospitalar. Esta ONG surgiu em 1988, na região leste da cidade de São Paulo (cuja população era 3.500.000 de habitantes). Foi a primeira a prestar assistência domiciliar aos portadores de HIV/Aids, sob a coordenação de sua fundadora, Gabriela O'connor.

Ligava-se à Arquidiocese de São Paulo, desvinculando-se mais tarde e trilhando o seu próprio caminho. Contava desde o início, com a ajuda internacional da CAFOD (Catholic Found for Overseas Development) de Londres.

Em 1995, firmou convênio com MS (Ministério da Saúde) e Banco Mundial e que lhe permitiu ampliar e aperfeiçoar a qualidade dos serviços prestados, então apresentou um projeto, aprovado pelo Ministério da Saúde, propondo dividir a região em três partes. Em duas delas foi criado um Núcleo de Atendimento semelhante ao da matriz, em São Miguel Paulista, com infra-estrutura suficiente para manter a qualidade da Assistência Domiciliar: os Núcleos de Vila Esperança e Guaianazes.

Cada Núcleo foi formado por uma equipe constituída de: coordenador, (profissional da saúde com formação de nível superior), secretária, assistente social, auxiliar de enfermagem, agentes de saúde e voluntários.

Há, pois, três núcleos (São Miguel, Vila Esperança e Guaianazes) que passaram a atender à demanda com maior eficiência; conseguiram manter a qualidade do atendimento, apesar do crescimento do número de casos e das distâncias muito longas entre os diversos locais de serviço. É importante salientar a parceria dessa ONG com os postos de saúde com referência em DST/Aids e hospitais convencionais na região. Sem esse suporte, seria extremamente difícil realizar o trabalho de assistência domiciliar.

Com o aumento do número de casos de HIV/Aids na região, apresenta conseqüentemente, a necessidade de enfrentar mais desafios. Para tanto, surgiram alternativas como o treinamento de novos voluntários, criando-se frentes de atuação: grupo de visitas hospitalares, prevenção e educação contra a Aids, atuando-se por meio de palestras em escolas públicas e particulares, Grupo de Ajuda Mútua (GAM), sob a supervisão de um psicólogo; a campanha “Fala por Mim” (apadrinhamento à distância para os órfãos da Aids) e, a distribuição de cestas básicas de alimentos às famílias mais carentes atingidas pela Aids.

Os portadores do vírus ou pacientes eram encaminhados ao Projeto pelas assistentes sociais dos hospitais convencionais da região ou procuravam a organização por iniciativa própria, após sua alta hospitalar; muitos haviam recebidos, durante a internação, folhetos, “folders”, orientações, por meio do grupo de visitas hospitalares. Quando o doente recebia alta hospitalar e era transportado diretamente ao seu domicílio, a assistente social do hospital solicitava as visitas domiciliares. e o Projeto estabelecia um prazo de 48 horas para concretizá-las.

Fazendo as visitas domiciliares aos pacientes cadastrados pelo Projeto Esperança, o que mais me chamou a atenção foram as inúmeras reclamações dos pacientes, relativas à dores no corpo, principalmente nos membros inferiores. Esta constatação supõe um “déficit” na marcha e um comprometimento sério em suas atividades da vida diária.

Buscando o aprimoramento da qualidade do atendimento domiciliar e preocupado com esses fatores, fiz um curso de massoterapia visando tanto a amenizar esse quadro, como a ensinar o(a) cuidador(a) a familiarizar-se com as manobras de massagens, objetivando o alívio das dores.

A vivência foi gratificante. Levar a massagem ao domicílio dos pacientes, ensejou-me com eles vivenciar o **“toque terapêutico”**, além de proporcionar aos cuidadores a experiência de tocar o outro e, em algumas situações, de ser pelo outro tocados. O toque, sem dúvida, nos torna mais sensíveis ao sofrimento alheio e a problemática de nossos semelhantes, e nos leva a entender com mais clareza a precariedade da humana condição.

Segundo a afirmação de Montagu, (1988:21), *“o tato é considerado matriz de todos os sentidos”*, e Davis (1991:23,76) ratifica: *“O contato físico fala diretamente ao coração”*, a mesma autora reitera: *“independente da idade, todos precisamos de contato físico, em especial quando estamos assustados, deprimidos, solitários ou cansados. Nada mais pode expressar tanto, oferecer tanto alívio e segurança, tanta ternura e conforto quanto o toque afetuoso”*.

Ao atender os pacientes aqui referidos, fui percebendo que não eram suficientes apenas os cuidados de enfermagem. Tornava-se necessário ainda outros procedimentos terapêuticos a bem da melhoria do quadro patológico. Precisava aprofundar meus conhecimentos na área da saúde a fim de captar com mais nitidez o que estava ocorrendo com esses pacientes. Então me senti realmente estimulado a estudar Fisioterapia, sobretudo , por meio da cinesiologia e a cinesioterapia pude bem apreender o mecanismo músculo-esquelético, e assim, podendo contribuir cientificamente na evolução do quadro de cada paciente assistido pelo Programa.

No contexto da ADT, observava que outros fatores importantes evidenciavam-se com os pacientes e com suas famílias assistidas, prolongamento da sobrevida naqueles que se encontravam junto a seus familiares, menor risco de contrair infecções, diminuição das doenças oportunistas além de uma consciência mais clara do exercício da cidadania, ao conhecer e reivindicar seus direitos e deveres face a sociedade, além da prática da solidariedade entre vizinhos e outros membros da comunidade.

Galvão, (1994:341) explicita que, *“as novas formas de solidariedade desenvolvidas a partir da mobilização da sociedade civil principalmente em torno das chamadas ONGs, reavivou conceitos e expressões que se julgavam perdidos tais como militante / militância e ativista / ativismo”*.

De acordo com o anteriormente afirmado, com a cronicidade da patologia e o prolongamento da vida, atualizaram-se as seqüelas das doenças oportunistas: Eis uma nova e amarga realidade a ser encarada pelos pacientes e pelos agentes da saúde. Exemplo dessas seqüelas: a ataxia e/ou hemiparesia, em conseqüência da toxoplasmose, uma das doenças oportunistas mais freqüente.

Conforme diz Diament, (1989), neste caso, os protozoários (*Toxoplasma gondii*) apresentam preferência pelas células nervosas, atingindo o sistema nervoso central: leva, pois, o paciente a um comprometimento do SNC (sistema nervoso central). Tal fato solicita e exige a presença do fisioterapeuta a fim de intervir junto a esses pacientes, auxiliando-os no alívio dos distúrbios da cinesia funcional.

Semelhante procedimento, foi responsável por mais uma abertura na área da Saúde: o reconhecimento do profissional fisioterapeuta, permitindo-lhe participar de uma equipe multiprofissional, tanto na dinâmica hospitalar quanto na assistência domiciliar terapêutica. A carência de estudos sobre fisioterapia, no contexto da Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) ao doente de Aids é uma triste realidade. Presentifica-se, entre os profissionais, uma qualificação deficiente a respeito das características desse tipo de atendimento, ainda alvo de uma série de preconceitos e informações incorretas.

Conhecer esse grupo, suas concepções, sua dinâmica, contribuiu para os trabalhos na área da Fisioterapia que redundem no aperfeiçoamento na qualidade de vida dos pacientes, valorizando por conseqüência, sua auto-estima ao facilitar suas relações pessoais e com o meio. Os dados coletados neste estudo, nos ofereceram subsídios para desenvolver um **Protocolo de Avaliação Fisioterapêutica Domiciliar**, o qual irá contribuir no planejamento e na **conduta** referente ao tratamento dirigido ao grupo em questão. Os procedimentos direcionam-se para a criação de instrumentos capazes de estimular o paciente e seus familiares à ação participativa, quanto ao tratamento, a mudança de valores e a atitudes, na prática cotidiana perante a realidade mórbida. Por outro lado, este trabalho também tem o intuito de contribuir em benefício do desenvolvimento do campo da Fisioterapia, no sentido de trazer para a instância acadêmica a experiência por mim, vivenciada e transmiti-la ao mesmo tempo, a outros profissionais da área: e mais, pretende manter em aberto, as possibilidades de franquear o espaço desta pesquisa, para que, assim, se aperfeiçoem e se renovem métodos, procedimentos, sugestões que abrangem seus objetivos.

A decorative L-shaped bar is located in the top-left corner of the page. It consists of a vertical bar on the left and a horizontal bar extending to the right from the top of the vertical bar. The vertical bar is a solid, dark green color. The horizontal bar is a lighter, semi-transparent green color with a thin black outline.

Metodologia

II – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Esta dissertação foi realizada contemplando a pesquisa qualitativa, como menciona Minayo (1996:28,34,36)

“A questão, a nosso ver, aponta para o problema fundamental que é o próprio caráter específico do objeto de conhecimento: o ser humano e a sociedade. Esse objeto que é sujeito se recusa peremptoriamente a se revelar apenas nos números ou a se igualar com sua própria aparência. Desta forma coloca ao estudioso o dilema de contentar-se com a problematização do produto humano objetivado ou de ir em busca, também, dos significados da ação humana que constrói a história. É um desafio na busca de caminhos”

Ainda podemos observar, segundo a autora, *“que hoje, a questão do homem enquanto ator social ganha corpo e faz emergir, com toda a sua força, as ciências sociais que se preocupam com os significados. Trata-se de uma ênfase própria de nosso tempo em que se fortifica a introspecção do homem, a observação de si mesmo e se ressaltam questões antes passadas despercebidas”*.

Segundo Minayo, a dicotomia quantitativo versus qualitativo que se estabelece na prática, de um lado, deixa à margem relevâncias e dados que não podem ser contidos em números e, de outro lado, às vezes, contempla apenas os significados subjetivos, omitindo a realidade estruturada. É o que geralmente ocorre num estudo como o presente, este onde a análise dos dados se expressa em forma de estudo de caso.

O CAMPO

O estudo se desenvolveu no município de Vitória, capital do Estado do Espírito Santo, no período compreendido entre janeiro e junho de 1999. Desde 1997, uma equipe multiprofissional aí vêm cumprindo o Programa de ADT/SESA (Assistência Domiciliar Terapêutica/Secretaria Estadual de Saúde) por meio de convênio entre o Ministério da Saúde e o HUCAM-UFES (Hospital Universitário

Cassiano Antônio Moraes - Universidade Federal do Espírito Santo) visando aos pacientes com HIV/Aids.

A equipe é composta por profissionais de saúde: médica infectologista, odontóloga, assistente social, psicóloga, enfermeira, auxiliar de enfermagem além de um motorista, todos ligados à Secretaria Estadual de Saúde (SESA).

O Programa tem como meta atender até 10 pacientes cadastrados. Estes, são encaminhados pelo HUCAM. Atualmente compõe-se de 03 mulheres e 07 homens, todos adultos, residentes nos municípios que formam a Grande Vitória (Serra, Vitória, Vila Velha e Cariacica) conforme se vê no mapa anexo.

Recentemente, assinou-se um convênio com a Santa Casa de Misericórdia de Vitória, e também agilizou-se o convênio com o CR DST/Aids (Centro de Referência em DST/Aids), serviço este ligado à Prefeitura de Vitória. Tal ligação permitirá um atendimento mais eficiente e aumentará a demanda, além de possibilitar um novo estudo sobre a metodologia aplicada. Cada um desses fatores objetiva manter a qualidade do serviços prestados.

A pesquisa realizada com os pacientes contemplados, assistidos pelo Programa da ADT/ SESA, privilegiará, nesta dissertação, a abordagem do Estudo de Caso, - forma de sistematizar-se e de apresentar-se os resultados atingidos. Como assinala Franco, (1986: 33,37):

“em geral, os estudos de caso são concebidos como pesquisas realizadas junto a pequenos grupos, onde se enfatiza a análise qualitativa dos dados (...). O estudo de caso pretende retratar uma configuração que, embora particular, funcione apenas como ponto de partida para uma análise que busque o estabelecimento de relações sociais mais amplas de um determinado objeto de estudo. O “caso” se constitui em uma instância deflagradora do estudo de mediações que concentram a possibilidade de explicar a realidade concreta”.

Ainda, este autor, defende que no estudo de caso, o pesquisador não parte de esquemas rígidos e concebidos “a priori”. Deve estar atento a novas categorias que emergem da interação concreta, estabelecida no âmbito do real, entre o investigador e a instância estudada. Daí, a necessidade da utilização de fontes de informação diversificadas, permitindo, assim, recuperar o contexto da situação estudada.

Desenvolve-se, pois, uma dinâmica nascida do processo vivenciado pelos indivíduos envolvidos na questão e pelo relato das representações e interpretações dos informantes. Estas representações serão reinterpretadas e reelaboradas pelo pesquisador e, posteriormente, pelo leitor.

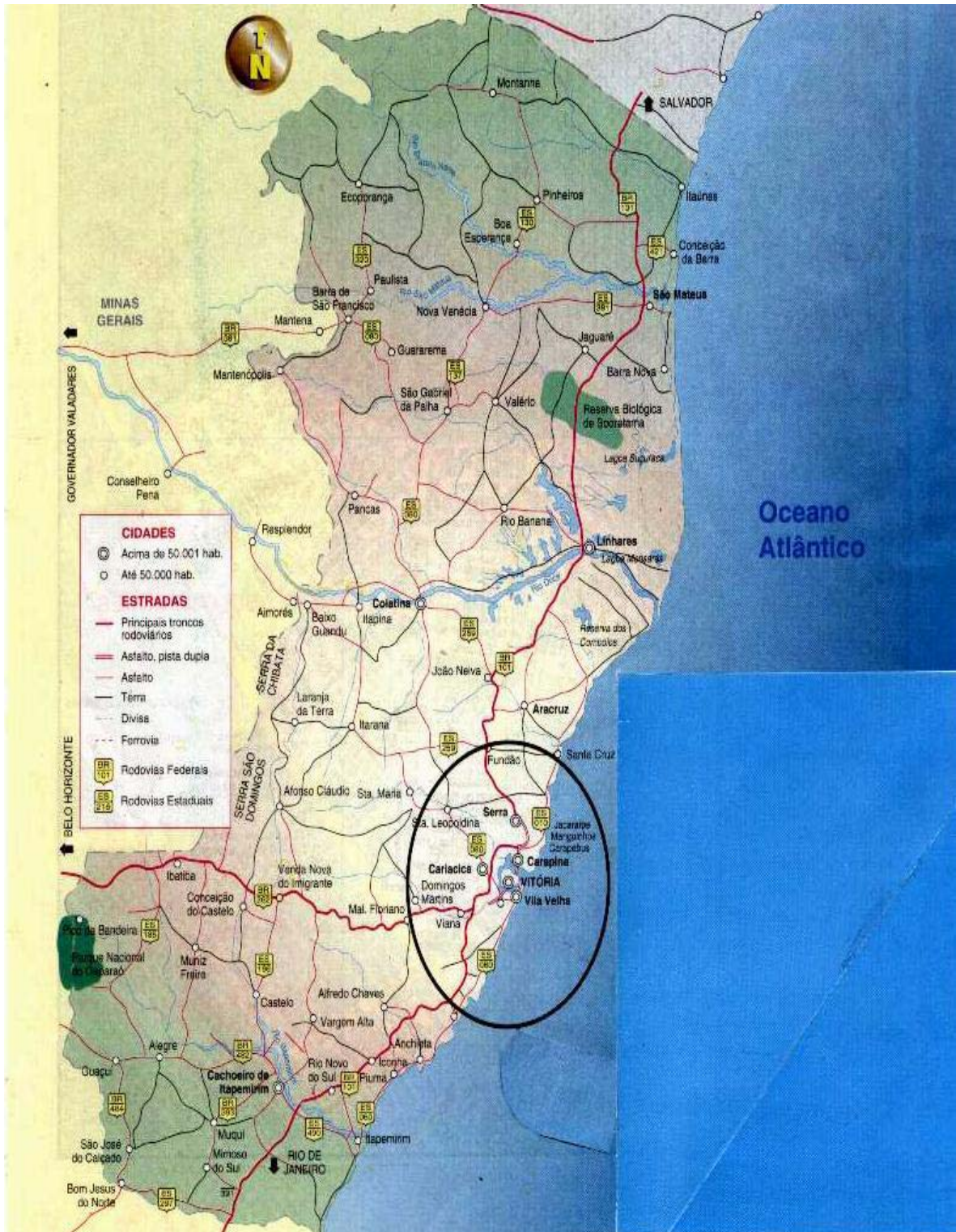
Observamos ainda que, o estudo de caso visa a obter uma descrição detalhada, do fato enfocado, aspectos relevantes de cada caso e aprofundar a singularidade do fenômeno estudado, como Minayo (1986:33), menciona em seu livro, *Os Homens de Ferro*. Nesta publicação a autora pretendeu um trabalho de caráter etnográfico, reconstituindo o modo como o núcleo de mineiros era representado, através da organização e da classificação de suas experiências.

No referente à nossa pesquisa, o estabelecimento de estratégia de entrada no campo e do vínculo com o paciente estabeleceu-se de forma tranquila além de concordar com os preceitos explicitados por Minayo, (1992:101), quando destaca que a exploração do campo contempla várias atividades, entre as quais a escolha do campo e do grupo de pesquisa. Na estruturação do trabalho de campo utilizaram-se instrumentos importantes na coleta de dados, a bem da compreensão e da conclusão do estudo.

- Diário de Campo, onde se anotavam a rotina do tratamento e/ou todos os acontecimentos captados no decorrer das visitas. Por exemplo: a recepção do paciente e familiares no dia da visita, ou algum fato anormal ocorrido durante o tratamento.
- Prontuários da ADT, onde se registravam tanto as rotinas estabelecidas pela equipe de profissionais enquanto atuavam nos domicílios dos pacientes, quanto as avaliações, exames realizados, medicamentos prescritos, empréstimo de materiais e outros dados.
- Planejamento dirigido ao Cuidador(a), onde este(a) o mesmo era orientado (a) e conscientizado (a) a respeito da importância dos exercícios físicos para o paciente, sobretudo quanto ao estímulo à marcha pela manhã. Também o curador assistia o tratamento e dela participava, sendo informado de seus objetivos, entre estes, o ganho e a manutenção do equilíbrio, o alongamento das cadeias musculares e os respectivos fortalecimentos. Deste modo, na ausência do fisioterapeuta,

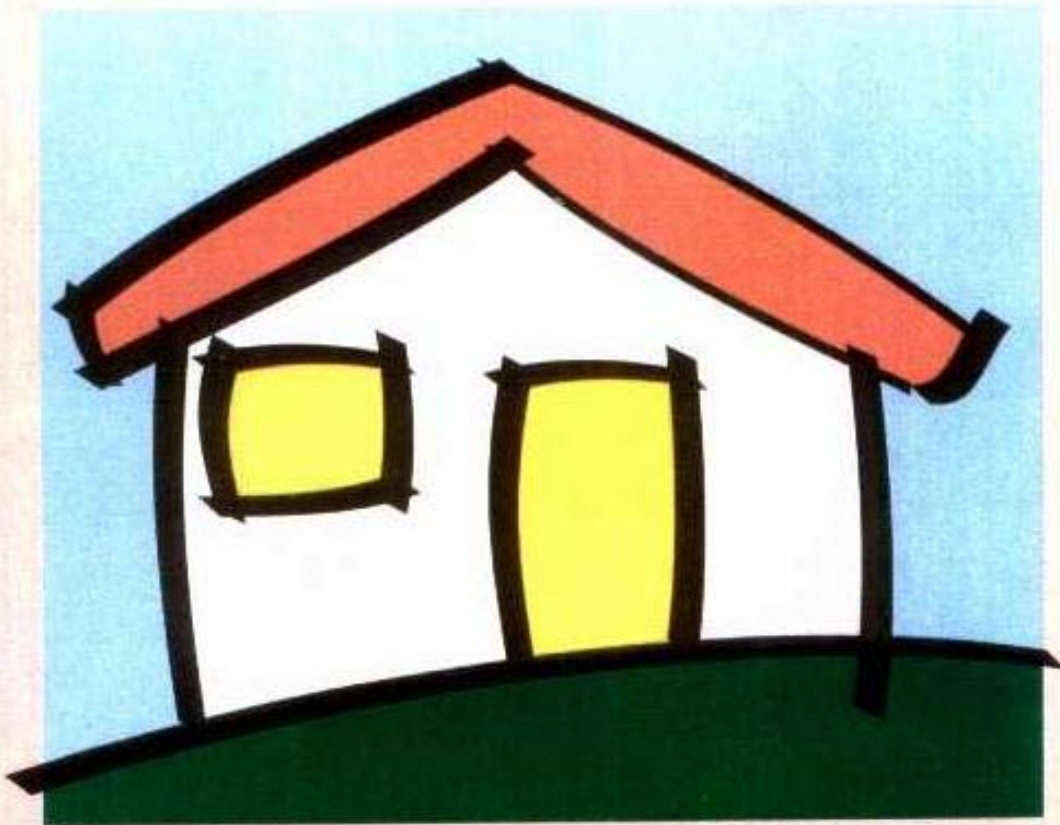
mas seguindo as instruções recebidas, seria capaz de, dar continuidade ao tratamento determinado.

- Material fotográfico (Olympus, ACCURA, zoom XB 70), de grande valia para fins acadêmicos e práticos, obtido com autorização dos pacientes, após terem eles emitido um Protocolo de Consentimento Informado.
- Finalmente, o Instrumento de Avaliação Fisioterapêutica Domiciliar, que se considera o mais importante entre os instrumentos aplicados na coleta de dados. Nele foram assinalados todos os dados relativos ao paciente: dados pessoais; anamnese; quadro clínico; exame físico; inspeção; palpação; análise das cadeias musculares; coordenação; equilíbrio; reflexos; mudanças de decúbito; mudanças de posição; avaliação ventilatória; objetivos do tratamento em curto, médio e longo prazo e conduta fisioterapêutica.



Mapa do Espírito Santo – Em destaque a Grande Vitória.

ADT



**assistência domiciliar
terapêutica**

III - ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA (ADT)

A ADT tem como objetivo geral promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com Aids. Como objetivo específico, proporcionar uma forma de alternativa assistencial qualificado aos pacientes portadores do HIV/Aids. Sua maior finalidade é prestar assistência clínica, terapêutica e psico-social em nível domiciliar envolvendo a participação dos pacientes e da comunidade a qual ele pertence.

Dal Ben (1999: 1) esclarece:

“O Home Care tem suas raízes no século XVI, calcadas nos princípios da Ordem Vicentina, que agregava mulheres para cuidar de pacientes em casa. No início da Era Cristã, o Novo Testamento cita por meio dos discípulos Lucas e Paulo, Phoebe, provavelmente a primeira enfermeira da história que caracterizava o forte sentimento de caridade. Assim, a base dos modernos projetos de ADT são os costumes da antigüidade de manter o paciente junto à família”.

O desenvolvimento das atividades da Assistência Domiciliar Terapêutica aos pacientes com Aids baseia-se na concepção de mobilização conjunta dos recursos da comunidade, dos familiares e dos profissionais de saúde, considera-se assim, a possibilidade de o paciente ser mantido em seu próprio domicílio, servido por uma equipe clínica multiprofissional. Tal equipe nem sempre é a ideal: há em alguns casos, apenas o médico, o serviço de enfermagem e alguns recursos hospitalares que assegurem a assistência médica. Dividi-se com a família os cuidados com o paciente.

Na Assistência Domiciliar Terapêutica, o paciente e sua família podem ser treinados a fim de desempenharem algumas atividades que serão executadas no ambiente doméstico. Por exemplo, a troca de curativos, na própria residência, evitará o risco de infecções hospitalares. O atendimento em hospital apenas ocorrerá em último caso. Daí, resultará um aperfeiçoamento da qualidade de vida, em relação ao paciente cronicamente exposto às intercorrências da Aids, portanto reduzindo-se seu tempo de internação, aumentar-se-á a rotatividade desses leitos, ocasionando menores gastos para o Sistema Único de Saúde, além disso, destaca-

se em primeiro plano, a humanização no tratamento, oferecido pela equipe de profissionais da saúde da ADT.

A implantação da Assistência Domiciliar Terapêutica subordina-se à aprovação técnica e orçamentária da CN-DST/AIDS, a qual financiará os recursos solicitados. De sua parte, a entidade pública estadual ou municipal deverá assegurar a manutenção das atividades do projeto.

Desde o início da epidemia, em 1982, e que tornou-se uma pandemia, os cuidados domiciliares demonstraram benefícios indiscutíveis no tratamento da patologia em questão: melhoria do estado emocional do paciente, menos risco de contaminação por seqüelas, diminuição das doenças oportunistas, instauração do exercício da solidariedade por meio da participação da família e amigos, sem contar uma razoável relação custo-benefício. Integrando a Assistência Domiciliar evidenciam-se outros serviços: as unidades básicas de saúde, hospitais convencionais e hospitais-dia.

Com o surgimento da epidemia de Aids nos anos 80, ocorre uma sobrecarga no sistema de saúde dos países ricos. Por sua vez, países pobres torna-se mais claro o colapso desse sistema. A resposta para o problema, tanto nos países desenvolvidos quanto nos emergentes, subdesenvolvidos e periféricos, surge, no início da década de 90, quando diversas propostas de atendimento domiciliar a portadores de Aids começam a aparecer no mundo todo. Tais propostas apresentam maior complexidade de assistência, na Europa e Estados Unidos: por exemplo, em países africanos, faz-se somente visita domiciliar.

Hallal (1998:8) refere:

“como consequência da vida moderna, as doenças crônicas e degenerativas (cânceres, doenças cardíacas e pulmonares) surgem com caráter progressivo, gerando ocupação hospitalar prolongada com elevado custo. Já na década de 60, os Estados Unidos e países europeus como a Holanda e Suécia encontraram uma estratégia para reduzir a frequência de hospitalizações e a ocupação de leitos, por meio das visitas de médicos e enfermeiros às casas de pacientes, da oferta de analgesias e curativos, cuidados paliativos e da prevenção de complicações. Desse modo se institucionalizaram os primeiros serviços de atendimento domiciliar”.

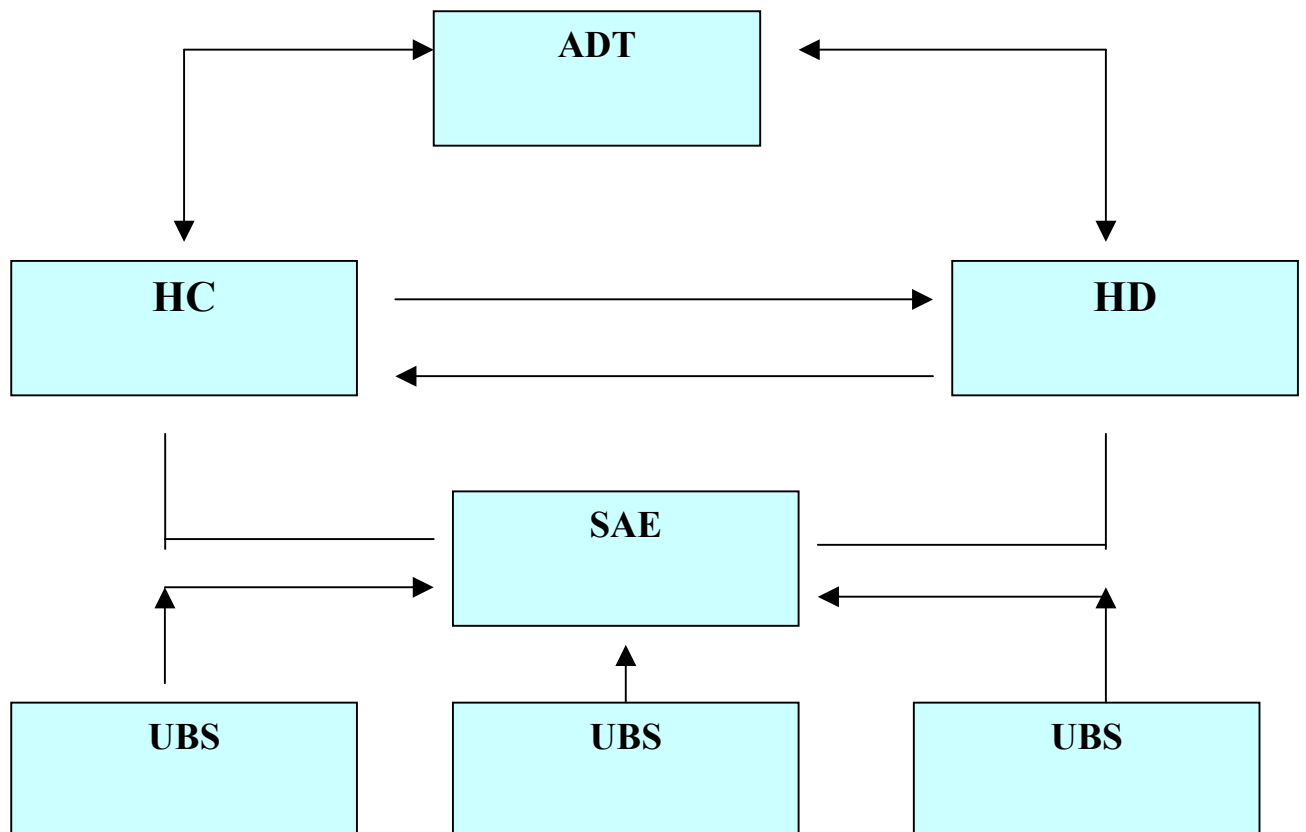
O nosso Ministério da Saúde, homologa a Assistência Domiciliar como uma forma de tratamento utilizada com sucesso em outros países. No Brasil, o MS considerou marcante o ano de 1994. Algumas condições favoreceram, tal ponto de vista: a demanda crescente de leitos para HIV/Aids, a rede de serviços de saúde deficitária, o aumento dos doentes de HIV na faixa produtiva (de 2 a 44 anos). Todos os fatos apontados, fizeram recrudescer o estigma social que persegue o doente de Aids.

A equipe básica da ADT é constituída das seguintes categorias profissionais: médico infectologista, enfermeira, auxiliar de enfermagem, assistente social, psicóloga e motorista. Outros especialistas colaboram no tratamento, recebendo o paciente na unidade básica de saúde (UBS) existente em cada região.

De conformidade com o Ministério da Saúde, a ADT encontra-se interligada aos hospitais convencionais (HC) e hospitais-dia (HD). De sua parte, tais instituições interrelacionan-se com os serviços de assistência especializadas (SAE) os quais, entrozam-se com as unidades básicas de saúde (UBS) como é demonstrado no fluxograma a seguir.

O SAE se constitui em um antigo posto de saúde, transformado em Centro de Referência DST/Aids, onde atuam profissionais de saúde com várias especialidades. Estes profissionais formam uma equipe multiprofissional, no atendimento do paciente com HIV/Aids, equipe esta cuja localização é de fácil acesso, em determinado bairro de uma capital. Quando um cidadão adocece, principalmente na periferia das grandes cidades, normalmente procura um Posto de Saúde (UBS). Ao ser diagnosticado portador do vírus HIV, é encaminhado a um dos SAE da região, para seu tratamento e acompanhamento.

Interações entre os modelos de Assistência em HIV / Aids



ADT = Assistência domiciliar terapêutica
HC = Hospital Convencional
HD = Hospital Dia
SAE = Serviço de Assistência Especializada
UBS = Unidade Básica de saúde

Ministério da Saúde - Secretaria de Projetos especiais de Saúde
Coordenação Nacional de DST e Aids

Foucault (1985:204) defende que *“toda a família pode funcionar como um pequeno hospital provisório, individual e não custoso”*. Partindo desse pressuposto, podemos compreender mais nitidamente o porquê do sucesso que os Programas de ADT vêm obtendo no território nacional. O Ministério da Saúde recomenda a equipe de ADT a encorajar a participação de outros profissionais, em seu quadro: odontólogos, médicos de várias especialidades, trabalhando em conjunto para o aperfeiçoamento da qualidade dos serviços prestados.

III.1 ADT INTERNACIONAL : “HOME CARE”

Internacionalmente, a ADT é denominada de *“home care”*; encontra-se bem desenvolvida, devido tanto a sua infra estrutura quanto ao apoio que recebe dos governos, principalmente na Europa e Estados Unidos. Conforme nota o MS, algumas experiências internacionais têm mostrado que não só a metodologia utilizada, mas também que, os resultados obtidos têm sido positivos. Confrontem-se as experiências dos Estados Unidos (Home Health Care) a partir de 1976; e a do Canadá - *hospitál extra-mural* - desde 1981 e a partir de 1986 surge o *hospitál a domicile*, em Quebec.

Na Europa, o país mais experiente neste tipo de atendimento tem sido a França. A *“HAD”* (Hospitalisation à Domicile) surgiu em 1951 em resposta à grande demanda ao serviço de saúde em Paris. Atualmente a França é a que mais possui ADTs - além de 41 HAD.

A Grã-Bretanha inspirou-se na experiência francesa de HAD criando, em 1978, o *Hospital Care at Home*. Hoje, na Assistência Domiciliar Terapêutica aos pacientes de Aids, funcionam em Londres várias ONGs, destacando-se a LIGHTHOUSE, organização mantida com ajuda do governo e doações. Evidencia-se também a CAFOD (Catholic Found for Overseas Development) que financia projetos na área da Saúde, envolvendo a Aids, em países do Terceiro Mundo.

Na Alemanha, em 1970, reorganizaram-se os serviços de Assistência Domiciliar, originando-se os centros sociais chamados *Socialstationen*, que asseguravam dois tipos de programa de cuidados residenciais: assistência domiciliar destinada ao idoso e aos deficientes e assistência domiciliar a pacientes completamente dependentes de cuidados médicos, de enfermagem e serviços de auxílio nos afazeres domésticos.

Altman (1995: 39-63) esclarece:

“como a Aids foi identificada pela primeira vez nos EUA, foi também nos EUA que surgiram as primeiras respostas de base comunitárias. A primeira delas, a Gay Men’s Health Crisis (GMHC-Crise na Saúde dos Homossexuais) foi formado por um grupo de homossexuais, em Nova Iorque, em 1982, e enfocava, originalmente, a pesquisa e a educação”.

Ainda segundo este autor, foi nesse grupo que se verificou a experiência pioneira em assistência domiciliar com o treinamento dos “buddy”. Os “budies” eram voluntários homossexuais sadios, cuidando dos homossexuais doentes, desenvolvendo, assim, serviços em larga escala de auxílio e apoio residencial. As duas organizações americanas que se destacaram nesse tipo de programa domiciliar foram a Gay Men’s Health Crisis e a Shanti, em São Francisco.

A partir de 1980, instaurou-se esse tipo de atendimento na Espanha e na Itália, para idosos e portadores de neoplasias. Pelas experiências descritas, fica notório que essas novas formalidades de assistência privilegiam o atendimento em nível ambulatorial e favorecem a transferência do paciente hospitalar para o convívio familiar, diminuindo as despesas com a Saúde e permitindo um apoio psicológico talvez mais efetivo. Certamente esse argumento deverá estimular o desenvolvimento das ADTs, assim como várias outras fórmulas de assistência à saúde do paciente, baseadas na humanização, solidariedade e baixo custo de tratamento.

No território africano, onde encontramos uma realidade diversa e peculiar, existem diversas algumas organizações funcionando na linha da assistência domiciliar terapêutica. Por exemplo, Kampala, capital de Uganda, demonstrou por meio de um grande esforço da comunidade neste sentido, o desejo de acompanhar países mais adiantados no combate a Aids, no entanto a infra estrutura nesse país é muito rudimentar, e os resultados da luta contra a Aids, são ainda insipientes.

embora, o trabalho realizado seja elogiado e reconhecido pelos pacientes em acompanhamento, a equipe é formada apenas basicamente, por uma auxiliar de enfermagem e por voluntários, havendo grande envolvimento da parte da comunidade. Nas comunidades africanas, a assistência domiciliar torna-se de suma importância não só pela distribuição de medicamentos e orientações relativas à prevenção da Aids, mas também, e, principalmente pela entrega da cesta básica de

alimentos, a fome está aí, sempre presente, aliada à miséria geral que estigmatiza as populações.

Costa (1998:264) evidencia que *“devido a globalização, a pobreza é cada vez menos disfarçada e cada vez mais estigmatizada”*.

Ainda com referência a Uganda, a ADT vem sendo desenvolvida por uma ONG, TASO (The Aids Support Organization) fundada por Noreine Kaleeba, em 1987, Kaleeba vivenciou o problema da luta contra a Aids ao cuidar de seu marido e de seu filho contaminados pelo vírus HIV. Fundamentado em sua própria experiência pessoal, editou um livro, com o apoio da OMS (Organização Mundial da Saúde), cujo tema são os principais cuidados com doentes de Aids em casa, livro este, dirigido à todas as comunidades de seu país. Foi ilustrado com desenhos baseados em sua história, - Aids Home Care Handebook, 1993, OMS.

III.2 - PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA NO BRASIL

No Brasil, a experiência europeia serve de referencial para a Coordenação Nacional de DST/Aids (CN-DST/AIDS) que apoia projetos de estados e municípios interessados em criar serviços de atendimento: hospitais-dia, centro de orientação e aconselhamento sorológico (COAS), serviço de assistência especializada (SAE) e assistência domiciliar terapêutica (ADT).

Hoje a ADT propõe ao paciente e à sua família uma assistência em que a “imaneção missão” dos profissionais da saúde abarque o cuidar e o assistir os doentes, além de oferecer aos afetados direta ou indiretamente pela patologia, o conhecimento técnico-científico. Nos últimos quarenta anos, a assistência domiciliar vem ganhando novos contornos. Se antes era prestada apenas a idosos e doente mentais, agora caminha para um universo mais amplo, abrangendo maior diversidade de pacientes.

São inegáveis as brilhantes iniciativas de alguns hospitais nessa área – sobretudo os da Rede Pública, embasadas em critérios de elegibilidade e redução de custos.

A ADT fundamenta-se , como já se explicou, no exercício da humanização no enfrentamento da Aids. Em alguns casos porém, pode ocorrer ao contrário; conforme bem afirma Foucault (1985), *“Deve-se poder passar dos cuidadosa domicílio ao regime hospitalar por razões que são tanto econômicas quanto médicas”*.

Galvão (1997:71) mostra que, no Brasil, *“a construção das respostas não-governamentais frente à epidemia de HIV/Aids surge na década de 80, precisamente de 1983 a 1995”*. As ONG's, que iniciavam o atendimento domiciliar aparecem nessa década como foi o caso do Projeto Esperança de São Miguel Paulista, em São Paulo: em 1988, começou a realizar atendimentos domiciliares aos doentes de Aids, treinando voluntários incentivando ao mesmo tempo a solidariedade da família e da comunidade.

Segundo o Ministério da Saúde, desde os primeiros casos de Aids, este procedimento evidenciou inúmeros benefícios. Embora a cura da Aids ou a vacina contra ela ainda não tenham sido efetivadas, a sofisticação dos métodos de diagnósticos, a utilização de drogas anti-retrovirais, o ataque precoce às infecções oportunistas associadas à Aids e o acompanhamento assistencial têm estendido a sobrevivência do paciente: permiti-lhe, pois, mais tempo para desfrutar do convívio de amigos, da família e da sociedade.

Ao comentarmos os Programas de ADT em ação no Brasil, não podemos esquecer de mencionar a importância da inserção do SUS (Sistema Único de Saúde) nessa dinâmica. O SUS, cujos princípios são a universalização e integralidade do atendimento à saúde, expressos na idéia de saúde para todos os cidadãos, criou suas NOB (Normas Operacionais Básicas). Por exemplo: a NOB 01/96 é responsável pela descentralização e municipalização da saúde, por um modelo de distribuição de recursos (equidade) e por um novo modelo de atenção (integralidade).

A relevância do SUS firma-se, principalmente, no fato de se constituir um sistema de saúde universal; atende os doentes de Aids sem nenhuma discriminação, fornecendo-lhes os remédios e estratégias necessários e adequados no combate contra o vírus, graças a uma luta constante de ONGs.

Os planos de saúde existentes no país não cobriam ou não cobrem o tratamento desse mal. Daí que existem inúmeros processos instituídos por cidadãos contaminados pelo HIV, contra estes planos, que se recusaram-se a assumir esse tipo de tratamento.

De acordo com o Ministério da Saúde, em 1995, iniciou-se o Programa de Alternativas Assistenciais à Aids. Nesse contexto, Projetos de Assistência Domiciliar Terapêutica passaram a ser financiados. A inexistência de normatização que regulamentasse os parâmetros de funcionamento dos serviços de ADT, propiciou o desenvolvimento das atividades assistenciais, com perfis próprios de resolubilidade terapêutica.

Vários foram os questionamentos sobre os projetos de ADT, visando a inserção das equipes nas instituições de saúde, suas principais dificuldades e o perfil clínico e sócio-econômico dos beneficiários desse tipo de serviço. Um dos objetivos do MS-CN DST/Aids, foi definir o perfil dos portadores do HIV/Aids assistidos por Projetos de ADT implantados pelo Ministério da Saúde.

O instrumento utilizado pelo MS, constituiu-se de um questionário, cujos quesitos se relacionavam com as características sócio-econômica dos pacientes, os quais deveriam ser preenchidas na admissão e na alta do serviço. Tal instrumento foi elaborado e em seguida enviado aos Serviços de ADT, implantados a partir de 1995

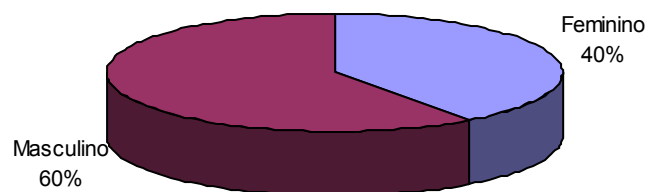
De janeiro de 1997 a junho de 1998, a CN DST/Aids recebeu e analisou 358 questionários, de 16 Serviços de ADT. Os resultados são ilustrados e comentados nas tabelas e gráficos que se seguem.

A primeira análise dos Projetos de ADT, em nível nacional, forneceu elementos de enorme valia para caracterização da população beneficiária, além de oferecer subsídios para a adequação normativa dessa modalidade assistencial no âmbito do SUS.

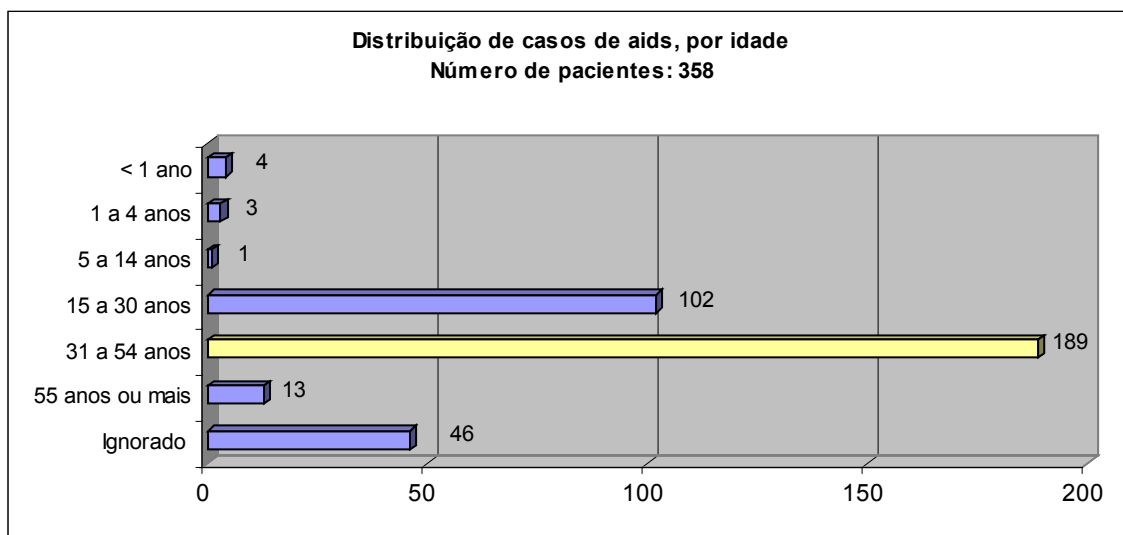
Tabela I: Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) participantes do monitoramento e número de pacientes avaliados. Brasil de 1997 – junho / 1998.

Serviços de ADT	Nº de pacientes
Secretaria Municipal de Porto Alegre (RS)	90
Hospital Eduardo de Menezes – Belo Horizonte (MG)	54
Secretaria Municipal de Saúde de Bauru (SP)	40
Hospital das Clínicas de Recife (PE)	30
Hospital Rafael de Paula e Souza – Rio de Janeiro (RJ)	25
Hospital São José – Florianópolis (SC)	24
Secretaria Municipal de Saúde de São Vicente (SP)	24
Centro de Referência em Aids Santana (SP)	15
Hospital de Doenças Tropicais – Terezina (PI)	12
Centro de Referência e Treinamento - São Paulo (SP)	10
Hospital Univers. Cassiano A. de Moraes – Vitória (ES)	10
Secretaria Municipal de Saúde de Limeira (SP)	07
Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SP)	06
Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande (PB)	04
Centro de Convivência Cazuza – Betim (MG)	04
Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro (RJ)	03
Total	358

Distribuição percentual dos casos de aids, por sexo.
Número de pacientes: 358

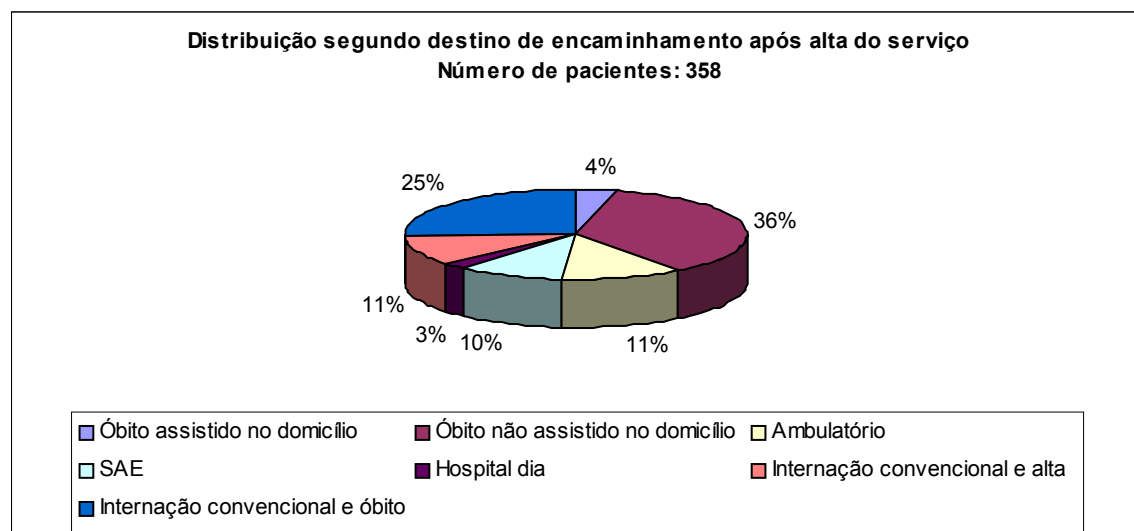


Fonte: CN DST/Aids- Ministério da Saúde.



Fonte: CN DST/Aids – Ministério da Saúde

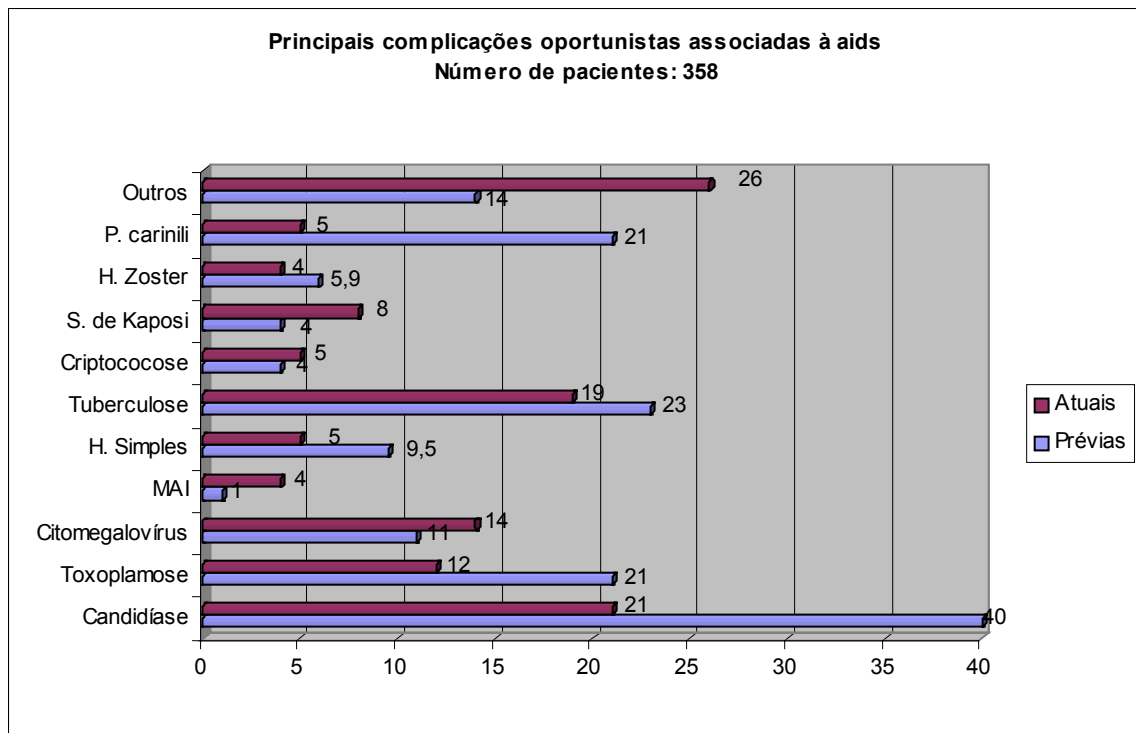
Em relação as variáveis sexo e idade o gráfico acima permitiu identificar que: Serviços de ADT, observamos o predomínio de pacientes masculinos, e faixa etária de 15 a 54 anos.



Fonte: CN DST/Aids – Ministério da Saúde.

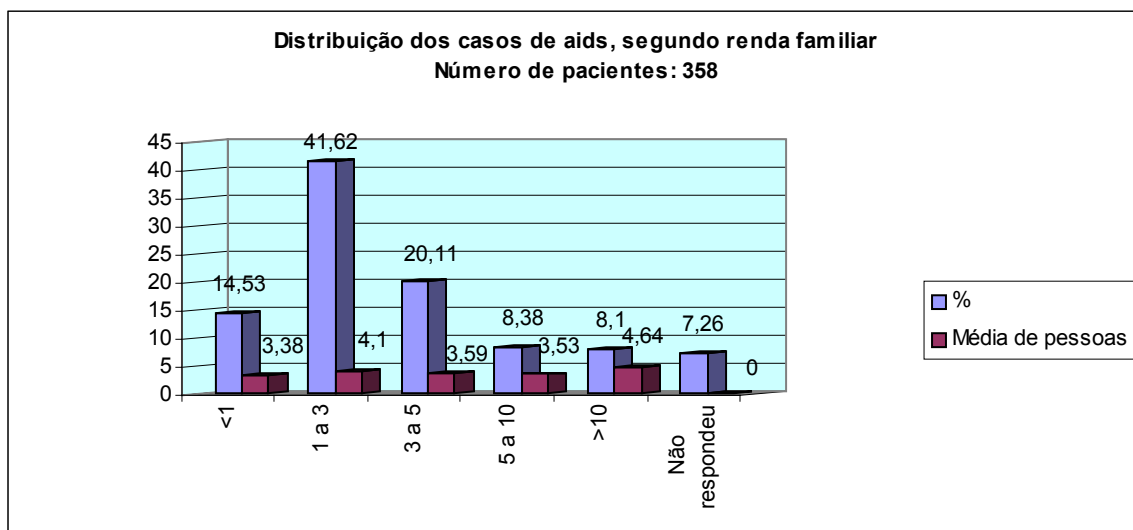
No momento da alta do serviço de ADT, a maioria dos encaminhamentos foram para o hospital convencional. Desses, grande parte dos pacientes vieram a óbito no hospital, e uma outra parcela, após uma internação hospitalar, recuperaram-se e receberam alta. O segundo maior encaminhamento ocorreu para o nível ambulatorial, revelando que o serviço de ADT reabilitou um quantitativo significativo de pacientes, os quais tornaram-se aptos a serem, novamente, acompanhados nos ambulatórios.

O óbito de pacientes nos domicílios, correspondeu a um percentual menor que o esperado. Este resultado foi, provavelmente, enviesado pelo fato que nesta amostra houve um predomínio de pacientes da ADT de Porto Alegre (RS) onde o óbito no domicílio é conduzido pela equipe com uma pequena frequência, sendo os pacientes em fase terminal encaminhados ao hospital, sempre que possível.



Fonte: CN DST/Aids – Ministério da Saúde

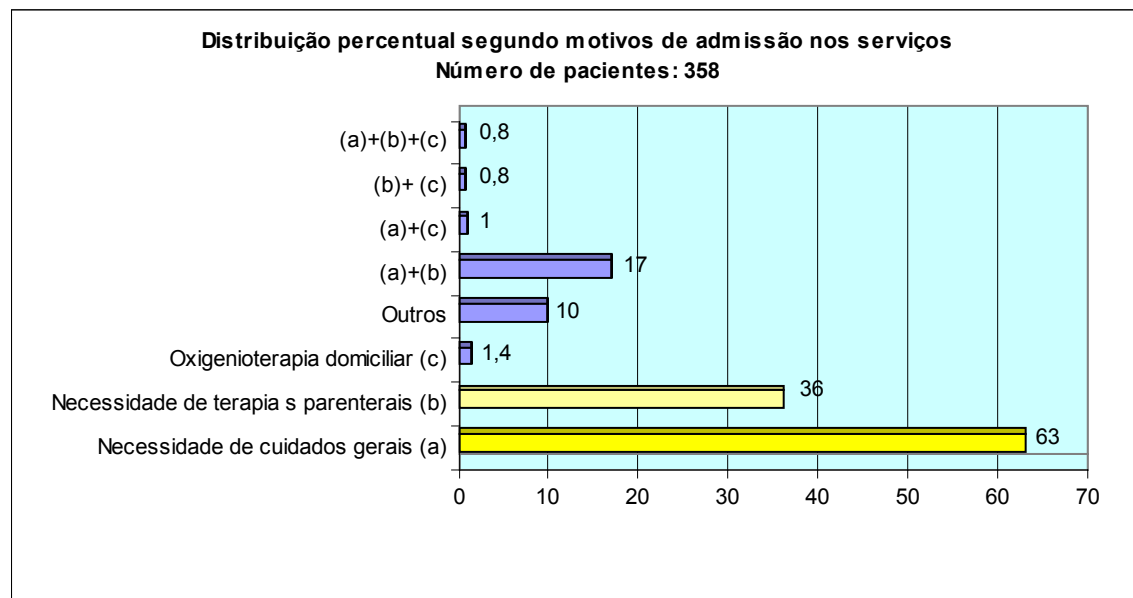
A necessidade de cuidados gerais de suporte corresponde à maior causa de admissão nos serviços de ADT devido aos pacientes terem uma renda familiar baixa, que é em média de um a três salários mínimos.



Salário mínimo = R\$ 130,00

Esses dados denotam a precariedade econômica dos pacientes beneficiados pela assistência domiciliar. Cumpre salientar que uma média de quatro pessoas são incluídas nesse orçamento. A situação se agrava ao notarmos que no extremo de nossos parâmetros, alguns pacientes tem para seu sustento renda familiar inferior a um salário, e em média três pessoas sobrevivem com tal renda.

Esses dados nos permitem inferir sobre as grandes dificuldades das equipes quanto à abordagem do paciente (condições de moradia, acesso ao domicílio, etc). Entretanto pacientes diferenciados economicamente também recebem esse tipo de

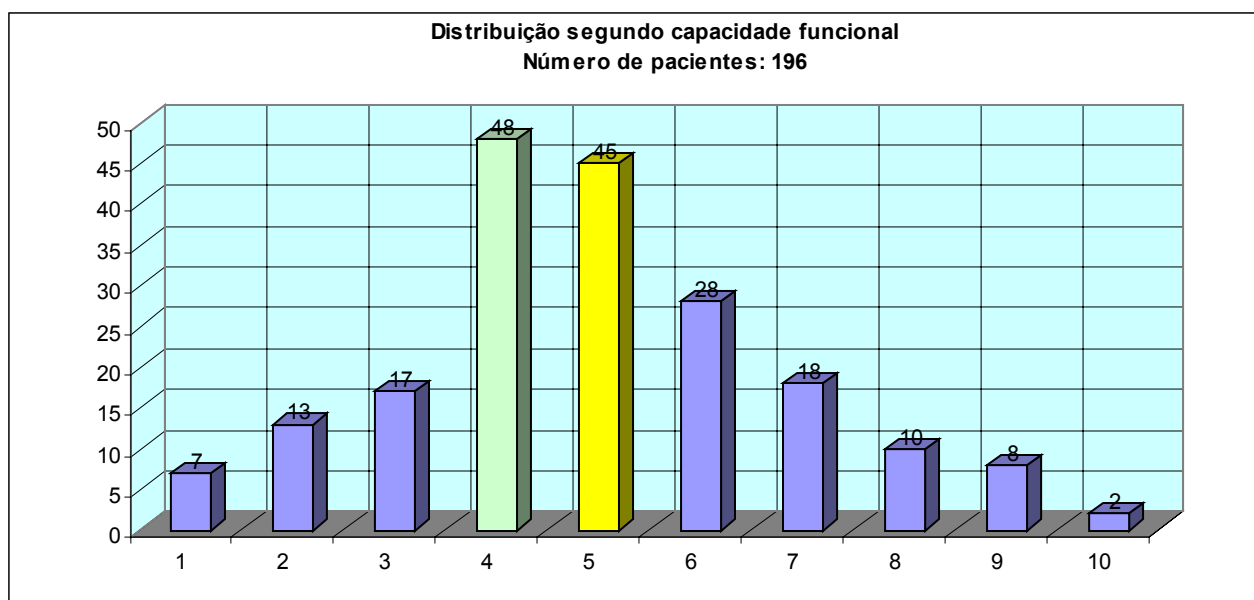


atendimento

.

Fonte: CN DST/Aids – Ministério da Saúde

Necessidade de cuidados gerais significa completa dependência do paciente com relação às suas atividades de vida diária.



Fonte: CN DST/Aids – Ministério da Saúde

Em relação à capacidade funcional, os pacientes foram classificados segundo o Índice de Karnofsky. Os resultados encontrados apontam o importante grau de incapacitação física desses pacientes. (Karnofsky em seguida)

ÍNDICE DE KARNOFSKY

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capaz de desenvolver atividades normais; ➤ Desnecessário qualquer cuidado especial; 	<p>100 – Exerce atividade normal, sem queixas.</p> <p>90 – Exerce atividade normal; Discreto sinais ou sintomas da doença.</p> <p>80 – Exerce atividade normal com algum esforço; alguns sinais ou sintomas da doença.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incapaz de trabalhar ; ➤ Capaz de viver em casa e cuidar da maioria de suas necessidades pessoais; ➤ Necessidade de alguma assistência. 	<p>70 – Cuida de si mesmo; incapaz de desenvolver atividades normais ou trabalho ativo.</p> <p>60 – Requer assistência ocasional mas é capaz de cuidar da maioria das necessidades por si mesmo.</p> <p>50 – Requer assistência considerável e freqüente cuidado médico.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incapacidade de cuidar de si; ➤ Necessidade de cuidado hospitalar ou equivalente institucional; ➤ Doença em progressão; 	<p>40 – Incapacitado; requer assistência especial.</p> <p>30 – Severamente incapacitado; indicação de hospitalização; morte não é iminente.</p> <p>20 – Muito doente.</p> <p>Necessidade de tratamento ativo de suporte.</p> <p>10 – Moribundo; progressão rápida para processo final.</p> <p>0 - Morte.</p>

Com o objetivo de classificar o doente de Aids, quanto à sua maior ou menor dependência física-motora em relação à equipe multiprofissional, criou-se o índice de Karnofski, no contexto hospitalar. A classificação se utiliza de uma tabela de valores os quais partem de 100 até 0. Há um indicador que demonstra desde a tal independência (100) do paciente, até a regressão para a dependência, atingindo, por fim, a morte. Confronte-se, objetivando-se maior compreensão do assunto, os critérios e as sintomatologias evidenciadas na tabela anterior.

No Brasil, também surgiram organizações na luta contra a Aids. É então, que surgem, as ADTs, tanto em nível estadual, quanto municipal, algumas se destacam como as de Porto Alegre, as de São Paulo, do Rio de Janeiro, Belo Horizonte e Vitória.

Em Porto Alegre, segundo boletins emitidos pelo Ministério da Saúde, a ADT fica articulada ao ADOT (Assistência Domiciliar Terapêutica) no Posto de Atendimento Médico nº 3, que conta com uma equipe constituída de médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, assistente social, fisioterapeuta, psicóloga e motorista. Entre junho de 1996 e junho de 1998 foram admitidos aí, 108 pacientes; desses, 63 receberam tratamento fisioterapêutico. O objetivo é atender tanto os doentes de Aids, impossibilitados de locomoção, quanto orientar na prevenção do contágio; além disso, informar quais as medidas para evitar não só a recontaminação pelo HIV, mas também a contaminação referente as pessoas sadias.

Em São Paulo, capital, a ADT é responsável por uma equipe de profissionais de saúde ligados à Prefeitura: os pacientes a ela são encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde, por ONGs e hospitais locais. Na região leste de São Paulo, destacam-se os Centro de Referência DST/Aids Fidélis Ribeiro, o CR DST/Aids Cidade Líder, além da ONG Projeto Esperança de São Miguel Paulista, de que já falamos. O CR DST/Aids Fidélis Ribeiro possui um cadastro com 830 pacientes (incluindo os óbitos), desde o início de seu funcionamento em 1996; atualmente (1999), quinze pacientes são atendidos, em seus domicílios pela equipe multiprofissional. O CR DST/Aids Cidade Líder cadastrou 750 pacientes (incluindo os óbitos), desde 1995; oito pacientes foram atendidos domiciliarmente pela sua equipe.

A rotina de ambos os CR (Centros de Referência) é a mesma. A equipe faz uma visita domiciliar por semana, na qual cada profissional relata o seu acompanhamento, anotando a avaliação no Prontuário da ADT. A conduta fisioterapêutica inclui exercícios e orientações, pois a maioria dos pacientes apresentam comprometimentos neurológicos, com o quadro de hemiparesia, como seqüela da toxoplasmose.

O Projeto Esperança de São Miguel Paulista é uma ONG, financiada pelo CAFOD e o Ministério da Saúde. O coordenador, a secretária, a assistente social, a auxiliar de enfermagem, formam sua equipe; agentes de saúde e voluntários responsabilizam-se pela assistência domiciliar, cuidando, orientando e/ou encaminhando os pacientes aos serviços de saúde da rede pública. Existe um cadastro registrando 709 pacientes, em seus três Núcleos de atuação (incluindo os óbitos); 348 pacientes contam com acompanhamento em seus domicílios, entre homens, mulheres e crianças. O trabalho, elaborado pela equipe junto à comunidade, aos pacientes cadastrados e familiares, é reconhecido pela sociedade, graças à sua seriedade e relevância.

É importante mencionar que, até 1996, o profissional de saúde mais solicitado era o auxiliar de enfermagem, devido ao comportamento que as doenças oportunistas adquiriam. Porém, com a introdução dos novos medicamentos, - o “coquetel”- , os sintomas foram aos poucos desaparecendo, permitindo que a maioria dos doentes, retornassem às suas atividades diárias: a doença adquiriu portanto um caráter crônico. Tal fato fez com que o enfoque referente a patologia da Aids se direcionasse a outro profissional, a assistente social. Coube a ela, muitas das solicitações sobre o encaminhamento e orientação ao doente de Aids e aos que com ele convivem, visando a retomada da “nova vida”. Esta atitude significa que este serviço vem se firmando cada vez mais, junto às comunidades.

No Rio de Janeiro, na ADT criada pelo Hospital do Servidor Estadual e pela ONG Pela Vida (Projeto Buddy), ainda não consta o trabalho do fisioterapeuta. Todos foram porém, unânimes em afirmar que a atuação fisioterapêutica tem desempenhado importante papel, sempre que colabora junto às outras especialidades.

Consta da equipe do Hospital do Servidor Estadual, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, assistente social, psicólogo, secretária e motorista. O veículo não é exclusivo da ADT, o que contribui para seu desgaste precoce e para uma deficiência no atendimento de emergências.

Conforme a Coordenação mencionou, um psicólogo voluntário assiste quinzenalmente os pacientes, acompanhados pela equipe. Mesmo com a equipe reduzida, os profissionais têm recebido elogios de todos os doentes e seus familiares. De 1995 até maio de 1997, acompanharam-se 29 pacientes. A equipe revelou um desempenho digno e solidário junto aos pacientes vinculados ao serviço. O referente serviço atende 400 pacientes cadastrados (incluindo óbitos); no momento (1º semestre 1998), 5 doentes estão sendo acompanhados em suas residências.

A ADT, realizada pela ONG Pela Vidda-RJ, segundo informa a sua Coordenação, iniciou-se em julho 1998, com a inauguração do Projeto Buddy, no Rio de Janeiro. Em junho de 1999, já possuía 30 clientes cadastrados - a equipe adota a denominação cliente em substituição a paciente -, apenas doze deles eram acompanhados domiciliarmente. Esse projeto segue o modelo holandês, assistindo somente a homossexuais que vivem sozinhos; a princípio, atendeu apenas a região sul urbana. Conforme afirma o Coordenador, a ação do projeto pretende estender-se a todas as regiões da cidade, a partir do segundo ano de atividade, de acordo com o plano preestabelecido e as metas alcançadas.

Em Belo Horizonte, segundo informou o Ministério da Saúde (1998), a equipe da ADT atende no Hospital Eduardo de Menezes, assistindo os pacientes residentes na região metropolitana de Belo Horizonte e nos municípios de Betim - Contagem, Ribeirão das Neves, Sabará e Santa Luzia. A referida equipe se compõe de dois médicos, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, uma assistente social, um motorista; além disso, conta com uma fisioterapeuta que atua tanto no ambulatório quanto nos domicílios dos doentes de Aids. O apoio psicológico e social é prestado pela equipe do hospital-dia, de acordo com a demanda. A assistência social se faz em parceria com ONG e a comunidade, por meio dos chamados "amigos terapêuticos" e "padrinhos do paciente", ou seja, voluntários da comunidade. No período de agosto de 1995 a janeiro de 1997 atenderam-se 45 doentes. No momento (1998), essa ADT tem 9 pacientes em acompanhamento.

III.3 - PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA (ADT) NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA, CAPITAL DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

O programa e sua equipe encontram-se locados em uma casa, junto ao HUCAM, onde também funciona o Centro de Testagem e Aconselhamento. Este recebe diariamente pessoas interessadas tanto em fazer o exame sorológico para detectar o HIV, quanto em adquirir informações sobre Aids, e receber preservativos. Tal serviço iniciou-se em 1993 com o nome de COAS (Centro de Orientação e Acompanhamento Sorológico) passando depois para CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento), em 1997. No período de 1997 a 1999 atenderam-se 5.932 pessoas, 48 % mulheres e 52 % homens, conforme informou a coordenação.

Essas pessoas, de maneira geral, procuram o serviço espontaneamente; apenas a minoria é encaminhada por algum serviço médico. Antes da coleta de sangue, os indivíduos participam de um Aconselhamento Coletivo, onde são esclarecidos sobre a doença. Após essa palestra, submetem-se a uma entrevista pré-teste, cujo conteúdo é dirigido aos fatores de risco. Em seguida, recebem uma senha, anônima ou não, e a orientação para retornar ao CTA dentro de oito dias, a fim de saber o resultado do teste. Se for positivo, exige-se uma segunda coleta que conformará ou não os dados do teste anterior; o paciente voltará num prazo de oito dias para constatar se é ou não soro positivo. Se a presença do vírus for indubitável, ele é encaminhado a um dos Programas de DST/Aids para acompanhamento médico e/ou tratamento.

O Programa de ADT foi elaborado em 1994 pela médica Dra. Luciana Neves Passos, na ocasião lotada na Coordenação Estadual do Programa de DST/Aids. Ela se fundamentou no modelo formatado pelo MS Reformulado. Em 24 de junho de 1996, aprovou-se o Programa de ADT, com verba destinada à compra de equipamentos e veículo. O treinamento de profissionais integrantes da equipe ADT ocorreu na cidade de Santos, SP, no período de 17 a 21 de junho de 1996, com a participação de três profissionais: médica, enfermeira e assistente social. Posteriormente, desenvolveu-se treinamento com a equipe de ADT de Campinas, em São Paulo.

As atividades da ADT iniciaram-se em 03 de novembro de 1997, sediadas em uma das salas do CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento), em caráter provisório. Permanecem, entretanto, sendo realizadas até hoje no mesmo local (foto2).

A equipe é constituída por médica infectologista, enfermeira, auxiliar de enfermagem, odontóloga, psicóloga, assistente social, recepcionista e motorista. Todos funcionários da Secretaria da Saúde do Estado - SESA - sendo lotados no HUCAM (Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes, foto 1).

Os serviços dessa equipe abrangem os pacientes cadastrados, os quais obedecem, aos seguintes requisitos: posse de domicílio definido nos municípios que constituem a grande Vitória; impossibilidade de locomoção.

Esclarecendo o que se afirmou acima: o programa tem como objetivo geral oferecer atendimento multiprofissional no domicílio dos pacientes doentes com Aids que já não se locomovem, favorecendo assim, o aumento da rotatividade dos leitos hospitalares disponíveis e da oferta de serviços.

No período compreendido pelo presente, o programa assistia dez pacientes cadastrados, três mulheres e sete homens adultos, - encaminhados pelo serviço ambulatorial e pela enfermaria do HUCAM -. Na construção do prontuário da ADT, utilizavam-se formulários adequados, devidamente, conforme esclarecem os anexos no final. Todos os referidos, residiam na região da Grande Vitória, o atendimento a eles prestado só se tornou possível devido a colaboração com outros serviços de saúde, isto é, com o diagnóstico, e o tratamento ambulatorial e hospitalar.

As principais atividades do programa de ADT são: diagnósticos e necessários encaminhamentos, determinados pela médica. Ao ser cadastrado um novo doente, ela acompanha a equipe na primeira visita domiciliar, constata então, o quadro clínico do paciente, os medicamentos que ele está usando, os exames já realizados, caso necessário, após a anamnese, solicita novos exames a fim de continuar ou alterar a conduta do tratamento. Todos os dados colhidos são anotados em formulários próprios que irão compor o prontuário da ADT. Observa-se que um dos fatores mais importante na anamnese é a questão da **adesão** aos medicamentos e ao tratamento. Tal adesão objetiva evitar o desperdício dos anti-retrovirais e conter o aumento da resistência do vírus, devido à interrupção no tratamento.



Foto 1 – Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes - HUCAM



Foto 2 – Centro de Testagem e Acompanhamento / ADT / HUCAM

O controle, a orientação e o repasse de medicamentos aos pacientes bem como a coleta de exames, os curativos e as aplicações de injeções intramusculares e endovenosa, homologam a importância da enfermagem no programa da ADT. É a enfermeira, juntamente com a auxiliar de enfermagem, que, visitando o paciente, fiscalizam se os remédios estão sendo corretamente tomados, repondo se preciso for, as quantidades necessárias ao prosseguimento do tratamento. Caso se o paciente e/ou cuidadora sinta qualquer dificuldade ao administrar esses medicamentos, monta-se um cartaz, onde especificam-se sua quantidade e os horários corretos a obedecer.

Um dos objetivos específicos que essas enfermeiras atingem, refere-se as orientações domiciliares com relação as práticas da vida diária do paciente; por exemplo, sua higiene pessoal, os instrumentos de uso próprio, a importância do emprego do preservativo nas relações sexuais entre duas pessoas soro positivas. Neste último caso, observa-se que, pelo fato de ambos já estarem contaminados, é comum dispensarem o uso do preservativo.

O serviço social também está presente nas orientações domiciliares, encaminhamentos comunitários e/ou institucionais, benefícios previdenciários e assistenciais e orientações trabalhistas. Além disso, fornece cestas básica de alimentos, marca consultas médicas, controla os empréstimos de equipamentos solicitados: cadeira de rodas, cadeira de higienização, suporte para soros, “papagaio”, comadre, aparelhos para inalação, por meio de formulário próprio (ver anexos). O serviço social acompanha a equipe médica, visita semanalmente a enfermaria do 4º andar do HUCAM, onde ficam internados os portadores do HIV/Aids.

Um dos fatores que se quer destacar nesta dissertação, é a conquista da parte de doentes, de aposentadorias pelo INSS; Para tanto são eles orientados e devidamente acompanhados. Também o serviço social se interessa em localizar parentes dos doentes de Aids, promover encontros entre eles, ajudando-o a superar os momentos difíceis que está vivendo.

A psicóloga proporciona ajuda terapêutica ao doente e ao cuidador (a). Acompanha a equipe em suas visitas domiciliares e, após o atendimento de enfermagem, tem a oportunidade de conversar com o paciente e sua cuidadora. É Então que os orienta nas suas tomadas de decisões, ao mostrar os prós e os contras das escolhas. Se o caso requer maior atenção de sua parte, ela retorna

sozinha em outro horário, assistindo o doente com mais atenção, ajudando-o a encontrar a melhor solução para os problemas inevitáveis.

A odontóloga, ao visitar o paciente, prioriza a avaliação de sua arcada dentária e detecta possíveis lesões na cavidade oral. Faz-se uma profilaxia, onde é usado o evidenciador de placas, a escova, o creme dental e a água. É a oportunidade para orientar o paciente sobre higiene oral e a escovação dentária. As visitas se dão mais ou menos num prazo que vai de 20 e 30 dias, com a finalidade de detectar qualquer intercorrência que possa surgir: a candidíase oral, o herpes, a gengivite, a leucoplasia, o sarcoma de Kaposi, entre outras afecções. Se o doente de Aids apresentar qualquer uma dessas patologias, é encaminhado ao consultório dentário, onde receberá a profilaxia adequada.

Todos os dados colhidos sobre os pacientes e todos os encaminhamentos, orientações e evoluções que lhes dizem respeito, são registrados em formulário próprio, assinado pelos profissionais da equipe (ver anexos).

Santos & Silva (1999) explicam que, *“a ADT, na prática, permite uma organização que antecede ao acontecimento de cada visita, assim como o momento imediatamente posterior à mesma”*. Muitas das reuniões e discussões sobre casos se dão ainda com a equipe em trânsito durante o percurso; Assim, na troca de informações entre os profissionais, não se perderá nenhum dado ou impressão.

A equipe trabalha segundo as condições de biossegurança e higiene ambiental, de acordo com as normas preconizadas pelo MS. Os cuidadores, familiares e pacientes são orientados pela equipe da ADT quanto aos procedimentos corretos a bem da máxima segurança em relação a um possível contágio. Um exemplo: a coleta do lixo procedente de cuidados prestados aos soros positivos é efetivada em sua própria residência, garantindo, portanto, que o sistema coletor de lixo da ADT respeite as normas de biossegurança preconizadas.

A ADT recebe dos serviços especializados em Aids do HUCAM solicitações de atendimento ao paciente em formulário próprio, em duas vias, para que fiquem anexadas ao seu prontuário e ao prontuário geral do HUCAM com o parecer da equipe (ver anexos). Após o pedido de encaminhamento, por não ser considerado um serviço de urgência e emergência, a equipe tem o prazo de 48 horas úteis para concretiza-lo, na primeira visita domiciliar. Os pacientes cadastrados e sob atendimento ficam em torno de até dez, este último número sendo a meta estabelecida pelo programa.

Esta primeira visita geralmente é efetivada pelos profissionais de enfermagem e pela assistente social, visando à elaboração de um diagnóstico clínico-social das condições ambientais e sociais da família, do domicílio e do paciente (ver anexos): assim, é possível, certificar-se de que são adequadas ou não ao atendimento da equipe de assistência domiciliar terapêutica.

Para o bom andamento da ADT, faz-se necessário observar alguns critérios para cadastrar um paciente; por exemplo: domicílio definido e um mínimo de infraestrutura a fim de que o doente receba os cuidados adequados. Além do mais, é imprescindível a presença de um(a) “cuidador” (a), responsável pela continuidade do tratamento, na ausência do profissional de saúde, não esquecendo também indicação clínica citando o Índice de Karnofsky o qual assinala o estado do paciente.

Os doentes encaminhados à ADT, apresentam o índice de Karnofsky entre 50 a 20. Os resultados obtidos apontam que metade deles encontram-se no índice 40; é grande o comprometimento físico de tais pacientes, demanda, portanto, os cuidados gerais, propostos pela ADT. É importante deixar claro que a ADT não só é um lugar para onde se enviam os pacientes em fase terminal, mas também, é um apoio ao serviço ambulatorial.

As reuniões da equipe dessa ADT ocorrem semanalmente. Então são planejados e avaliados tanto os casos em acompanhamento e as ações necessárias para a intervenção de cada profissional, quanto as ações político-administrativas. No período pesquisado, a ADT da já citada cidade, firmou um convênio com a Santa Casa de Misericórdia de Vitória e aguarda a concretização de mais um convênio com o Centro de Referência em DST/Aids da Prefeitura Municipal de Vitória.

Em relação à importância da ADT para o paciente e o sistema de saúde, a coordenação da ADT afirma que o serviço tem conseguido um bom retorno de doentes aos serviços ambulatoriais: cerca de 40% dos acompanhados, porém, o trabalho da equipe poderia ser otimizado já que sua capacidade funcional assim o permitiria, se os médicos da enfermaria do HUCAM encaminhassem os pacientes adequados ao serviço e não os que se encontram em fase terminal.

Devido as características específicas do trabalho realizado pela ADT, agora em análise, resta uma dúvida: isso vem ocorrendo somente no ADT de Vitória, ou também nas demais, em nível nacional? Esta pergunta leva a cogitar-se a respeito da problemática de uma possível demanda reprimida.

Os pacientes possuem uma história de não adesão aos medicamentos e de dependência de drogas ilícitas. A ADT esperava receber doentes melhores condições físicas e psicológicas a fim de tentar recuperá-los e devolvê-los ao tratamento ambulatorial. Fica, porém, claro que, mesmo nesses casos limite, a ADT surge como uma “tábua de salvação”: leva-lhes informação, soluções e até mesmo alimentos, pois muitos passam fome.

As doenças oportunistas que mais atacavam os portadores de HIV , assistidos pela ADT de Vitória, antes de se ligarem à instituição, e as que mais se manifestaram , durante a assistência, foram as patologias oportunistas prévias e aquelas desenvolvidas durante a ação da ADT: a toxoplasmose, a herpes zoster, a tuberculose, a candidíase oral, o CMV (citomegalovírus), a tripitocose, a broncopneumonia, a escabiose, o sarcoma de Kaposi, a PPC (Pneumonia por Pnemocisti Carinii), a criptococose, a herpes simples, a úlceras de decúbito, diarreia, e Adinamia (fraqueza geral).

Um dos fatores que mais chamou a atenção, durante a ajuda sistemática a esses pacientes foi o econômico: a grande maioria deles encontra-se em situação financeira precária; é preciso, pois, doar, além dos medicamentos, uma cesta básica de alimentos, caso contrário, passariam até mesmo fome. Quase todas as famílias atingidas pela Aids, enfrentam o desemprego de seus chefes, os quais fazem apenas trabalhos eventuais, sobrevivendo assim, com uma renda média de um a três salários mínimos, (quando há na família um aposentado). Apesar da assistência domiciliar recebida, a condição de alguns se mostra tão grave que, às vezes, há os que perdem uma consulta com um especialista ou um exame mais sofisticado agendado pela assistente social por não conseguirem um veículo que os transporte, nem dinheiro para a condução até o ambulatório do hospital das clínicas.

Em alguns casos, devido a esse fator sócio econômico preocupante ao extremo, dá-se maior valor à cesta básica do que aos medicamentos, apesar de toda orientação prestada pela equipe explicando quanto a importância da adesão aos medicamentos.

No entanto, é possível ignorar a fome, enraizada na desigualdade e injustiças sócio-culturais acrescidas pela ignorância dos direitos de cidadania. Como denuncia Lewis (1966:149-150)

”Numa cultura da pobreza, as pessoas produzem pouca riqueza e, por sua vez, pouco recebem. O subemprego e o desemprego crônico, baixos salários, falta de propriedade, ausência de economias, ausência de reservas de alimentos em casa e falta crônica de dinheiro aprisionam a família e o indivíduo num círculo vicioso. Assim, por falta de dinheiro a dona de casa da favela faz compras freqüentes de pequenas quantidades de alimento e a preços mais elevados. A economia da favela volta-se para seu interior: mostra elevada incidência de empenho de bens pessoais, empréstimo a juros elevados, disposições de crédito informal entre vizinhos, uso de mobílias e roupas de segunda mão”.

Além da Aids, essas famílias, - reitera-se -, convivem com a miséria e, conseqüentemente, com outras patologias: o alcoolismo, as drogas ilícitas, os desequilíbrios mentais. Acrescenta-se que o analfabetismo, junta-se a todos estes males, dificultando, sobremaneira, a comunicação: as informações dadas, muitas vezes, não são interpretadas como deveriam por falta de escolaridade do receptor. Com o objetivo de melhorar a comunicação, a propósito da administração dos medicamentos, o programa de ADT está pondo em prática, uma metodologia que consiste em um processo visual, por meio de uma cartolina, dividida em três partes, indicando quais os remédios (e seus respectivos horários) - manhã, tarde e noite (conforme foto 3).

Essa didática tem auxiliado os cuidadores analfabetos ou semi-analfabetos a não se perderem no controle dos medicamentos, evitando, por conseqüência a, involução do quadro clínico e, daí, o aumento da resistência do vírus.



Foto 3 – Metodologia na administração dos medicamentos



Foto 3.1 – Controle dos medicamentos pela enfermagem

Laplatine (1991:219) afirma que as práticas corretas são fundamentadas quando há uma dependência total do paciente em relação à pessoa que o cura. Com frequência o profissional de saúde declara, ao final de uma consulta : “*Não se preocupe com nada, tenha confiança em mim*”. Tais palavras consola o doente, por mais sério que seja seu estado.

Em nossa realidade, alguns dos assistidos deixam de tomar medicamentos importantes no combate de doenças oportunistas, movidos por uma fé repentina, em uma religião que os reconhece e que os aceita. Esta religião acena-lhes com a promessa da salvação e cura. Assim, abandonando os remédios, o quadro clínico involui. Na maioria destes casos, acontece a reinternação hospitalar ou novamente a procura pela ADT. Então, dá-se como que um reencontro entre “velhos amigos”: a equipe volta às visitas e a ajuda domiciliar.

Novos critérios, porém, são impostos ao paciente. Por exemplo, a sua adesão ininterrupta aos medicamentos, independente de sua fé religiosa; é preciso não esquecer o custo elevado de tais medicamentos com relação aos cofres públicos, e sobretudo, a importância para a equipe de fazer valer o seu papel na conscientização do emprego exato dos remédios adequados.

Quanto ao Sistema de Saúde, sem dúvida, já ficou comprovado que o tipo de atendimento referido é muito menos oneroso ao SUS do que manter o doente de Aids internado em um leito hospitalar da rede pública. Portanto, a ADT vem cada vez mais conquistando espaço para uma boa atuação e tornando-se prioridade nos governos atuais. Observa-se o retorno do médico de família, enfatizando a medicina preventiva; desafoga-se, assim, os hospitais públicos na tentativa de encontrar uma saída para o caos em que se debate a Saúde Pública.

É procedente citar que, para que a equipe realize a assistência proposta, ela vem passando por inúmeras dificuldades. Por exemplo: o local inadequado, a falta de condições de trabalho e de infra-estrutura, a falta de espaço a fim de desenvolver uma ação mais eficaz, o grau de periculosidade que afeta seus membros, nos deslocamento por localidades periféricas, contudo, apesar de todos os obstáculos enfrentados, a equipe têm sido elogiada pelos pacientes e familiares, devido a seriedade com que seus empreendimentos e esforços, vêm sendo executados.

Apesar de saber que os casos de HIV/Aids vêm aumentando consideravelmente no Estado do Espírito Santo, esforços vêm sendo encetados pela Secretaria Estadual de Saúde tanto no combate à esta doença, quanto na sua prevenção: distribuem-se aos pacientes medicamentos, entre outras medidas.

O programa conseguiu manter, até o final do ano de 1999, o mesmo número de profissionais dedicados, apesar das situações adversas que ocorrem afetando, sem dúvida, tais profissionais.

De acordo com último boletim emitido, em novembro de 1999, notificavam-se no Estado, 1721 casos desde 1985, com uma relação homem / mulher na casa de 3/1, conforme demonstrado no quadro abaixo.

Distribuição dos casos de Aids nos Municípios da Grande Vitória - 1985 a 1999	N.º de casos
Vitória	454
Vila Velha	313
Cariacica	246
Serra	204
Total no Estado (com todos os Municípios)	1721
Masculino: 1257 - Feminino: 463 – Relação: 3/1	

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde - DST/Aids – ES



Fisioterapia

III - FISIOTERAPIA: DESENVOLVIMENTO E POSSIBILIDADES

Shestack, (1987:3-4), explica que *“A Fisioterapia apresenta-se como um dos campos mais antigos e, ao mesmo tempo mais recentes da área da saúde”*. Mais antiga porque os agentes físicos vêm sendo utilizados há milhares de anos no tratamento das patologias. É o mais recente porque apenas nestes últimos trinta anos foi reconhecido como uma parte integrante da medicina.

Na Antigüidade, conheciam-se e empregavam-se os agentes físicos nas terapias. O homem primitivo, que procurando-se expor-se à luz solar em busca de calor e efeitos benéficos, iniciou a helioterapia; de modo semelhante, o primeiro homem que friccionou um músculo contundido criou a prática da massagem.

O autor acima citado, nota ainda que os romanos praticavam a hidroterapia e a termoterapia nos banhos romanos. Os gregos usavam a massagem e os exercícios terapêuticos (cinesioterapia) como meios corretivos. Contudo, o reconhecimento da Fisioterapia nas suas diferentes áreas e modalidades, só veio a ocorrer no século XX, após a Primeira Guerra Mundial. Progresso notável obteve ela durante, e após a Segunda Guerra Mundial, devido ao grande número de vítimas mutiladas que retornaram aos seus países, principalmente aos Estados Unidos. Desde então, a conduta fisioterapêutica tem mostrado inegável eficácia nas diversas áreas em que atua.

Conforme Shestack menciona, os objetivos da Fisioterapia se direcionam no sentido de restaurar ou aumentar a capacidade do corpo do paciente, devolvendo-lhe, na maioria das vezes, suas primitivas funções tentando reintegrá-lo em seu meio ambiente e em suas atividades diárias. Naturalmente os objetivos da Fisioterapia dependem da patologia a ser tratada.

De um modo geral, porém, estes objetivos incluem entre vários outros, a diminuição da dor e do edema; o aumento e a manutenção da força e da resistência muscular; a recuperação e manutenção da coordenação motora; o aumento da amplitude dos movimentos das articulações; a prevenção das contraturas e deformidades; a correção dos desvios posturais; a promoção da independência da marcha; a orientação do paciente e familiares sobre a prática fisioterápica domiciliar, adquirindo ela, por conseguinte, um caráter holístico.

Basmajian (1980:38-39) informa que, no início do século XX, os fisioterapeutas ocupavam-se especialmente da eletroterapia; o exercício propriamente terapêutico constituía domínio dos ortopedistas, dos neurologistas e mesmo dos clínicos.

Na Europa, as primeiras escolas foram as de Kiel (1902) e Dresdem (1918) na Alemanha. Sofriam forte influência sueca, explicado pelo fato de as administradoras terem sido formadas na Suécia. Atualmente, existe um grande número de escolas dedicadas ao ensino e à pesquisa da Fisioterapia. Cabe assinalar que a maioria dos métodos e técnicas fisioterapêuticas hoje utilizadas deve-se à harmonia de trabalhos conjuntos, realizados por médicos e fisioterapeutas, desde o início do desenvolvimento da fisioterapia.

Na Suíça, destacam-se os estudos da fisioterapeuta Susane Klein-Vogelbach em desenvolver sua “Doutrina Funcional do Movimento”; também a fisioterapeuta Mary Quinton, em conjunto com o neuropediatra Dr. E. Kong, que elaborou o “Tratamento Neuro-Evolutivo em Bebês”, nítido exemplo de atuação do fisioterapeuta na área preventiva de atenção à Saúde.

Na Grã-Bretanha, em Londres, impulsionou-se grandemente a massoterapia. O Dr. Mendell (1880-1957) padronizou o método da massagem clássica, além disso, o Dr. J. Cyriax, com a colaboração de fisioterapeutas, idealizou a massagem de fricção profunda para os problemas inerentes aos tecidos moles e às manipulações articulares. Assinalam-se também a fisioterapeuta Winfred Linton, fundadora da fisioterapia na cirurgia torácica, e ainda a fisioterapeuta Berta Bobath e o neurologista Dr. Karel Bobath, ambos criadores do famoso método Bobath, de tratamento neuro-evolutivo para deficiência motora em pacientes com paralisia cerebral.

Nos dias que correm, a Grã-Bretanha dispõe de inúmeras escolas de fisioterapia, dedicadas ao ensino e à pesquisa. Em Londres (1948), fisioterapeutas planejaram a criação da World Confederation for Physical Therapy (W.C.P.T.), cujo objetivo é intensificar o progresso da Fisioterapia no mundo.

Na América do Norte a atuação da fisioterapeuta Gertrud Beard e do Dr. Magnuson, na Faculdade de Medicina da Universidade de North Western, setor de Hidroterapia e Massagem (1919-1920), mostra-se bastante fecunda. Os EUA contam com um grande número de escolas de Fisioterapia, dedicadas ao ensino e à pesquisa.

Existe em Vallejo, California, o famoso Centro de Treinamento de Facilitação Neuro-Muscular Proprioceptiva, no Kaiser Foundation Rehabilitation Center, criado em 1946. Dr. Kabat, fundamentou-se nos trabalhos dos neurologistas Sherrington, Coghill, McGraw, Gesell e Pavlov; implantou as bases deste método de reeducação motora, cuja técnicas foram idealizadas pelas fisioterapeutas Margareth Knott e Dorothy E. Voss.

Na América do Sul, a Argentina perfilou-se entre os países pioneiros, com seus cursos de Fisioterapia, lá conhecidos com o nome de Kinesiologia.

No Brasil, conforme já explicado, a Fisioterapia começou na Universidade de São Paulo, no início da década de 50. Atualmente há em nosso país, um grande número de escolas dedicadas ao ensino da Fisioterapia.

Araujo Leitão (1989:5), refere-se a um fato histórico da maior relevância: o advento do primeiro Serviço de Fisioterapia da América do Sul, em que se evidencia a figura do Dr. Arthur Silva. Naquela época, 1884, ele era médico do Hospital da Misericórdia na cidade do Rio de Janeiro; além do mais estava ligado ao Serviço de Eletricidade Médica do Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, hospital este fundado no final do século XIX.

Marques, A. P. Sanches, E.L. (1994:5-6) mencionam que a prática de Fisioterapia no Brasil instaurou-se em 1919, quando o professor Raphael de Barros, da FMUSP (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo) fundou o departamento de Eletricidade Médica. Dez anos mais tarde, em 1929, o Dr. Waldo Rolim de Moraes criou o Serviço de Fisioterapia do Instituto do Radium Arnaldo V. de Carvalho no Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Também planejou e instalou no Hospital de Clínicas de São Paulo, o Serviço de Fisioterapia das Clínicas de São Paulo.

Em 1951 foi instituído o primeiro curso de Fisioterapia do Brasil, projetado pelo Dr. Rolim, visando a formar técnicos em Fisioterapia na FMUSP. Em 1957 delineou-se em São Paulo, a APF (Associação Paulista de Fisioterapia) objetivando promover o aperfeiçoamento dos fisioterapeutas, sob o ponto de vista profissional, jurídico, científico e deontológico, em todas as atividades relacionadas com a profissão em exercício.

Em 1958, fundou-se o IR (Instituto de Reabilitação) na FMUSP. Foi nesse Instituto que nasceu o primeiro curso de Fisioterapia com padrão internacional

mínimo, a fim de atender aos programas de reabilitação que a OPAS (Organização Pan-americana de Saúde) estava interessada em desenvolver na América Latina. O curso de Fisioterapia da FMUSP permaneceu funcionando até 1979.

Em 1959, implantou-se na capital de São Paulo, a ABF (Associação Brasileira de Fisioterapeutas), que mais tarde, viria a chamar-se Associação Brasileira de Fisioterapia, com a finalidade de unificar a classe profissional dos fisioterapeutas de todo o Brasil. Em 1980 iniciou-se o Curso de Fisioterapia com duração de quatro anos.

Com relação aos aspectos legais da profissão, foi elaborado por peritos do Conselho Federal de Educação o PARECER 388/63, aprovado pelo MEC (Ministério da Educação e Cultura), reconhecendo os cursos de Fisioterapia e determinado-lhes a duração de três anos, além de outorgar-lhes a categoria de curso de nível superior.

Para os fisioterapeutas, o mais importante, porém, centra-se no DECRETO LEI 938 de 13 de Outubro 1969 – O artigo 2º deste decreto, define que os fisioterapeutas diplomados por escolas e cursos reconhecidos, são profissionais de nível superior; o artigo 3º determina que a atividade privativa do fisioterapeuta é executar métodos e técnicas fisioterapêuticas cuja finalidade está em restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente.

Movidos por essas conquistas, os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais se uniram, em 1975, e formaram o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO), por meio da Lei 6.316.

Nos últimos anos, a Fisioterapia adquiriu uma dimensão mais dinâmica. Graças aos avanços tecnológicos e às especializações, praticamente em quase todas as áreas da Saúde, que a ela incorporou. Segundo a Associação Brasileira de Fisioterapia, “*A Fisioterapia é uma ciência da saúde, destinada ao estudo, à prevenção e ao tratamento dos distúrbios da cinesia funcional*”; acresce que existir uma legislação, editada pelo CREFITO, referindo-se que o fisioterapeuta é regido pelo seu Código de Ética, o qual diz que as responsabilidades por ele assumidas garantem à população uma atenção terapêutica plena, centrada na ética e na dignidade profissional e humana.

Com o reconhecimento da Fisioterapia em quase todos os setores da sociedade, mais recentemente, se tornou notório sua articulação com o âmbito hospitalar, principalmente nas U.T.Is. (Unidades de Tratamento Intensivo), aí, o

fisioterapeuta começou a atuar junto à uma equipe multiprofissional, alargando e legitimando cada vez mais o seu espaço e a sua respeitabilidade diante dos demais profissionais, simultaneamente obteve justa credibilidade também em outras áreas.

Nas grandes capitais brasileiras, essa interação já é consistente: profissionais de renome nacional buscam principalmente a colaboração da área da fisioterapia respiratória. No estado do Espírito Santo, o introsamento entre a medicina e a equipe multiprofissional ainda ocorre de forma incipiente: o único hospital que possui fisioterapeuta fixo na U.T.I. é o Hospital da Clínicas (HUCAM). Mesmo assim, esse serviço não se realiza em tempo integral. Os demais hospitais ainda não contam com fisioterapeutas fixos, na área respiratória.

A Fisioterapia aplicada nos grandes hospitais ou hospitais de primeira linha das principais capitais, como São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Brasília, tem apresentado um diferencial significativo, em relação aos hospitais situados em capitais menores, o que corre por conta das respectivas infra-estruturas menos ou mais aparelhadas, e dos profissionais que neles atuam.

Na entrevista do fisioterapeuta Dr. Anderson Bellangero de São Paulo, que exerce suas atividades no Hospital e Maternidade Santa Catarina, na capital - hospital esse considerado de primeira linha -, ele afirmou: *“atualmente nesses grandes hospitais a Fisioterapia tornou-se um serviço fundamental tanto na UTI quanto na Semi -Intensiva (local onde os pacientes são encaminhados após alta da UTI) e ela está sendo inserida através de uma cooperativa ou de um serviço terceirizado, predominando a terceirização”*.

Ainda segundo o mesmo, a Fisioterapia tem sido muito requisitada pela medicina e por ela reconhecida, embora nos hospitais de pequeno ou médio porte não suceda assim. Um dos fatores desse reconhecimento nos grandes centros hospitalares baseia-se no fato de os médicos e fisioterapeutas também serem considerados de primeira linha, ou seja, possuírem cursos teóricos e práticos, especializações e atualizações, além de usufruírem de uma infra estrutura hospitalar digna do Primeiro Mundo, participam de simpósios e congressos em áreas específicas organizados durante todo o ano, em nível nacional e internacional.

O Dr. Anderson também nos científica de que, na UTI ou na Semi -UTI, a Fisioterapia passou a ocupar lugar fundamental, pelo fato de os profissionais estarem preparados para discutirem com os médicos o quadro clínico dos pacientes, quanto pela excelência dos exames realizados, acresce que estes fisioterapeutas de

elite estão preparados para controlar os ventiladores mecânicos utilizados nos pacientes. além de controlarem os ventiladores mecânicos utilizados nesses pacientes. O fisioterapeuta, também detém conhecimentos sobre medicações, estando de posse das regras básicas a respectivo setor.

No município de Vitória, capital do Espírito Santo, a Fisioterapia vem experimentando o mesmo procedimento de afirmação que acabamos de abordar. A fisioterapia respiratória realizada em uma UTI, no entanto ainda não se pode comparar com a de um hospital de um grande centro. Isso decorre porque são poucos os profissionais que conhecem em profundidade e valorizam a Fisioterapia tal como ela é focalizada numa urbe de maior porte. Tem-se de supor a falta de uma infra-estrutura hospitalar adequada, de uma política de saúde preocupada com contratar bons profissionais, objetivando não o retorno dos pacientes aos leitos hospitalares e sim, se necessário, o atendimento ambulatorial.

Tais dados são enfocados pela fisioterapeuta Dra. Maria Helena do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) em Vitória : *“ tenho um bom relacionamento com a equipe de médicos e independência em minhas condutas, os casos dos pacientes são discutidos, buscando-se a melhor solução, como também em muitas ocasiões, minha presença é solicitada para opinar sobre pacientes, que nem sempre serão meus pacientes”*.

A referida profissional, ainda afirma que, com relação ao serviço de pneumologia, a situação se torna um pouco mais difícil: o serviço é ligado à Clínica Médica e pelo fato de o hospital em questão ser um hospital escola, o corpo de médicos residentes é trocado a cada três meses. Assim, faz-se necessário informar, novamente sobre o trabalho já feito no campo da Fisioterapia quanto a seus objetivos. Tal prática, visa que os novos residentes selecionem quais os pacientes eletivos em relação a Fisioterapia de acordo com certos critérios estabelecidos. Na verdade só recorrem à Fisioterapia ao verem a figura do fisioterapeuta. Nos hospitais particulares de Vitória estes profissionais ainda não atuam nos setores de enfermaria como se evidencia nos hospitais públicos dos grandes centros urbanos brasileiros.

A Dra. Maria Helena também concluiu que, com relação à equipe multiprofissional, a Fisioterapia tem sido respeitada graças aos resultados obtidos, sobretudo no CTI.

Outros profissionais - a nutricionista, a psicóloga ou a assistente social - não são fixos ao setor: atendem ao hospital de maneira generalizada.

Ainda, no município de Vitória, quando necessário, solicitam-se os fisioterapeutas para avaliações e/ou opiniões, em benefício da recuperação dos pacientes da CTI. São estes assim, freqüentemente liberados de forma mais rápida, indo para os leitos das enfermarias. Os pacientes eletivos à CTI são todos aqueles com chance de sair de um quadro grave, independente de sua patologia. Quanto aos pacientes doentes de Aids que se apresentam em fase terminal, ou seja, já não respondem aos cuidados medicamentosos, são encaminhados à ADT.

Esta profissional prossegue relatando que, no HUCAM, as pessoas ainda associam a Fisioterapia ao CTI: não só sabem que lá existe o serviço, mas também partilham da opinião de que a figura do fisioterapeuta é inerente a esse setor. Atualmente, apenas dois profissionais atuam neste campo atendendo às solicitações médicas: um no CTI e outro no serviço ambulatorial de ortopedia. Este número é insuficiente devido à enorme demanda de pacientes, necessitando de cuidados específicos e de fisioterapia. Um dos serviços hospitalares que mais precisa do fisioterapeuta é o de pneumologia: a conduta fisioterapêutica contínua é imprescindível ao paciente que recebeu fisioterapia durante a sua internação. Isso não ocorre. Portanto em muitos casos, o doente crônico, sofre uma agudização de seu quadro respiratório, retornando à internação. Daí, mais um leito ocupado, enquanto o paciente poderia estar sendo tratado e orientado no serviço ambulatorial.

Ainda a Dra. Maria Helena esclarece que, em Vitória, não havia um serviço público de referência, onde os pacientes fossem atendidos pela Fisioterapia. Por conseguinte, todos eram encaminhados ao Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo (CREFES) em Vila Velha. Neste centro, além da fisioterapia, também funcionam outras especialidades - a terapia ocupacional, psicologia, fonoaudiologia, odontologia, hidroginástica e serviço social. A partir do momento que o HUCAM começou a atender pacientes no ambulatório com indicação à fisioterapia, apesar de haver apenas um fisioterapeuta, a demanda cresceu muito, levando alguns deles ao CREFES.

De acordo com este quadro, o HUCAM está concluindo convênios com faculdades que possuem cursos de Fisioterapia. Abre-se por conseqüência, campo para estágios nos diversos setores hospitalares, revertendo desde modo, a situação e também promovendo cada vez mais, o “status” de fisioterapeuta no Espírito Santo.

O HUCAM, por ser um hospital-escola e atender a todos os que o procuram, independente da patologia que os aflija, passou a dar atendimento principalmente aos portadores do HIV e a todos os doentes de Aids da grande Vitória. Caracteriza-se, pois, como um centro de referência para a Aids, além de apresentar suporte aos pacientes, dependentes da assistência domiciliar terapêutica: oferece tanto os cuidados e o acompanhamento necessário, como os medicamentos adequados a cada um dos atingidos pelo vírus HIV, principalmente os anti-retrovirais.

Entre os recursos disponíveis aos doentes de Aids, com seqüelas da toxoplasmose (hemiparesia e ataxia) e comprometimento neurológico (AVC), tem-se utilizado muito a hidroterapia, obedecendo a critérios específicos direcionados a esses pacientes. Nos últimos anos, a conduta fisioterapêutica em relação aos doentes de Aids, vem revelando nestes casos, tem revelado bons resultados.

A hidroterapia, anteriormente referida aqui, e a termoterapia eram conhecidas e praticadas na Antigüidade, pelos romanos; ambas são recursos fisioterapêuticos que utilizam a água e seus efeitos, para atingir objetivos: promover independência funcional, manter e/ou melhorar as ADMs (Amplitudes de Movimentos) e a força muscular, reeducar os movimentos por meio da hidrocinesioterapia e reduzir a dor e o espasmo muscular, além de propiciar melhoria da socialização, auto-confiança e qualidade de vida.

É importante salientar que as contra indicações à Hidroterapia existem e devem ser respeitadas a bem de um trabalho fisioterapêutico confiável e digno, de acordo com Thonson (1994:456), que vão desde feridas infectadas até radioterapias nos três meses anteriores.

Entre as patologias mais ocorridas evidenciou-se que as que mais atingem comprometem o sistema respiratório são a pneumonia e a tuberculose. Infere-se que o agente mais comum no doente de Aids e que, freqüentemente, leva-o ao óbito por insuficiência respiratória, é a PPC (Pneumonia por Pneumociste Carinii).

Thonson (1994:204) defende a indicação da Fisioterapia respiratória, quando a inflamação começa se resolver por meio da antibioticoterapia. A conduta fisioterapêutica abrange as seguintes etapas :

- Inalação – Tem lugar por meio de soro fisiológico e, se necessário, acrescentando medicamentos broncodilatadores como o Berotec ou Atrovent, por quinze minutos, com o objetivo de umidificar a secreção. Orienta-se a promover a inspiração e a expiração lenta e profunda, durante o período em que a inalação está sendo feita.
- Drenagem postural - coloca-se o paciente no decúbito mais adequado, utilizando-se a gravidade como aliada. Realizam-se a ausculta pulmonar; e a tapotagem, com as mãos em concha. Este último procedimento, objetiva descolar as secreções; Obtém-se a vibração, com a palma das mãos, aplicando a força para o deslocamento das secreções e, como último recurso, a aspiração das secreções, por via nasal ou oral.
- Exercícios respiratórios visam a reexpansão completa dos pulmões usando-se ou não aparelhos de incentivo respiratório (Respiron). O paciente, ao promover o ato de inspiração, deve sustentar as bolinhas na parte superior do aparelho, em benefício da reexpansão de seus pulmões.
- Método de readquirir a tolerância aos exercícios e recuperar a forma física – logo que lhe seja possível, o paciente fará exercícios ativos, graduados para membros e tronco, além de começar a percorrer pequenas distâncias, progressivamente aumentadas, até conseguir subir e descer escadas.

Quando o portador do HIV/Aids apresenta comprometimento do Sistema Nervoso Central, o sintoma mais observado é a hemiplegia ou a hemiparesia: paralisia ou fraqueza de um lado do corpo, conjuntamente ocorrendo uma ataxia (descoordenação motora), afetando os membros e o tronco. O grau desse comprometimento depende da extensão da lesão ocorrida no SNC. A face também pode ser prejudicada, causando o desvio da boca para um dos lados.

Algumas vezes acontece que o paciente apresenta hipertensão, no caso, pode ocorrer o AVCH (Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico) ou no lado esquerdo do cérebro, comprometendo o lado direito do corpo, ou vice-versa.

Segundo O'Sullivan (1993:404) a fisioterapia deve começar a intervir imediatamente em qualquer lugar que esteja o paciente em uma UTI, na enfermaria ou em seu domicílio. O objetivo do imediato tratamento é minimizar os efeitos da lesão do SNC e estimular o paciente a readquirir o máximo de independência funcional possível. Quando for capaz de sentar-se na cama, poderá iniciar-se um programa mais ativo e ousado, cuja finalidade consistirá num ganho de equilíbrio e independência nas atividades de vida diária (AVDs).

A mesma ainda afirma que, a reabilitação, durante o estágio agudo pode ocorrer tão logo o paciente esteja clinicamente estabilizado, o que tipicamente se nota num período que decorre entre 24 e 36 horas. Eis as metas gerais, durante os estágios iniciais da recuperação:

- Minimizar os efeitos das anormalidades de tônus.
- Manter uma AM (Amplitude de Movimento) normal e impedir deformidades.
- Melhorar as funções respiratórias.
- Mobilizar o paciente nas atividades funcionais iniciais, envolvendo mobilidade no leito, o ato de sentar-se, de ficar em pé e as transferências.
- Impedir o descondicionamento.
- Promover a conscientização, movimentação ativa, e o uso da região comprometida do corpo.
- Melhorar o controle do tronco e o equilíbrio na posição sentada.
- Iniciar as atividades de cuidados pessoais.

Davies (1996:7-8) avalia com muita tristeza, que *“a reabilitação bem-sucedida dos pacientes com problemas de percepção pode ser longa e árdua, mas a independência e qualidade de vida melhoradas justificam o tempo e o esforço”*. A autora sempre movida pelo interesse humano, pensa ainda :

“Mesmo que não seja possível superar todas as dificuldades do paciente, deve-se tomar cuidado para preservar o seu auto-respeito. Os problemas originam-se da lesão, e o paciente não deve de nenhum modo ser responsabilizado por deixar de alcançar os objetivos desejados de reabilitação”.

Os doentes de Aids apresentam também, habitualmente outros sintomas e patologias, por exemplo, a polineurite ou polineuropatias; Thomson (1994:359) a descreve como resultado da disfunção disseminada dos nervos periféricos, afetando os sistemas somático e visceral. A infecção direta é rara, a indireta é a mais comum, o que ocorre na síndrome de Guillan-Barré (mialgia, hipotonia e ataxia). As causas metabólicas incluem substâncias tóxicas, como alguns metais pesados, falta de certas vitaminas, como B1 e B12, certos distúrbios endócrinos, dos quais o mais comum é a diabetes. Também há distúrbios genéticos, por exemplo, distrofia muscular, freqüentemente, o paciente queixa-se de dor, formigamento e dormência, geralmente nos membros superiores (mãos) e inferiores (pés). A fraqueza muscular ocorre sobretudo nos MMII (membros inferiores). A perda da propriocepção gera uma ataxia; esta pode ser observada se o paciente executar algum movimento ativo, particularmente marcante nos MMII, o que redundará na marcha de passo alto. A conduta fisioterapêutica recorre a recursos terapêuticos manuais: a massoterapia, com objetivo de amenizar a mialgia, as manipulações passivas e ativas-assistidas, promovendo alongamentos, e estimulação sensorial e motora.

Outro aliado terapêutico é a Hidroterapia, na qual se aplica a cinesioterapia, sem o impacto do solo e livre da gravidade, além de ser mais agradável devido à temperatura da água de tal modo que, que o paciente consegue executar os movimentos dele exigidos com mais facilidade além de ser estimulado a socialização e à auto-estima.

Outra patologia bastante observada nos doentes de Aids assistidos pelo Programa da ADT, é a neurotoxoplasmose. Sua etiologia é um protozoário, transmitida por animais de pêlo ou penas. Todos nós já tivemos contato com o *Toxoplasma gondii* mas, por estarmos com o sistema imunológico sadio, o estado mórbido é facilmente debelado, ou as vezes nem notado.

No doente de Aids essa patologia geralmente progride: o protozoário aloja-se de preferência, nas células nervosas, afetando o sistema nervoso central. Como afirma Rubin & Farber (1990:1270) “*este protozoário reconhece a suscetibilidade dos adultos imunologicamente comprometidos, constituindo uma fonte significativa de infecção em pacientes com a síndrome de imunodeficiência adquirida*”. Causa uma hemiparesia (paralisia parcial), ou seja, um comprometimento em apenas um lado do corpo. Com isso, o paciente apresenta um déficit na coordenação motora global e no equilíbrio, além de uma alteração tônica. Quando não tratado, é comum o mal evoluir para contraturas e deformidades, principalmente nas extremidades.

A conduta fisioterapêutica sempre dependerá da avaliação adequada do quadro que o paciente apresenta, de acordo com ela poderemos estabelecer as prioridades do tratamento. De maneira geral, o paciente manifesta o desejo de voltar a andar. Daí que, o objetivo do tratamento consiste principalmente na sua recuperação sensorio motora.

Esta conduta se caracteriza por manipulações passivas, ativas-assistidas, promovendo tanto o alongamento dos MMSII (Membros Superiores e Inferiores) quanto pela cinesioterapia para ganho e manutenção do equilíbrio e coordenação. Faz-se além disso, o estímulo à marcha, a princípio com auxílio, progredindo depois para a marcha independente.

Quando o paciente não apresenta lesão de pele e continua a manter o controle esfinteriano, pode indicar-se o tratamento pela Hidroterapia. Esta ultimamente tem demonstrado eficácia, como recurso terapêutico a doentes de aids com déficit motor, ou neurológico, hipotônicos ou hipertônicos – situação própria desta síndrome.

A resposta à conduta hidroterápica tem-se mostrado extremamente positiva conforme fato constatado em um paciente assistido pela ADT, o qual que vem realizando hidroterapia duas vezes, por semana, sem contar a fisioterapia no seu domicílio. Ele já faz movimentos de amplitude e de marcha, o que no solo não se consegue com tanta facilidade, devido à interferência do fator gravidade; na água ela inexistente, como se sabe.

Evidencia-se no doente de Aids a neurotoxoplasmose, além da ataxia, algumas vezes também se presentifica a paralisia facial: uma ptose (queda) palpebral atinge, pois o nervo facial que supre os músculos, é lesionado.

Lucena (1993:55-60) descreve que a conduta fisioterapêutica, nesses casos, consiste em manipulações no local da lesão, promovendo massagens e estímulos sensoriais: escovação, crioterapia, eletroestimulação e manipulações, utilizando-se a técnica de Kabat cujo objetivo é a facilitação neuro-muscular proprioceptiva.

Com relação à crioterapia, alguns pacientes apresentam hipersensibilidade ao frio e, nesse caso, este procedimento não poderá ser realizado.

O olho deve ser lavado regularmente porque se perde o reflexo de piscar: há acúmulo de secreção e microorganismos, ocasionando, as vezes, uma conjuntivite.

O tratamento se processa sempre com o paciente em decúbito dorsal, evitando-se a força da gravidade; deve-se orientá-lo a deitar-se em intervalos, durante todo o dia, reduzindo-se assim, os efeitos da gravidade sobre os músculos paralisados.

Segundo Thomson et al (1994:162) cabe aqui citar que as orientações domiciliares ao paciente se fazem necessárias, tais como exercícios ativos, abaixo relacionados:

- Franzir as sobrancelhas;
- Apertar os olhos e depois abri-los inúmera vezes;
- Auto massagear-se em torno do olho;
- Lavar o olho com água boricada várias vezes ao dia;
- Realizar mímicas defronte ao espelho.
- Assobiar
- Sorrir

As patologias que acabamos de mencionar também são encontradas em pacientes assistidos por outras ADTs, conforme atesta Dra. Simone Ávila, fisioterapeuta domiciliar, atuando na ADOT da cidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul.

A referida profissional comentou sobre a metodologia aplicada aos pacientes em tratamento na ADT gaúcha: exercícios terapêuticos (cinesioterapia motora) e massoterapia. Devem os doentes ser visitados de duas a cinco vezes por semana, dependendo do caso. Empregam-se também o calor e o frio superficial; bolsa de água quente e gelo, pois a equipe não possui outros instrumentos fisioterápicos.

Entre os muitos problemas que afligem os pacientes, os principais são: déficit muscular, hemiparesias, paraplegias, presença de movimentos involuntários, afasia, hipertonicidade, parestesias, dificuldade de deambulação ou impossibilidade, dispnéia, dependência de oxigênio, secreção pulmonar purulenta, , diminuição da expansibilidade pulmonar, dor cervical, dor lombar, edema nos joelhos, cotovelos e extremidades, retração muscular, dor muscular e nas articulações e úlceras de decúbito.

Os procedimentos fisioterapêuticos nestes casos compreendem: prevenção das úlceras de decúbito, prevenção de deformidades ou diminuição das retrações musculares, controle da dor e do edema, prevenção das complicações respiratória, drenagem das secreções pulmonares, estimulação para deixar o leito, treino de marcha, equilíbrio e/ou relaxamento do tônus muscular, visando o recomeço das AVDs (Atividades de Vida Diária).

Continua Dra. Simone Ávila declarando que, os pacientes de Aids, admitidos pela ADOT, apresentam, geralmente, limitações físicas e perdas de movimentos, os quais os tornam dependentes. A Fisioterapia tem por finalidade auxiliá-los nessas limitações. A presença do fisioterapeuta nas equipes de tratamento possibilitará a independência dos pacientes, ainda que parcialmente. Contudo, na luta para que o doente consiga uma qualidade de vida mais satisfatória, é imprescindível salientar o estresse que o trabalho multidisciplinar ocasiona, ao se lidar com a tecnologia e na interação entre os membros da equipe qualificada no atendimento às vítimas da síndrome, e no atendimento interligado às suas famílias, companheiros e amigos.

Kisner & Colby (1992: 9, 10) preconizam que: *“ um programa domiciliar deve ser como uma extensão do plano de assistência, onde se torna importante observar alguns fatores como: identificação precoce do domicílio, reação da família, condições sociais e econômicas, identificar quem tem a disponibilidade para trabalhar com o paciente em casa e envolvê-lo cedo no programa, evitar rotinas*

longas e tediosas, e outros, como fundamental para o ajuste e aceitação de um programa domiciliar de exercícios”.

Os pacientes que a equipe multiprofissional da ADT-Vitória assiste, selecionados para participarem deste estudo, demonstraram, desde o início, uma grande receptividade para com a proposta oferecida; notou-se em alguns até mesmo um pouco de ansiedade e curiosidade sobre o tipo de tratamento que iriam receber.

Acresce que este conjunto de atitudes positivas articuladas com a equipe e, em particular, com a presença da Fisioterapia, significou para nós, fisioterapeutas, participar da vida dos pacientes, não só como agentes da área da saúde, que somos, mas também como amigo – amigo que se aproxima do doente lhe trazendo informações gerais e particular sobre o tratamento, amigo despojado de críticas e julgamentos, preocupado apenas com ajudar e orientar, ou simplesmente ouvir as palavras que o homem que sofre tem para dizer.

CASO 1 - TONI

Paciente com 50 anos de idade, casado, sem filhos, nível superior, aposentado da Polícia Civil, esposa com sorologia negativa, cuidadora em tempo integral, residente na Ilha das Flores, em Vila Velha.

A primeira visita realizou-se em 19/01/99. Fui acompanhado pela coordenadora da ADT, assistente social Ângela Maria Caulyt S. da Silva, esta apresentou-me ao paciente e à sua esposa, informando-lhes sobre a minha função e o motivo pelo qual eu estava ali. O paciente reside no bairro Ilha das Flores em Vila Velha e sua condição de moradia é confortável. A casa é própria, ele possui um veículo em bom estado, utilizado em seu transporte para onde for necessário, dirigido por seu irmão, que recebe pagamento pelo serviço prestado. Conta ele, além de cama hospitalar, com cadeira de rodas, cadeira de higiene e “papagaio” (coletor de urina). Em sua residência há também uma empregada que auxilia a esposa nos serviços domésticos. (fotos 4 e 5)

A recepção foi positiva, trazendo novas expectativas ao Toni quanto à fisioterapia em casa, uma vez que, antes se deslocava até a Associação dos Funcionários Públicos duas vezes por semana, para as sessões fisioterapêuticas. Ele também faz piscina terapêutica duas vezes semanalmente e, de maneira geral, passa o dia todo no leito, em frente a TV, assistindo a fitas de vídeo, ou ouvindo música. Ao chegarmos, desligou a TV. Conversamos e ficamos sabendo que, além de cantar, também escrevia poesia. Convidou-nos a ouvir uma fita gravada por ele e um amigo na qual canta uma canção acompanhado pelo amigo no violão. Sem dúvida isso o emocionou muito. Combinamos uma segunda visita, na qual seria realizada a Avaliação Fisioterapêutica.

Devido às características do atendimento, o paciente era visitado pela equipe no período matutino e por mim no vespertino. Então eu realizava a conduta fisioterapêutica mais tranquilamente.



Foto 4 – Fisioterapia no domicilio



Nessa segunda visita, o vínculo com Toni e família já estava estabelecido. A esposa do paciente nos recebeu de forma positiva: assinou o termo de consentimento e colocou-se à nossa disposição: já conhecia o trabalho realizado pela ADT, e elogiava a atenção que a equipe lhes dispensava.

Nessa visita realizou-se a Avaliação Fisioterapêutica, onde pude constatar as contraturas musculares e deformidades presentes. O paciente encontrava-se no leito, sem condições de deambulação, vítima de seqüelas da toxoplasmose, apresentando uma hemiplegia a esquerda. É importante salientar que, embora estivesse há longo tempo nessa situação, mostrava-se bem cuidado pela esposa e não apresentava nenhuma úlcera de decúbito. Após a avaliação, fotografou-se Toni no leito, enfocando apenas suas deformidades nos membros superiores e inferiores. Preservou-se sua identidade.

Por meio da avaliação e, dos dados coletados, traçou-se a conduta fisioterapêutica a ser seguida e os objetivos a serem alcançados. Essa conduta consistiu na cinesioterapia motora (alongamentos e exercícios passivos no leito), massoterapia (vivência do “toque terapêutico”) e cinesioterapia respiratória (exercícios respiratórios, reexpansão pulmonar, reeducação do padrão ventilatório) .

Assumindo o compromisso de visitá-los semanalmente, ou se necessário, mais vezes, o que não ocorreu devido as terapias paralelas recebidos anteriormente. Apesar do tratamento fisioterapêutico e hidroterápico, as seqüelas regrediram pouco. No entanto, sem esses cuidados, com certeza haveria uma grande diminuição em sua qualidade de vida.

A equipe observou uma significativa melhora em sua defesa imunológica, comprovada por meio do resultado dos exames realizados nesse período. Em tais exames, constataram-se o aumento das células CD4 e a diminuição de sua carga viral, conforme resultados anotados no instrumento utilizado para Avaliação Fisioterapêutica.

No início do tratamento fisioterapêutico, o paciente não conseguia ficar na posição ortostática (de pé), mesmo com auxílio, devido à grande espasticidade nos membros inferiores, hipotrofismo e deformidades presentes nas extremidades; No final do período (após seis meses), notou-se que o paciente ganhou tônus e amplitude de movimentos: conseguia uma relativa extensão dos membros superiores e ficava de pé por tempo mais prolongado, apoiando-se em uma barra de ferro colocada em sua área de serviço (foto 5) .

Realizava marcha, com auxílio, do seu quarto até essa área, estímulo esse exigido sempre pela esposa, apesar de ele não lhe obedecer: só faz os exercícios prescritos quando o fisioterapeuta se apresenta.

Embora a esposa seja uma pessoa muito paciente, encontra-se cansada. A psicóloga da equipe tem acompanhado o casal, promovendo um melhor entendimento e harmonia entre eles: oferece todo o apoio e as orientações possíveis a ambos, na procura de diminuir-lhes o estresse e fazê-los ganhar forças para continuar na luta contra a Aids.

Ao saber que Toni frequentava piscina terapêutica, procurei a academia para conversar com o terapeuta que o atendia a fim de estabelecer um vínculo profissional entre nós, a bem do sucesso do tratamento. Desse modo, eu pensaria na possibilidade de uma evolução mais rápida, indo de encontro ao desejo manifesto do doente: voltar a andar. Fui recebido cordialmente e trocamos informações sobre o paciente. Inclusive o professor solicitou-me algumas orientações de conduta sobre hidroterapia; e as forneci, além de indicar-lhe um livro específico (Aquagym) o qual lhe foi muito útil, norteando sua conduta como profissional de saúde.

Aconselhável notar que, ao conversarmos sobre Toni, eu disse-lhe fazer parte de uma equipe de ADT e que o paciente era um dos cadastrados neste programa. Ele me perguntou, o que era ADT? Ao explicar-lhe sobre o serviço prestado, sem mencionar a Aids, ele me perguntou se eu poderia atender uma sua parente idosa, com problema de derrame. Então esclareci que a nossa equipe atendia apenas as pessoas portadoras do vírus HIV. Percebi que ele desconhecia a situação do paciente sobre quem falávamos. Já havia mais de um ano que Toni freqüentava a piscina e ninguém da equipe lhe tinha esclarecido nada a respeito do seu verdadeiro diagnóstico. Mais tarde informaram-me que a esposa foi orientada pela doutora da equipe a expor ao terapeuta, a verdadeira situação do paciente. No entanto havia protelado a conversa até então.

Felizmente o terapeuta aceitou a situação: continua ministrando, não permiti que o preconceito se instale, ao contrário, adquiriu mais consciência quanto aos cuidados com esse paciente, evitando com toda a solicitude que caísse na piscina ou se machucasse. Observar-se que esta atitude não exclui a abrangência de atenção a todos os que freqüentam a piscina terapêutica.

Nas visitas durante o período matutino, em dia ensolarado, após a sessão, eu sugeria ao Toni que tomasse um pouco de sol. A fim de conseguir esta helioterapia, tínhamos que deslocá-lo em sua cadeira de rodas até o pequeno quintal existente na frente de sua casa, único local com sol disponível para ele. Existe uma rampa de madeira que liga a porta da área de serviço à esse espaço; o processo de descida depende de duas pessoas: uma ao descer sustenta a cadeira por traz, a outra segura-a por meio de uma corda, na parte da frente. Chamávamos isso de “operação descida ou subida” .

No referido local, o paciente permanecia pelo menos meia, hora tomando sol. A esposa continuava com algumas manobras de massagem em seus ombros e/ou pernas, ou com outra tarefa de higiene, - por exemplo, cortar as suas unhas ou o cabelo. Em seguida ela telefonava ao cunhado, para que este se deslocasse até sua casa, ajudando-a na “operação subida”, e depois levando o paciente para o banho antes do almoço.

Nesse episódio, fica bem claro a importância e a necessidade do cuidador (a), necessidade esta que, a ADT considera fundamental, nesse tipo de assistência, se feita com qualidade e seriedade.

Embora Toni possua condições econômicas para locomover-se de automóvel, continua caracterizando-se como um paciente típico da ADT, tanto devido ao seu grau de dependência, quanto do grau de dependência da sua cuidadora: é o apoio da equipe que permite a ela continuar desempenhando bem seu papel junto a ele. Toni prossegue com a fisioterapia na Associação dos Funcionários Públicos e com a hidroginástica, duas vezes por semana: mantém, assim, um mínimo de qualidade de vida, na esperança de um dia, voltar a andar sem auxílio e retomar suas atividades cotidianas.

CASO 2 : DIVA

Solteira, 25 anos, doméstica, desempregada, sem filhos, morando com a mãe e o padrasto, com Aids desde 1997, grau de escolaridade primário; residente na Ilha das Flores, em Vila Velha.

A primeira visita realizou-se em 02 de fevereiro de 99, em companhia da coordenadora da ADT, a qual apresentou-me como fisioterapeuta à mãe da doente e cuidadora, D. Laide. Esclareceu ainda que eu pertenceria à equipe por 6 meses, e que realizava um estudo com alguns pacientes cadastrados no programa, sendo sua filha uma das escolhidas.

Ao chegarmos ao seu domicílio, observei que se tratava de uma família muito pobre. O barraco, de madeiras e em precário estado de conservação, era o último daquele corredor, com dois cômodos pequenos, refletindo uma situação de penúria. A mãe da paciente nos recebeu, mulher simples, porém muito comunicativa. Apesar de seus grandes problemas, entre eles o alcoolismo, ela desempenha o papel de cuidadora o melhor possível.

A paciente encontrava-se deitada em sua cama, ao lado do fogão. Ao ouvir nossa voz, levantou-se e veio até onde estávamos. Apresentava-se sonolenta, apática, não conseguindo articular com clareza as palavras, devido à afasia presente. Além do mais, apresentava um “déficit” de equilíbrio, apoiando-se nas paredes ao caminhar, devido à seqüela da toxoplasmose. Mesmo assim, sorriu para nós. Fui ao seu encontro e apertei-lhe a mão, apresentando-me. Ela balbuciou alguma coisa incompreensível e continuou a sorrir. Após nossa rápida conversa, despedimo-nos, assumindo o compromisso de retornar na próxima semana, a fim de realizar uma avaliação e iniciar a conduta fisioterapêutica. Saí preocupado, pensando como agiria no caso: o espaço residencial era mínimo e as condições precaríssimas.

A segunda visita, foi muito proveitosa. Logo ao entrar, observamos, em uma das paredes, um quadro informativo sobre os horários dos medicamentos, quadro este confeccionado em cartolina pela enfermeira, objetivando uma melhor orientação à cuidadora tanto a respeito das horas dos remédios, quanto de quais os medicamentos ministrados, pois a cuidadora sentia dificuldade nestas tarefas. Na referida visita fez-se a avaliação fisioterapêutica. Constatou-se, então, o “déficit” de

equilíbrio motor, além da afasia (lesão em nível do SNC, que prejudica a fala) como seqüela da neurotoxoplasmose. Ao conversar com a paciente, ela mesma manifestou o desejo de voltar a andar e sair, voltando a trabalhar no salão de cabeleireiro, de onde se afastara, para iniciar seu tratamento.

Antes de proceder a avaliação fisioterapêutica, repeti a explicação sobre minha função e meus objetivos na ADT, já que a família se compunha de pessoas com dificuldade de compreensão. Mãe e filha concordaram com a conduta a ser tomada. A paciente assinou o Protocolo de Consentimento Informado, após sua leitura. Depois realizei a avaliação (conforme anexos no final) e fotografei a paciente em posição ortostática (em pé) nas vistas frontal, lateral e dorsal, a fim de analisar melhor as contraturas musculares e vícios de postura. Em seguida, promovi algumas orientações e exercícios respiratórios, visando à reexpansão pulmonar e reeducação ventilatória.

Ao término da visita e com as informações obtidas, pude traçar tanto a conduta fisioterapêutica adequada, quanto os objetivos a serem alcançados. Despedi-me, certo de que tinha consolidado o vínculo com Diva e com a sua mãe cuidadora. Comprometi-me a visitá-las uma vez por semana e, caso, fosse necessário, mais vezes, o que não ocorreu: a paciente aderiu plenamente ao tratamento e aos medicamentos, executando as orientações da equipe, sob a vigilância de sua mãe-cuidadora.

Logo nas primeiras visitas, constatamos que a doente apresentava tosse e uma ausculta pulmonar com ronco mais forte que o normal, o que indicava a presença de secreção nos brônquios. Após 15 minutos de nebulização (a ADT emprestou o aparelho), efetivaram-se manobras de higiene brônquica (tapotagem, vibração e drenagem postural) com resultado positivo: uma secreção esbranquiçada foi eliminada. Ao auscultar novamente os pulmões, verificou-se a melhoria da capacidade ventilatória.

As visitas foram se sucedendo e, a cada uma delas, efetuavam-se os exercícios. Notou-se também um progresso quanto à afasia: Diva estava conseguindo articular mais claramente as palavras emitindo um som saia mais nítido. O trabalho da equipe ajudava ainda na recuperação de sua auto-estima.

Em uma das visitas, a cuidadora relatou que a paciente começara a namorar um rapaz. A equipe conversou muito com ela, concientizando-a de tomar todos os cuidados necessários, tanto em relação a si própria, quanto ao parceiro

principalmente os relativos ao risco de uma gravidez e recontaminação do HIV, pelo não uso do preservativo. Se o namoro a fazia feliz e a estimulava para a vida, aconselhávamos, porém, que ela agisse, no relacionamento a dois, sempre com segurança. A equipe forneceu, inclusive, preservativos, ensinando como utilizá-los.

Diva sobrevive com sua mãe e seu padrasto apenas graças ao benefício assistencial–INSS da paciente - menos de um salário mínimo. Diante desta penúria, se fez necessário que a ADT fornecesse à família uma cesta básica de alimentos todo mês por meio da Casa da Esperança, além de oferecer gratuitamente passes de ônibus para que a moça não perdesse as consultas agendadas no HUCAM.

A paciente encontra-se agora em tratamento para a tuberculose, fazendo periodicamente exame de escarro e exame oftalmológico, conseguido pela Casa da Esperança, onde o procedimento se dá mais rápido do que no HUCAM. Prossegue tomando os medicamentos anti retrovirais (Invirase, Biovir e Epivir), além da Zidovidina, o que muito tem beneficiado o seu quadro clínico. Em um dado momento, ainda preocupado com seu “déficit” de marcha e de equilíbrio, levei-a de carro até a praia mais próxima (Praia da Costa), e a sessão lá se passou: estimulei-lhe a marcha na areia e a fiz entrar na água até seus joelhos, numa oportunidade única de praticar um pouco de talassoterapia, e de helioterapia (banho de sol). Tais procedimentos forçavam a busca de seu equilíbrio agora perdido, mas também um possível aumento de tônus muscular em seus membros inferiores, evitando assim queda.

A experiência foi valiosa: concientizei-a sobre a importância desses exercícios, recomendando-lhe que, sempre que houvesse ocasião de ir à praia, repetisse. A marcha dentro d’ água. O quadro de Diva evoluiu positivamente cada vez mais, apesar de persistir a tosse com eliminação de secreção. O aparelho de nebulização permanece em seu domicílio: a médica lhe prescreveu quatro sessões de inalação por dia, o que ela realiza sem reclamações. Constatou-se ganho de equilíbrio e coordenação motora, além de, melhora da afasia.

A ADT continua repassando-lhe a cesta básica de alimentos e, às vezes, algumas roupas usadas, em bom estado. A situação persiste por demais difícil para a família.

Diva tornou-se muito amiga da equipe: reclama quando, por algum motivo, demorávamos a visitá-la. A equipe se sente muito recompensada ao vê-la se

recuperando rapidamente. Ao visitá-la, é comum encontrá-la chegando de algum lugar.

A independência por ela alcançada, a faz ficar mais sociável e afirmar sua auto-estima. Em uma das visitas, não a encontrando em casa, conversei muito com sua mãe. Observei o quanto ela se sentia feliz com a melhora da filha. Informei-lhe que estava programando a alta fisioterapêutica, pois já havíamos alcançado o objetivo estabelecido. A paciente continua com o namorado e deseja voltar a trabalhar em sua atividade anterior.

A paciente assimilou e incorporou no seu dia-a-dia os exercícios, tanto os respiratórios quanto os de alongamentos e posturais, iniciavam-se pela sua maneira de levantar logo pela manhã (sic). Como seu quadro evoluiu e Diva encontra-se em condições de ser encaminhada ao serviço ambulatorial do HUCAM, a equipe a preparou para a alta da ADT. Observa-se que, cada vez que conversávamos com ela sobre a alta, a paciente apresenta uma recaída, julgando que a equipe iria abandoná-la. A psicóloga trabalhou muito junto a ela na conscientização, do que mais lhe convém: mostrou-lhe que a alta é um fato positivo e que ela precisava assumir a sua “nova vida”.

Em 28 de maio de 1999, Diva recebeu alta da ADT e da fisioterapia, porém sempre que passamos por perto de sua casa, não deixamos de visitá-la. Por sua vez, quando volta ao ambulatório, ela nos visita. Esta relação nos favoreceu, através de um profundo conhecimento da condição humana, em sua miséria e grandeza. E, o que mais importa: vivenciamos, por meia dela, mais uma vez, a importância da solidariedade entre os homens em geral, e na luta contra a Aids, em particular.

CASO 3 : PAUL

34 anos, solteiro, sem filhos, grau de escolaridade primário, morando com os pais, soro positivo desde 1998 e portador de distúrbio psiquiátrico; residente em Carapina, município da Serra.

A primeira visita a Paul realizou-se em fevereiro de 1999, juntamente com a coordenadora e equipe. Ocorreu então o contato social e o estabelecimento do vínculo com o paciente e familiares. O bairro em que reside fica no sentido norte de Vitória. É um bairro periférico com infra-estrutura, mas habitado por pessoas de baixo poder aquisitivo. Sua mãe e cuidadora nos recebeu de forma muito carinhosa. Ela se encontra aposentada, o que lhe permite, no contexto familiar, dispor de tempo integral para desenvolver o papel de cuidadora. Além disso, recebe um salário mínimo para despesas necessárias a casa.

Esta cuidadora e mãe é analfabeta e, por suas dificuldade na administração dos medicamentos ao filho, a ADT confeccionou-lhe um cartaz, com o fim de ajudá-la nesta função. Assim, ela tem conseguido tanto controlar os horários dos medicamentos anti retrovirais quanto os prescritos pelo psiquiatra.

Estávamos conversando em uma área nos fundos da casa, onde funciona a lavanderia; aí há uma cama para o paciente descansar, por ser o lugar mais arejado e ventilado da residência. Paul logo apareceu, sorridente e falador. Deambulava com auxílio de muletas, exibindo um “déficit” de marcha (seqüela da neurotoxoplasmose), além de uma lesão no calcâneo esquerdo, com curativo oclusivo. Fui apresentado a ele e informei-lhe sobre minha função e meus objetivos. Durante a conversa, sua mãe nos informou de que o paciente tinha se convertido a uma igreja evangélica, fato este que nos permitiu compreender por que ele falava constantemente em Jesus e na Bíblia. Paul referiu-se ao fato de ter, sido orientado pelo pastor da igreja para abandonar os medicamentos, pois, desde agora ele estava “curado” pelo Senhor Jesus: eis um dos fatores que têm prejudicado a adesão de certos doentes ao tratamento, já que alguns, depois de ingressar em cultos carismáticos, passam a crer em milagres e não mais nos remédios.

A equipe trocou muitas idéias com ele sobre a importância dos medicamentos e as conseqüências provenientes de sua interrupção. Ele obstinava, porém, em afirmar que se achava, curado e que não precisava mais tomá-los : podíamos dá-los a um outro paciente. A mãe entretanto, insistiu em lhe oferecer os remédios. No final da visita, ambos ficaram muito satisfeitos com a possibilidade de contar com mais um profissional na equipe, manifestando o desejo de ajudá-los na recuperação de Paul. O vínculo estabeleceu-se. A mãe, sempre atenciosa e solícita, nos acompanhou até o portão, agradecendo-nos por tudo.

Na segunda visita, a recepção continuou positiva: deu-se início ao processo propriamente dito. Realizou-se a avaliação fisioterapêutica, e, após o consentimento de Paul, por escrito, bati algumas fotos suas, sempre preservando sua identidade. Com os dados colhidos traçei a conduta fisioterapêutica a ser seguida e os objetivos visados. Essa conduta consistiu em: cinesioterapia respiratória (exercícios respiratórios objetivando uma reeducação do padrão ventilatório), cinesioterapia motora (exercícios de alongamentos ativos e passivos; reeducação da marcha sem auxílio), massoterapia, a fim de diminuir as dores nos membros inferiores e do estresse, bem como de proporcionando-lhe a vivência do “toque”.

Em uma das visitas, encontrei Paul apresentando um quadro clínico mais animador, locomovendo-se sem auxílio e com ganho de equilíbrio, o que lhe permitia sair diariamente de dia e de noite, sem destino. A cuidadora e mãe relatou sua preocupação com essas idas e vindas constantes e com os “amigos” recentes, lembrando-nos da possibilidade de o paciente estar se envolvendo com drogas. Solicitou, em conseqüência, uma internação para Paul. Expliquei-lhe que essa não era a minha função, que conversasse com a assistente social da ADT sobre o fato.

Paul realizou bem as sessões, embora muito falante, devido ao seu distúrbio psiquiátrico. No final, comentou que tinha descoberto um remédio infalível para o mal que lhe acometia e que agora tinha a certeza que estava curado da Aids. Tal remédio consistia em beber água por meio da Bíblia: ele abria o livro sagrado, levando-o em direção à boca ; em seguida despejava água na Bíblia, bebendo-a depois .

Comentei o fato com a psicóloga da equipe, o que foi novidade para ela, embora já viesse acompanhando o paciente desde o início de seu ingresso na ADT, passando agora a assisti-lo com mais assiduidade e apoio psicológico.

Esse paciente apresentou altos e baixos em seu quadro clínico. Por conta do distúrbio psiquiátrico, seu comportamento sempre foi inesperado e/ou inadequado: andar nu pela casa, quebrar objetos na cozinha ou masturbar-se em qualquer lugar da casa (sic mãe). Após retornar ao médico psiquiatra e aos medicamentos psiquiátricos, o quadro voltava a se estabilizar, cessando os problemas mais graves. A mãe sempre nos confiava que Paul fazia os exercícios apenas nos dias das visitas e que não lhe obedecia. Também ficava violento principalmente quando ela recebia o pagamento da aposentadoria: queria dinheiro para comprar droga.

No mês de maio de 1999, como o paciente apresentasse um quadro mais estabilizado e os sintomas psiquiátricos controlados pelos medicamentos, a equipe cogitava em sua alta da ADT: seu tratamento voltaria a ser ambulatorial. A lesão do calcâneo curou-se, sua marcha ganhou um padrão mais adequado, andando sem auxílio das muletas; não referia mais a dor nos membros inferiores.

Na última quinzena de maio de 1999, a equipe preparou-o para a alta: pusemos em prática todas as orientações de praxe. Afirmamos-lhe que a alta não significaria um “abandono” e que, caso fosse necessário, estaríamos de volta, além disso, sua alta da ADT e o retorno ao ambulatório, se constituíram sobremaneira desejáveis para Paul. Primeiro porque, sempre que quisesse, poderia visitar-nos, quando se consultasse no HUCAM; segundo pelo motivo de que a alta indicava uma saúde melhor e mais notável. Em julho de 1999, Paul recebeu alta da ADT e da fisioterapia.

CASO 4: EVA

Paciente com 34 anos, separada, com um filho de 15 anos, morando com a família; instrução de 1º grau incompleto; residente no município de Serra.

Minha primeira visita a Eva deu-se em 27/01/99, acompanhado pela coordenadora e pela equipe da ADT. O domicílio da paciente se localizava no município da Serra, ao norte de Vitória. Ao chegarmos, recebeu-nos a mãe/cuidadora da paciente, mulher simples, solícita e grata pela ajuda da ADT. Na sala estavam a paciente, o pai e um dos irmãos. O pai muito abatido e doente, sofrendo de enfizema pulmonar, solicitava medicamentos. O irmão, de 28 anos, lamentava-se por estar com febre e vômitos, devido a uma dor estomacal. A mãe, cuidando dos três, demonstrava paciência e resignação. O domicílio continha dois pequenos quartos, bastante modestos, e sem acabamentos.

Fui apresentado a Eva e conversamos um pouco. A moça quase não saía de casa por estar sofrendo de um “déficit” de equilíbrio e necessitando de auxílio, ao realizar a marcha; quando andava no interior de casa, apoiava-se pelas paredes e móveis, conseqüência de seqüela da neurotoxoplasmose. Percebi que sua mão direita permanecia fechada todo o tempo e pensei que poderia ser alguma seqüela. Quando solicitei-lhe, porém, que a abrisse, Eva o fez sem dificuldades; surgiu então um terço, do qual jamais se separava, pois disse ela, tinha visto Jesus ali na sala. Percebi então que não estava bem psicologicamente.

Depois deste primeiro contato e estabelecido o vínculo entre paciente e fisioterapeuta, após esclarecer a minha função e meus objetivos, despedimo-nos, combinando o meu retorno para o início do tratamento. A mãe sempre nos agradecendo muito por tudo, acompanhou-nos até a porta.

Ao começar o tratamento, quando Eva foi cadastrada na ADT, os parentes resistiram muito em receber a equipe. No entanto, depois, procurou a assistente social, por ter sabido que se cogitava a desistência em ajudá-la. Retomaram-se as visitas, registrando-se a adesão ao tratamento.

A paciente demonstrava grande expectativa de cura por meio da religião; passava os dias vendo TV, sentada no sofá. Contando com acompanhamento psiquiátrico e relatava algumas fantasias religiosas. Agendaram-se vários exames no HUCAM aos quais Eva não compareceu, alegando falta de dinheiro para o transporte. A equipe remarcou-lhe os exames e forneceu-lhe passes para a condução, pois sabia que a situação da família era muito precária.

Na segunda visita, a recepção foi positiva e me senti mais à vontade. Realizei a avaliação fisioterapêutica e bati algumas fotos, após Eva assinar o Protocolo de Consentimento Informado. Com os dados colhidos, pude traçar a conduta fisioterapêutica e os objetivos a serem alcançados pela paciente. A conduta consistiu em cinesioterapia respiratória (exercícios respiratório, reeducação do padrão ventilatório e manobras de higiene brônquica), cinesioterapia motora (exercícios passivos e ativos de alongamentos, estímulo à marcha com auxílio) e massoterapia devida a dor em MMII, sem esquecer tanto a oportunidade de vivenciar o “toque”, quanto a orientação domiciliar.

Em uma das visitas, encontrei Eva sentada na sala, cabisbaixa e triste. Após conversarmos um pouco, sugeri a execução dos exercícios respiratórios e de alongamentos. Depois da massoterapia (toque terapêutico) ela parecia mais animada; convidei-a a caminhar um pouco pelo quarteirão; o dia estava convidativo e lhe daria a oportunidade de tomar sol (helioterapia) e de realizar a marcha. Eva aceitou o convite e fomos andar, juntamente com o filho, que também representava o papel de cuidador (foto 6). Ambos revezávamos no apoio à moça. Pelo trajeto, pessoas conhecidas cumprimentavam-na, demonstrando simpatia e amizade. Tal atitude fez com que Eva se sentisse alguém importante para eles, o que lhe fez muito bem, estimulando-a na realização da marcha. Ao voltarmos não se referiu a dor nem ao cansaço, demonstrando estar mais atenta à nossa conversa. O filho adolescente, bastante interessado, preocupava-se com o horário dos medicamentos. Aproveitando o momento, orientei-o sobre a importância dos exercícios e da marcha que deveria ser cumprida todas as manhãs, além de insistir na adesão aos medicamentos.

Foram horas positivas, em que pude observar a adesão da paciente ao tratamento e a participação dos cuidadores (mãe e filho) na recuperação de Eva.



Foto 6 – Estímulo à marcha e helioterapia.
Importância da presença do cuidador.

Atualmente ela vive com a família. Sem profissão, possui, como dissemos, escolaridade até o primeiro grau incompleto. É solteira mas morava com o companheiro que a contaminou, e que, no momento reside com outra mulher.

Eva é natural de Piúma, município do Estado do Espírito Santo; é lúcida, orientada, com episódio de choro e seqüela de neurotoxoplasmose (ataxia). No passado viveu “vida desregrada” (sic mãe). Queixa-se de fraqueza no membro inferior e superior direito (hemiparesia) diminuição da acuidade visual e disfagia. Reafirma a sua grande fé em Deus e em Nossa Senhora. Crê que irá ficar curada. Relata suas passagens por hospitais, desde o seu diagnóstico de HIV positivo. Conta com acompanhamento psiquiátrico.

Os exames realizados por Eva em 27/08/98 apresentavam um CD4 de 145 e um CD8 de 570; em 30/11/98, o CD4 estava em 217 e o CD8 em 689; carga viral, em 04/08/98, atingia em 3.200 com um Log de 3,51; em 04/12/98, esta carga chegava a 880 com um Log 2,94; em 05/04/99 realizaram-se novamente o CD4 e CD8 que mostraram resultados, respectivamente, de 170 e 658 com uma relação de 0,26.

A paciente fez uso dos seguintes medicamentos: sulfadiazina, daraprim, leucovorim, hidantal, fluconazol, e os anti retrovirais AZT, DDI e Biovir, além do meeleril, prescrito pelo psiquiatra.

Durante o período de visitas, Eva manteve o quadro clínico estabilizado, evoluindo para melhor o padrão de sua marcha, mesmo com auxílio. Um dos fatores que mais chamou a atenção da equipe foi a situação econômica da família, muito precária: além de pagar aluguel, havia nessa casa, três pessoas enfermas, necessitando de cuidados - a paciente, o pai e o irmão - somente a mãe estava sã para cuidar dos três. Acresce que contavam apenas com a aposentadoria sua e de sua filha. Assim, a ADT passou a fornecer uma cesta básica de alimentos todos os meses.

As marchas pela manhã continuavam a ser feitas, a mãe auxiliando-a. À noite, freqüentavam ambas a igreja evangélica da qual são congregadas. Isto tem estimulado a sociabilização de Eva. A mãe contou-me algumas vezes que a filha não tem disposição para executar os exercícios mas que só os faz adequadamente quando eu estou presente. Insisti que, pelo menos, as marchas pela manhã não poderiam ser negligenciadas.

A equipe, preocupada com a rotina de Eva, encaminhou-a, juntamente com sua mãe, a um clube local que desenvolve terapia manual. Não houve, porém, adesão da parte delas. Pela evolução do quadro, cogitou-se a alta da ADT e, no final de maio de 1999, Eva recebeu alta após ter sido preparada pela equipe. Até esse período, a família continuava a receber a cesta básica de alimentos.

Em julho de 1999, reencontramos Eva e sua mãe em uma visita que nos fizeram no HUCAM: tinham ido lá para fazer alguns exames. Eva estava muito sorridente e a mãe gratíssima por tudo que lhes havíamos proporcionado. A moça já sai mais de casa, sempre auxiliada pela mãe. Vai semanalmente à igreja, pois sua fé continua cada vez mais forte: está certa de que ficará curada!

CASO 5 : LUIZ

Paciente com 40 anos, solteiro, cabeleireiro, natural do Rio de Janeiro; formação: 1º grau; homossexual; residi sozinho em Jacaraípe, município de Serra, ES.

A primeira visita foi realizou-se em 22/02/99, com toda equipe reunida. Luiz vive só, em uma casa pequena e simples, com três cômodos, energia elétrica e água encanada, na periferia de Jacaraípe, no município da Serra, ao norte de Vitória. Ao chegarmos, por volta das 14:30 h, ele estava deitado no sofá, assistindo à TV. Era verão e fazia muito calor. A enfermeira entrou primeiro e completou sua rotina. Luiz, muito doente, apresentava seqüelas de neurotoxoplasmose e não conseguia deambular. Falava pouco e muito baixo. Fui apresentado a ele e conversarmos alguns minutos a respeito da minha presença em sua casa. O calor continuava insuportável.

Expliquei-lhe o meu trabalho e ele concordou em participar desse estudo, sem objeções. Há algum tempo o doente vinha recebendo cuidados da equipe e a sociabilização já tinha ocorrido. Luiz, a todo instante, solicitava alguma coisa à equipe, como cigarro ou dinheiro. A situação era muito precária e triste, além da que o paciente sofria de solidão. Ele dizia não querer contato com a sua família no Rio: havia deixado lá sua família há seis anos e não mais tivera notícias dela. Ignorávamos a história existente por trás desse fato, e nem entramos na questão, respeitando o seu silêncio a respeito do assunto. Despedimo-nos dele, ficando combinado que, na próxima visita, começaríamos o tratamento fisioterapêutico. O contato social e o vínculo estavam estabelecidos.

A segunda visita, ocorreu na mesma, semana devido à sua situação preocupante. Ao chegarmos à sua casa, porta e janelas estavam fechadas e tudo em silêncio. Bati palmas e fui entrando, empurrando a porta da sala, destrancada. Encontrei Luiz no sofá completamente abatido e desestimulado. O calor era tão forte que dava a sensação de estar-se em uma sauna. Não havia a menor ventilação. Abri porta e janelas, na tentativa de arejar um pouco o ambiente.

Luiz se achava ainda mais debilitado do que antes: não tomava os medicamentos deixados pela enfermeira, mal conseguindo ficar de pé. Comera apenas um pouco do alimento, trazido pela vizinha. Pedi-lhe para sentar-se e ofereci-lhe água. Começamos a conversar sobre sua situação. Expliquei-lhe que, por morar só, não tinha condições de se cuidar e que era importante ir para a Casa da Esperança a fim de se recuperar (foto 7). Ele insistia, porém, que queria continuar em sua casa. Agora mais atento à nossa conversa, recebeu explicações sobre o meu trabalho e meus objetivos. Concordou com tudo. Pude então realizar a avaliação fisioterapêutica (em anexos) e bati algumas fotos, após o paciente ter assinado o Protocolo de Consentimento Informado. Levei-o a levantar-se, mesmo apoiando-se pelas paredes, a caminhar um pouco. Apresentava grande “déficit” de marcha e ataxia, além de uma hemiplegia à esquerda. As seqüelas já estavam definitivamente instaladas e o quadro, requeria muito cuidado.

Ao deambular e esboçar alguns movimentos, demonstrava grande cansaço e dispnéia, a respiração muito ofegante. Estava caquético e manchas recobriam sua pele. Devido a este quadro, não se sentia disposto a fazer sua higiene corporal: vivia se coçando e sua pele encontrava-se desidratada e descamada.

Após a avaliação, tracei a conduta fisioterapêutica, que consistiu em: cinesioterapia respiratória (exercícios respiratório, reeducação do padrão ventilatório, manobras de higiene brônquica); cinesioterapia motora (exercícios de alongamentos passivos e ativos, treino de marcha); massoterapia, devida a dor em MMII, proporcionando-lhe a vivência do “toque” terapêutico, o que foi positivo; além das orientações sobre exercícios a serem feitos em minha ausência.

Ao terminar a sessão nessa segunda visita, o paciente me pediu cigarros. Como eu lhe disse que não fumava, me pediu dinheiro. Neguei, alegando que estava financeiramente desprevenido, pois tinha vindo com o motorista. Já tinha sido alertado pela equipe sobre esse seu hábito de pedir coisas às pessoas que o visitavam. Despedi-me dele, deixando orientações sobre suas AVDs: a maneira correta para se levantar da cama e a importância do uso de uma cadeira no banho de chuveiro.



Foto 7 – Casa da Esperança – Maruípe, Vitória, ES

Após algumas visitas, observei que Luiz não tinha aderido ao tratamento, e realizando os exercícios apenas quando eu estava presente. Reclamava muito de tudo e era evidente que não sabia conviver com sua solidão: referia-se sempre à ausência dos “amigos” do salão onde trabalhava como cabeleireiro. As dores nos MMII eram constantes e somente após a massoterapia, Luiz constatava algum alívio e bem estar.

Diante do agravamento da situação, numa das últimas visitas realizadas no mês de março de 1999, a equipe o encontrou em um estado de higiene lamentável, com restos de comida espalhados pelo chão e inúmeras moscas em torno dele. O cheiro do ambiente era azedo e nauseante e o calor insuportável. Tudo contribuía para a involução do quadro. Não era mais possível deixá-lo sozinho e, assim, a equipe conseguiu convencê-lo a retornar à Casa da Esperança onde estivera por várias vezes, a fim de recuperar-se, além de haver profissionais de saúde para assisti-lo. Em sua morada não havia condições para uma adequada adesão ao tratamento e uso das medicações: sua recuperação tornar-se-ia impossível.

A equipe solicitou à Casa da Esperança para recolhe-lo e ministrar-lhe os devidos cuidados necessários. No dia seguinte, a equipe chegou primeiro que a ambulância da Casa da Esperança e o quadro com que se deparou foi desolador. Luiz havia defecado no sofá. O cheiro era insuportável, ainda pior devido ao calor. As moscas triplicaram. A assistente social emocionada, pediu licença e saiu por uns instantes: no quintal, vomitou. Os membros da equipe todas paramentadas, se revezavam na limpeza do paciente e do ambiente. A ambulância chegou e levou Luiz o mais rápido possível para a Casa da Esperança.

No começo de abril de 1999, Luiz se encontra em recuperação. Ao visitá-lo para continuar a fisioterapia, vejo outro Luiz: receptivo e mais falante, de banho tomado, de pijama, em sua cama com lençol e travesseiro limpos, em um quarto amarelo bem arejado e ventilado. Vejo um Luiz mais consciente e comunicativo, devido à dignidade restabelecida. Enquanto procedo aos exercícios respiratórios, conversamos sobre a vida. Percebo que ele se encontra muito mais animado, pensando em retornar a sua casa. Reconhece que, se não fossem os amigos da ADT, teria morrido abandonado. Expliquei-lhe que ainda não era a hora de ir embora, pois precisava ganhar peso e hidratação.

Após terminar a fisioterapia, ele manifestou o desejo de cortar a barba e pediu que eu o fizesse. Chamei Dulce, auxiliar de enfermagem que me forneceu o material necessário, e fiz sua barba, deixando-o com uma aparência mais agradável. Dulce acompanhou tudo com interesse, sendo prestativa e simpática; já conhecia Luiz há mais tempo do que eu, e se dava muito bem com ele. Terminei o atendimento, deixando-o sentado em sua cama, almoçando. Ele sorriu e fez o sinal de positivo com o polegar.

Em uma das visitas realizadas na Casa da Esperança, ao franquear o quarto de Luiz, avistei-o todo encolhido no leito e reclamando de frio. Toquei em seu pescoço e percebi que sua temperatura estava elevada. Solicitei um termômetro à auxiliar de enfermagem e verifiquei a febre, registrada em 39,2° C. Avisei à enfermagem, e ele foi medicado em seguida. A sessão fisioterapêutica não se efetivou. Tivemos, porém, a oportunidade de conversar sobre vários assuntos. Assim, pude mergulhar na personalidade desse paciente e sua história e compreender um pouco melhor o fato de manifestar cada vez mais a vontade de regressar à sua casa. Soube então, que estava muito preocupado com a perícia médica, para obtenção de sua aposentadoria.

Luiz pressentia o fim próximo e começava a aceitar a idéia de um contato com seus familiares, no Rio de Janeiro. Ao me despedir, ele não deixou de cobrar uma caixa de bombons da Garoto que a assistente social lhe tinha prometido; Pedia para avisá-la que ele continuava aguardando o presente.

Numa das visitas à Casa da Esperança, ele revelou à assistente social que sua irmã trabalhava em uma agência bancária no Rio; consentiu que a assistente entrasse em contato com ela, falasse sobre o que estava ocorrendo, avisando-a sobre a gravidade de sua saúde.

Após uma semana de tentativas, Ângela, a assistente social, conseguiu localizar sua irmã. Esta prometeu vir visitá-lo, o que a deixou muito feliz e como que vitoriosa na solução do pedido de Luiz, pois sentia que o doente não tinha muito tempo de vida. Ao falar por telefone com a irmã do paciente, deixou vários números telefônicos para contato, além de comentar com ela sobre a gravidade da situação que Luiz enfrentara.

A família sabia que Luiz era homossexual e que trabalhava como travesti nas boates do Rio. Rejeitou-o desde o início. Por isso ele deixou o Rio de Janeiro vindo para o Espírito Santo. A irmã e o cunhado chegaram a Vitória e reencontraram o doente na Casa da Esperança. Foram até o local onde ele residia e viram as condições do seu bairro.

Realmente era impossível Luiz viver sozinho naquele local, estando com a saúde tão comprometida. As relações familiares foram restabelecidas e irmã e cunhado prometeram ajudá-lo. Como consequência o paciente sentiu-se melhor e mais animado a regressar a sua casa. Realizava melhor os exercícios respiratórios, agora com o auxílio de um aparelho simples, comprado para ele, chamado Respirom; também sentia-se estimulado na realização da marcha (foto 8).

Chegou o momento de receber alta: Luiz se encontrava ansioso. Surgiu um companheiro que iria fazer-lhe companhia e auxiliá-lo, o que deixou a equipe um pouco mais tranqüila. O doente retornou ao seu domicílio, na tentativa de retomar sua vida; a saúde no entanto, já estava por demais comprometida. Sua recuperação apresentava-se cada vez mais difícil e a presença da equipe cada vez mais necessária.

O quadro foi-se agravando e, cada vez que eu chegava para atendê-lo, surpreendia-o deitado no velho sofá, abatido, apático, sem vontade para nada. Deixou de tomar os medicamentos e não se permitia a nenhum exercício, mesmo havendo a companhia do colega. Entregava-se completamente à doença, deixando inclusive de fazer a higiene.

A irmã manteve contato conosco, sempre demonstrando preocupação, e enviando dinheiro para as suas despesas básicas, frutas e cigarros. Revelou-nos que tinha planos de buscá-lo em dezembro e levá-lo de volta ao Rio, onde moraria com ela. Luiz atingiu um quadro desesperador: novamente a ambulância veio buscá-lo para reinterná-lo na Casa da Esperança. Mesmo lá, porém, constatou-se uma pneumonia irreversível.

Angela telefonou para a irmã avisando da gravidade da situação, e ela prometeu vê-lo assim que pudesse. Várias visitas ainda se fizeram a Luiz: realizaram-se, então, cinesioterapia respiratória e motora (alongamentos passivos no leito) e a prevenção a úlceras de decúbito.



Foto 8 – Paciente interno na Casa da Esperança realizando exercício Respiratório.

Constatamos que, na verdade, após o reencontro familiar, ele já se despedira da vida. Sempre lutou pela sua aposentadoria que estava então prestes a se concretizar. Luiz nos deixou em 06 de agosto de 1999, na Casa da Esperança. Seus parentes compareceram aos funerais que aconteceram em meio a um turbilhão de sentimentos e emoções.

Certamente toda a equipe do programa em questão vivenciou uma lição exemplar de solidariedade e respeito ao próximo, independentemente de seu estilo de vida e condição social.

CASO 6 : LINDA

Paciente com 36 anos de idade, separada, com um filho adolescente, grau de instrução secundário, soro positiva desde julho/98, residindo com a mãe que é a cuidadora, em Cariacica, ES.

A primeira visita teve lugar no início de maio de 1999, juntamente com a equipe. A paciente reside em uma região de difícil acesso, num morro, onde o veículo não subia. Ao chegarmos, fomos recebido pela sua mãe. Linda encontrava-se sentada na sala, queixando-se de dor nas pernas e de não ter conseguido dormir. Apresentava-se em MEG (mal estado geral), com caquexia, “déficit” de visão, devido ao CMV (citomegalovírus) e “déficit” de equilíbrio e marcha.

Após o atendimento da enfermeira, fui-lhe apresentado e expliquei-lhe minha função e meus objetivos, os quais foram aceitos sem objeções. Ela falava muito, porém, poliqueixosa. Fazia uso de vários medicamentos, além dos anti-retrovirais. Depois de a enfermeira orientá-la sobre as medicações, despedimo-nos e combinei de retornar a fim de iniciar o tratamento fisioterapêutico. O vínculo foi estabelecido.

Na segunda visita, ficamos sabendo que ela tinha viajado a Minas Gerais para resolver um compromisso inadiável. Ao retornar, devido a sua contaminação pelo CMV e conseqüente perda da visão, foi encaminhada ao HUCAM, para tratamento com o medicamento ganciclovir de 12 em 12 horas, contudo, por não haver vaga no momento, foi levada à Casa da Esperança, onde começou o tratamento. Além do medicamento ganciclovir, a paciente também fazia uso do coquetel (AZT, DDI e Ritonavir) e leucovorim.

Na Casa da Esperança, foi possível fazer a avaliação fisioterapêutica, traçar a conduta adequada e registrar algumas fotos, após o consentimento e assinatura da paciente do Protocolo de Consentimento Informado.

Nessa visita conversamos muito a respeito de vários assuntos. Linda confessou ter sido usuária de drogas e falou da saudade que estava sentindo do filho, o qual não via há muito tempo e que vive com a avó paterna.

Após a avaliação, com os dados coletados, pude determinar a conduta fisioterapêutica a ser seguida, e também os objetivos a serem alcançados. Essa conduta consistiu no emprego da cinesioterapia respiratória (exercícios ativos respiratórios); cinesioterapia motora (exercícios de alongamentos e posturais); massoterapia (vivência do “toque” terapêutico), e orientação domiciliar. Como continuava internada na Casa da Esperança, iniciei o tratamento, passando a visitá-la duas vezes por semana, e, às vezes, aos sábados ou aos domingos.

Nos primeiros contatos com a paciente, ela exprimia muita raiva para com a situação e chorava, queixando-se de sua aparência física “feia”, do medo de ficar calva, da pele desidratada que apresentava prurido generalizado e das feridas nos membros inferiores que não cicatrizavam. Relatava que os medicamentos não estavam fazendo efeito e que não dispunha de liberdade na Casa da Esperança, querendo sair logo. Disse-nos ter suspenso, por conta própria, várias vezes o tratamento e reconheceu que o agravamento do quadro se deveu a esse fato. Continuava aguardando vaga no HUCAM, devido ao seu quadro clínico, em involução.

Em uma das visitas à Casa da Esperança, deparei com Linda muito abatida, desanimada, sem apetite e poliqueixosa. Conversamos muito e, no desabafo, ela reiterou as saudades do filho, ressentindo-se ainda, da ausência da mãe durante visitas na instituição. Sentia muita dor nos MMII; sugeri então realizar apenas a massoterapia, objetivando o alívio da dor, o que ela aceitou sem objeção. Percebi neste momento, que sua carência afetiva era imensa e, ao realizar o “toque” terapêutico, foi notório seu alívio.

Ao terminar a sessão, sugeri alguns exercícios respiratórios e de postura, os quais acabou executando sem problemas, pois tinha se conscientizado da importância da respiração. Logo depois, solicitou trocar de blusa, penteando-se em seguida, arrumando-se. Estava com fome e desejava almoçar um prato de sopa. Sua auto estima tinha sido estimulada. Almoçou dois pratos de sopa, e sorriu quando nos despedimos.

A vaga na enfermaria do HUCAM surgiu e Linda foi transferida para o hospital a fim de continuar o tratamento contra o CMV (citomegalovírus), além disso, acusava forte dor na região abdominal. Nas visitas hospitalares, realizava a cinesioterapia motora, com exercícios passivos de alongamentos no leito e exercícios respiratório e orientações.

No HUCAM a paciente continuava muito queixosa, e entre as queixas dizia ter saudades da “sopa da Casa da Esperança”. Reclama bastante da internação e dos profissionais, manifestando o desejo de ir embora. Após alta hospitalar, a paciente prosseguiu o tratamento do CMV em seu domicílio, tomando o medicamento Ganciclovir EV diariamente, assistida pela equipe da ADT.

Devido à situação econômica precária, Linda recebia uma cesta básica de alimentos mensalmente: a renda familiar era apenas de dois salários mínimos (aposentadoria da mãe e dela). Mantinha-se poliqueixosa, apresentando dermatite seborréica severa. Chorava, por não suportar as mudanças em sua pele e no couro cabeludo. As sessões de massoterapia tornaram-se constantes; a mãe foi orientada a realizá-las em minha ausência, utilizando vaselina neutra líquida, objetivando a hidratação de sua pele além da oportunidade de vivenciar o “toque”.

Devido a involução do quadro clínico, a paciente teve que regressar à Casa da Esperança para exames, que diagnosticaram pneumonia, leucopenia e sinusite. Executou-se a dissecação da veia em seu membro superior esquerdo, estabelecendo-se uma via venosa para hidratação e administração de medicamentos. Após a alta, Linda foi transferida novamente à Casa da Esperança, para seguir com o tratamento que vinha recebendo contra o CMV. As sessões de fisioterapia, sobretudo a respiratória e motora, foram retomadas, visando a uma melhora no quadro geral.

No início do mês de agosto de 1999, Linda foi reinternou-se na enfermaria do HUCAM, em MEG (mal estado geral); referia-se a uma forte dor na região abdominal e apresentava hemoptise. Diagnosticaram-se ascite e septicemia. Na ocasião da visita, mostrou-se agitada e confusa, não reconhecendo as pessoas e ignorando o lugar onde estava. A sua fala tornou-se incoerente e a vinda da psicóloga se impôs, porque ela tinha manifestado muito medo de morrer, solicitando a presença da mãe a todo instante. Suspendeu-se a fisioterapia, enquanto aguardávamos melhor definição do quadro clínico, a fim de reavaliarmos tanto o atendimento pela ADT, quanto a conduta fisioterapêutica.

V – ESTUDO COM PACIENTES ASSISTIDOS EM SEUS DOMICÍLIOS

Os seis pacientes que se submeteram às condutas fisioterapêuticas fazem parte do universo que constitui o Programa de ADT no município de Vitória, Capital do Espírito Santo. Este Programa tem como proposta contemplar até dez pacientes, provenientes das enfermarias e ambulatório do HUCAM, e hospital-dia. A escolha destes seis pacientes norteou-se, primordialmente, para aqueles que atendiam ao objeto de estudo.

Foram contemplados três homens e três mulheres, adultos. O critério utilizado para a seleção baseou-se no quadro clínico de cada um: escolheram-se aqueles que apresentavam, na ocasião, “déficit” motor e respiratório, estando impossibilitados de locomoção independente e com seqüelas de doenças oportunistas. Estes pacientes foram identificados através da tipologia, referentes aos casos. Cada paciente recebeu um pseudônimo e teve o seu estudo distinguido, conforme o quadro abaixo, cuja seqüência está de acordo com o atendimento inicial.

Nome (*)	Idade	Sexo	E. Civil	N.º filhos	Renda familiar	Local Residência	Instrução
(C1) Toni	51	M	Casado	Nenhum	7 SM	V. Velha	Superior
(C2) Diva	25	F	Solteira	Nenhum	1 SM	V. Velha	Primário
(C3) Paul	34	M	Solteiro	Nenhum	2 SM	Carapina	Primário
(C4) Eva	34	F	Separada	Um	1 SM	Carapina	Primário
(C5) Luiz	40	M	Solteiro	Nenhum	0 SM	Jacaraípe	1º Grau
(C6) Linda	36	F	Separada	Um	2 SM	Cariacica	2º Grau

Fonte : ADT/HUCAM. Vitória, ES. 1999.

* Trata-se de pseudônimo.

Os pacientes apresentavam em comum, uma situação econômica precária além de portadores do vírus HIV. Sua pobreza é generalizada e, em alguns casos, encontram-se na miséria (C 2 e 5). A maioria sobrevive com um ou dois salários mínimos e, quando há um aposentado na família, significa um salário mínimo na renda familiar, que garante, pelo menos, a parca alimentação e o aluguel (C 3, 4 e 6).

Notamos que a cuidadora, é geralmente uma mulher: nos casos estudados, quase sempre a mãe, a esposa ou a avó. São essas mulheres que também acabam assumindo o papel de chefe da família, ao resolver quase todos os problemas.

Quando um homem atua como chefe, encontra-se quase sempre desempregado ou doente, obviamente, sem renda fixa. Reina nestas famílias flageladas pela Aids, a penúria e desarmonia e, em alguns casos, beira-se o caos doméstico e social. O desestímulo, a apatia, a desorientação, o desolamento, o desespero marcam os pacientes. Geralmente, o único vínculo em relação à sociedade é o que mantêm com a equipe da ADT.

Nos dias de visita tornam-se mais falantes, sociáveis e até esperançosos, numa espécie de negação explícita à doença. Um ou outro revela até o medo da morte e comenta seus “acordos” com Deus. Alguns persistem na negação e se refugiam em alguma religião, geralmente a evangélica, por ouvirem do pastor da igreja exatamente o que querem ouvir: *“Jesus te curou, não precisa mais tomar esses remédios”*.

Nesse universo, que se diria alucinado pelo sofrimento, além da pobreza, os indivíduos também convivem com graves patologias: o alcoolismo, o tabagismo, as drogas ilícitas, o desequilíbrio mental, além da Aids, que os expõe socialmente diante da família e da comunidade. E nem falamos do analfabetismo. Este quadro vai ao encontro dos últimos estudos da OMS, os quais caracterizam a Aids, atualmente, como um mal que se alastra sobretudo nos países pobres, onde a maioria da população não tem acesso à informação e à prevenção do contágio; é o que vem ocorrendo no território africano, onde, no ano 2000, já se contabilizarão mais de 40 milhões de portadores do HIV e doentes de Aids.

Encarando esses fatos com responsabilidade e interesse humanitário, a ADT, tem como um de seus objetivos específicos e prioritários a prevenção da doença. Para tanto, leva até aos pacientes informações corretas e orientações domiciliares como expressão de suas AVPs (Atividades de Vida Prática). Cumpre

assim, seu papel como agente transformador positivo, proporcionando ao paciente uma melhor qualidade de vida, da qual a auto-estima, a dignidade e a consciência da cidadania são os alicerces.

O reconhecimento do campo e a abordagem ao paciente foram previamente preparadas com a coordenadora do programa ADT. As primeiras visitas, cujo objetivo concentrava-se no contato social e no estabelecimento de vínculos, entre equipe e paciente, ocorreram com a equipe. Delas participei como fisioterapeuta do programa, elaborando, depois, um estudo com alguns dos pacientes cadastrados, estudo este que redundou nesta pesquisa. Minha presença nessa equipe seria por 6 meses, evitando assim, criar, de minha parte, expectativas no paciente, quanto ao tratamento proposto.

Desta forma, realizaram-se todas as primeiras visitas aos pacientes selecionados, obedecendo-se aos critérios já mencionados. Eu sempre estive acompanhado pela coordenadora ou por outro profissional da equipe, criando-se um espaço para que eu trocasse idéias com o paciente, comentando sobre minha função e atuação na equipe, e sobre os meus objetivos, além de lhe esclarecer as dúvidas. Firmava-se, portanto, o vínculo entre mim e o doente, instaurando-se a confiabilidade.

As segundas visitas, ocorreram no período vespertino, estabelecendo-se que a fisioterapia se exerceria nesse espaço de tempo, pelo fato de o veículo que conduzia a equipe estar liberado nesse turno; as sessões seriam, por isso, realizadas com mais tranquilidade. A recepção foi positiva, ocorrendo a avaliação fisioterapêutica e a tomada de algumas fotos, após o consentimento do paciente por escrito, preservou-se sempre que possível, a sua identidade, consolidando assim, o vínculo social. A partir de então, iniciou-se o tratamento, estabelecendo-se, a princípio, uma visita semanal e, caso fosse necessário, mais vezes, ato que acabou ocorrendo com alguns pacientes. Esses pacientes foram visitados, avaliados; uma conduta fisioterapêutica foi estabelecida para cada um deles, com objetivos de antemão visados.

Nesse período de estudo (jan. a junho de 1999) registrou-se apenas um óbito (C 5), embora houvesse períodos de internação para alguns dos doentes, em estado grave, no HUCAM e na Casa da Esperança (C 3 e 6), uma ONG mantida pela Igreja Batista que funciona como Casa de Apoio, recebendo doentes de Aids, independentemente de seu local de origem. Por outro lado, houve pacientes com

boa evolução (C 2 e 4) que tiveram alta da ADT em maio e junho de 1999, pacientes esses, que aderiram de forma positiva tanto aos medicamentos quanto ao tratamento.

A visita fisioterapêutica caracterizou—se por uma conduta na qual se utilizaram vários recursos técnicos: massoterapia, cinesioterapia respiratória e motora, além das orientações ao paciente e cuidador como alongamentos, exercícios respiratórios e reeducação postural. Priorizou-se a fisioterapia respiratória, devido ao fato de que todos os doentes de Aids apresentaram tosse e presença de secreção nos pulmões. As manobras de higiene brônquica consistiam em ausculta pulmonar, inalação (cujo aparelho a ADT empresta), drenagem postural (tapotagem e vibração) estimulação à tosse e eliminação da secreção. Tais condutas se realizavam geralmente na sala, ou em qualquer outro espaço da casa do paciente, utilizando um colchonete, onde este fazia os exercícios passivos e ativos de alongamentos, exercícios respiratório e correção postural.

Kisner & Colby (1992:3) ratificam que a meta final de qualquer programa de exercícios terapêuticos é a aquisição de movimento e função sem sintomas. Como estímulo à marcha, o paciente era convidado a realizar caminhadas em volta do quarteirão do bairro, ou na praia mais próxima, sendo auxiliado pelo terapeuta ou pelo cuidador (a). Esta conduta, além de proporcionar-lhe a helioterapia (banho de sol), ou a talassoterapia (banho no mar) promovia o ganho de tônus muscular em seus membros inferiores. O caminhar pela manhã tornou-se fundamental para alguns dos paciente e orientação básica ao cuidador.

Quanto aos cuidadores, cinco pacientes contavam com a presença de **uma mulher** como cuidadora em tempo integral, geralmente a mãe ou a esposa. Mesmo fora do ambiente do estudo, não se encontrou um homem que estivesse desenvolvendo o papel de cuidador em tempo integral. A renda familiar predominante está compreendida entre um a dois salários mínimos, considerando-se cinco pacientes analisados (C2 a C6). Apenas um recebe entre seis e sete salários mínimos (C 1).

Observamos que quatro dos pacientes residiam em casa própria e dois pagavam aluguel com dificuldade. Aqueles que residiam em barracos não possuíam infra-estrutura básica, como água encanada e esgoto (fotos 9 e 10).



Foto 9 – ADT em domicílios de invasão.

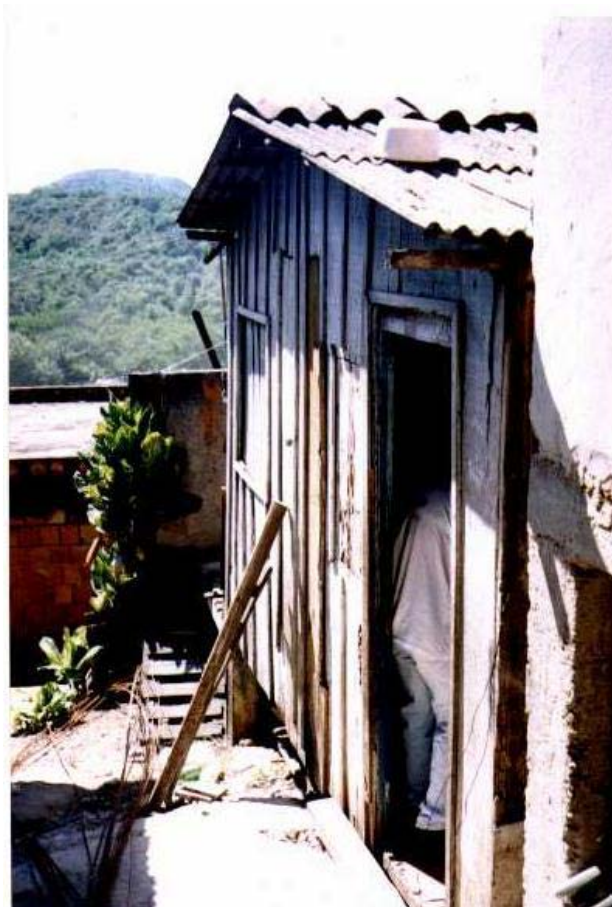


Foto 10 – ADT em domicílio sem nenhuma infra estrutura.

Quanto às seqüelas, patenteamos que todos os pacientes apresentaram-na devido à neurotoxoplasmose, seqüelas estas que se constituem em ataxia, apresentando, em conseqüência, um “déficit” de equilíbrio e de marcha.

A adesão aos medicamentos e ao tratamento, três evidenciaram-na de forma positiva e, por conseguinte, alcançaram a alta da ADT, retornando ao tratamento ambulatorial. Para os outros três cuja adesão foi negativa (C 3, 5 e 6), ocorreu uma instabilidade no quadro clínico, levando dois à reinternação hospitalar (5 e 6) e um dos pacientes o óbito (C 5), durante o período deste estudo.

Algumas características dos componentes de nosso estudo não diferem do quadro encontrado em outros programas de ADT. O MS homologa tais características, nos trinta e cinco programas existente no país: os pacientes, em sua maioria, residem em morros ou favelas próximos ou dentro de mangues, e sofrem interferências no seu tratamento, devido ao uso de drogas ilícitas, e de religiões equivocadas que prometem a “cura” em nome de Jesus. Verifiquem-se os relatos a seguir:

- *“Jesus me curou, não preciso tomar mais esses remédios” (C 3).*
- *“Pode levar todos esses remédios de volta ou dar para outro, pois Jesus me curou” (C 4).*

Uma característica bastante notória refere-se ao uso dos anti retro-virais. Em alguns pacientes já se empregaram quase todas as combinações possíveis desses medicamentos. No entanto, a não adesão aos mesmos, por vários fatores (drogas, esquecimento, falta de cuidador, e outros, C 5), levou os médicos a não prescrevê-los por certo tempo, receitando somente a medicação necessária no combater à doença oportunista do momento: por exemplo, a tuberculose.

Houve, pacientes que causaram sérios problemas, quanto a adesão ao tratamento e aos medicamentos (C3 e C5) cedidos pelo programa, expondo-se assim, à involução do quadro e à desestimulação da equipe.

Outros, repentinamente, abandonaram os medicamentos (C3 e C4), logo após ter ouvido do pastor que Jesus o tinha salvado, e pioravam, é lógico, voltando às convulsões e às doenças oportunistas. Novamente reinternados no HUCAM ou na Casa da Esperança, o reencontro com a equipe da ADT tornava-se inevitável e, às vezes, consolador.

VI - BREVES CONSIDERAÇÕES ACERCA DOS CASOS

Em relação ao caso um, o paciente, ao iniciar o tratamento, não deixava o leito, a não ser nos horários e dias em que era levado à hidroterapia e fisioterapia. Assistia a televisão em tempo integral solicitando a presença da esposa a todo instante. No período em que se realizou a fisioterapia em seu domicílio, foi intensamente estimulado tanto a sair do leito, quanto a ficar na posição ortostática, aumentando gradativamente o tempo de permanência nessa postura.

No final do período programado, notou-se que, apesar de ainda necessitar de auxílio, já dava os primeiros passos até a área de serviço e, mesmo sentado na cadeira de rodas, conseguia levantar-se sem auxílio, apoiando-se numa barra, e realizar exercícios ativos de alongamentos. Segundo a esposa e cuidadora, já não se mantinha por tanto tempo no leito; optava pela cadeira de rodas, tanto para ver televisão quanto para se alimentar. No entanto a solicitação pela presença da esposa, mantinha-se constante. Captaram-se momentos de apatia, lentidão e tristeza. Os momentos de alegria, progresso, auto-estima e esperança foram, porém, mais amplos, comprovando que a fisioterapia domiciliar veio somar-se aos outros cuidados, garantindo ao paciente melhor qualidade de vida e dignidade.

A paciente do caso dois, apesar de todos os problemas que sofreu e que continua sofrendo, provenientes da miséria em que vive. se encontra, foi a que maior progresso obteve durante o período de tratamento. Pessoa bastante simples, alfabetizada, e com uma esperança imensa de melhorar seu estado de saúde, tinha com a equipe uma amizade muito grande. Foi a que mais adequadamente aderiu aos medicamentos e ao tratamento. Por isso, alcançou a alta em primeiro lugar, embora não aceitasse muito bem tal alta pelo fato de senti-la como "abandono" por parte da equipe e dos amigos que fizera. A equipe trabalhou e elaborou adequadamente este sentimento, conseguindo que o fato ocorresse sem trauma. Hoje, ela está bem, mais ativa, falando e andando melhor, namorando, e procurando retornar à sua atividade anterior. A Fisioterapia foi de fundamental importância em sua vida, por meio dos exercícios apropriados e da orientação de sua postura. Juntamente com a ADT, os cuidados fisioterápicos proporcionaram-lhe mais dignidade e melhor qualidade de vida.

O paciente analisado como caso três foi um dos que apresentou pouca evolução no quadro clínico devido à não adesão ao tratamento e às medicações, como já se enfocou. O fator religião o prejudicou bastante. Tinha acompanhamento psiquiátrico, o que indica comportamentos atípicos, conforme foi descrito. Em algumas ocasiões, a equipe se sentia impotente: constatávamos que tudo que estávamos realizando em relação a ele não funcionava a contento, pois suas atitudes era sempre inesperado como, por exemplo, o fato de pretender beber água por meio da Bíblia e o fazê-lo.

Suspenderam-se os anti-retrovirais, permanecendo apenas os medicamentos necessários às doenças oportunistas manifestadas na ocasião. Ocorreu a sua alta temporária, cercada de todas as orientações necessárias. Se fosse premente, a equipe retornaria ao atendimento domiciliar; de agora em diante, o mesmo se efetuaria no ambulatório do HUCAM. O acompanhamento psiquiátrico não deveria ser suspenso: sem os remédios específicos, os distúrbios mentais se agravariam, com conseqüências imprevisíveis.

A fisioterapia realizada com ele foi tão importante como a que se fez com os demais doentes. Via tudo como novidade e a atenção que a equipe lhe concedia era sentida como um reconhecimento de sua pessoa, fato este ao qual não estava acostumado. Ele respondia a esta atenção, colaborando com todos, embora sempre estivesse com a Bíblia nas mãos durante o tratamento, tentando nos converter e nos explicando a palavra de Jesus.

Um mês após a sua alta da ADT, sua mãe nos procurou, lamentando-se por não mais suportar a situação: Paul estava “pior da cabeça”, (sic) não parava mais em casa, saía todas as noites e voltara às drogas.

A paciente referida no caso 4 obteve uma boa evolução durante o período de tratamento, apesar de também receber acompanhamento psiquiátrico. Seu comportamento era demasiado passivo, colaborando com tudo e com todos, sem reclamar de nada. Sua alienação explicitava-se ao falar da igreja e dos santos. A busca incessante da cura pela religião tornava-a muito fragilizada. Emitia a voz como a de uma menina amedrontada. A equipe desempenha papel fundamental em sua recuperação física. A Fisioterapia colaborou com os exercícios e orientações, estimulando-a a sair de casa e a andar.

Embora a situação econômica não a ajudasse, ela sempre sorria, quando nos recebia; sua mãe e cuidadora jamais deixava de nos acompanhar sempre nos acompanhava até a porta, muito solícita e agradecida a todos pelos benefícios recebidos, embora a situação estivesse penosa e difícil para ambas.

O paciente do caso 5, foi um dos que deixou maior marca neste estudo, por sua rebeldia e inúmeras queixas e falta de adesão a qualquer tipo de tratamento e medicamentos. A fisioterapia não pôde atingir toda sua eficácia pois apenas tinha lugar nos momentos ou nos dias em que o fisioterapeuta estava presente. Ele vivia só e sua existência era completamente desestimulada, nem mesmo era capaz de tratar sua higiene pessoal. Completamente dependente da ADT, brigava freqüentemente com a equipe e ela com ele, pois era um tabagista incorrigível. Apesar de todos os problemas que enfrentou, não deixou de reconhecer o nosso trabalho, confessando que, se não fosse a equipe da ADT, teria morrido solitário e abandonado em sua casa.

Luiz faleceu na Casa da Esperança em uma situação bem mais digna do que aquela em que ele se encontrava em sua moradia, o que comprova não só a solidariedade da equipe, mas também a seriedade com que vem sendo realizado o programa e a ação das organizações.

Finalmente o caso seis focalizou uma paciente poliqueixosa – comum nos doentes de Aids -, durante o tratamento de fisioterapia, correspondeu, porém, às expectativas. Foram raras às vezes em que pude atendê-la em seu domicílio: quase sempre estava internada na Casa da Esperança ou no HUCAM, queixando-se de intensa dor na região abdominal. Gostava de realizar os exercícios de alongamentos e respiração, apresentando melhor disposição, logo após cada sessão, e se tornando mais falante e comunicativa.

Era estimulada a realizar marcha pelo corredor da Casa da Esperança. Gostava de conversar, explicitando em sua fala o medo da morte. Muito colaborativa quanto ao tratamento, parando de atendê-la quando retornou ao HUCAM, em estado grave, causado pela referida dor abdominal. Ao visitá-la na enfermaria, ela estava consciente, porém não reconhecia as pessoas.

A equipe chegou a pensar que ela não mais voltaria à sua casa. Enganamos, pois teve alta hospitalar, foi encaminhada ao seu domicílio, e recebeu novamente os cuidados da equipe da ADT.

Mais tarde o seu estado clínico voltou à instabilidade, agravando-se cada vez mais. Sua mãe e cuidadora não saía de seu lado, mesmo muito cansada. O óbito de Linda correu em seu domicílio em outubro de 1999.

Este estudo pretendeu elaborar e objetivar um Protocolo de Avaliação Fisioterapêutica Domiciliar específico, no atendimento ao doente de Aids, com a finalidade de obter uma conduta fisioterapêutica mais eficaz, almejando, assim, não só alcançar as metas pré-estabelecidas para cada paciente, mas também, a eficácia no tratamento.

Observou-se a necessidade desse Protocolo a partir do momento em que, ao entrarmos em contato com outros fisioterapeutas que atuam em Programas de ADT ao doente de Aids (Porto Alegre, São Paulo, Belo Horizonte e Recife), ficou constatado a ausência de um Protocolo específico que norteasse as condutas para com esses pacientes.

Notou-se que os procedimentos eram os mesmos, utilizados com os paciente necessitado de Fisioterapia. Cabe ressaltar, entretanto, que esses pacientes, em especial, encontram-se em uma dinâmica domiciliar, o que é diferente da dinâmica hospitalar. Na dinâmica familiar, em geral, sofrem a interferência de inúmeros fatores causados pela pobreza e, assim, a situação exige que sejamos criativos, discretos e solidários: sabemos que esses pacientes geralmente encontram-se fragilizados e expostos na comunidade em que vivem, por vários motivos já abordados nesta pesquisa, e sobretudo pelo estigma da Aids, o qual a sociedade não aprendeu ainda a conviver.

O protocolo abrangeu pontos importantes: dados pessoais do paciente, anamnese completa com o objetivo de encontrar dados que até então não tinham sido revelados pelo paciente em nossa conversa, e por fim, exame físico e inspeção, que vêm completar os dados e a avaliação ventilatória, já que geralmente constata-se que o paciente se encontra dispnéico e respirando erroneamente.

As informações colhidas, possibilitaram estabelecer tanto os objetivos e prazos viáveis para alcançá-los, quanto a conduta fisioterapêutica mais adequada, a cada paciente. Por conseguinte, o Protocolo construiu-se a partir de uma articulação interativa entre teoria e prática, pretendendo ser uma contribuição aos profissionais atuantes na área de saúde.

Por significar o produto de um processo de estudo prático concreto, foi contemplado por um adequado desenvolvimento no corpo desta dissertação. Além do mais, deve ser encarado como algo dinâmico, com possibilidade de sempre ser revisto, modificado e atualizado em busca da obtenção de resultados ótimos no processo de prevenção, tratamento e melhoria de qualidade de vida das pessoas assistidas pelos profissionais de fato e de direito.

VI - PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

PROGRAMA ADT/HUCAM – VITÓRIA – ESPÍRITO SANTO ADT – ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA

Data : ____ / ____ / ____

(1) DADOS PESSOAIS:

Y

Nome: _____
Idade: _____ Sexo: _____ naturalidade: _____
Estado Civil: _____ Profissão: _____ Ocupação: _____
Residência: _____
Telefone: _____ Procedência: _____
Número do prontuário - HUCAM: _____

Diagnóstico Clínico:

Médico Responsável: _____ CRM: _____

Diagnóstico Fisioterápico: _____

Fisioterapeuta Responsável: _____ CREFITO: _____

(2) ANAMNESE:

Queixa Principal:

História da Doença Atual:

(3.2) INSPEÇÃO:

Visão Anterior:

Calcâneos: _____
Joelhos: _____
Patelas: _____
Ponta dos dedos médios: _____
Triângulo de Thalles: _____
EIAS: _____
Mamilos _____
Ombros: _____
Cabeça: _____

Visão Posterior:

Pés: _____
Joelhos: _____
Ângulo inferior da escápula: _____
Triângulo de Thalles: _____
Ponta dos dedos médios: _____
Gibosidade: _____
Escoliose : _____

Perfil:

Pés (maléolos externos): _____
Joelhos: _____
Cintura Pélvica: _____
Abdome: _____
Lordose lombar: _____
Lordose cervical: _____
Cifose dorsal: _____
Cintura escapular: _____
Cabeça: _____

Coloração:

Pele: _____

Mucosas: _____

Extremidades: _____

Cabelo e fâneros: _____

(3.3) PALPAÇÃO:

Trofismo cutâneo: _____

Trofismo muscular: _____

Tônus: _____

Edemas: _____

Dor: _____

(3.4) ANÁLISE DAS CADEIAS MUSCULARES:

ECOM: _____

Escaleos: _____

Bíceps: _____

Tríceps: _____

Flexores de punho e dedos: _____

Peitorais: _____

Paravertebrais: _____

Psoas-iliaco _____

Quadríceps: _____

Isquiotibiais: _____

(3.5) SENSIBILIDADE:

Tátil: _____

Térmica: _____

Dolorosa: _____

(3.6) COORDENAÇÃO:

Índex-nariz: _____
Índex-índex: _____
Calcânhar-crista da tíbia: _____
Calcânhar Joelho: _____
Marcha: _____
Subir e descer escada: _____

(3.7) EQUILÍBRIO:

Sinal de Romberg: _____

(3.8) REFLEXOS:

Cutâneo-plantar: _____
Cutâneo-abdominal: _____
Patelar: _____
Calcâneo: _____
Reflexos primitivos: _____

(3.9) MUDANÇAS DE DECÚBITO:

DD/DLE:	_____
DLE/DV:	_____
DV/DLD	_____
DLD/DD	_____
DD/DLD	_____
DLD/DV	_____
DV/DLE:	_____
DLE/DD:	_____

(3.10) MUDANÇA DE POSIÇÕES:

Puppy	_____
4 apoios:	_____
Puppy para 4 apoios:	_____
4 apoios para ajoelhado:	_____
Ajoelhado para semi-ajoelhado:	_____
Semi-ajoelhado para ortostática:	_____
Ortostática para sentado:	_____
Sentado para ortostática:	_____

(3.11) TESTES ARTICULARES E MUSCULAR

(Apenas se houver algum trauma ortopédico)

(3.12) AVALIAÇÃO VENTILATÓRIA:

Ausulta pulmonar _____ Padrão Ventilatório: _____ _____ _____

Avaliação do Tórax: Tipo de tórax: _____ Simetria torácica: _____ Expansibilidade torácica: _____
--

Secreção/Tosse/Expectoração: _____ _____ _____ _____

(4) TRATAMENTO:

(4.1) Objetivos:

Curto prazo: _____ _____ _____
Médio Prazo: _____ _____ _____
Longo Prazo: _____ _____ _____ _____ _____

(4.2) CONDUTA:

_____ _____ _____ _____ _____ _____
--



Considerações

Finais

V - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reitero, aqui, que me coube a grata oportunidade de levar a Fisioterapia ao domicílio dos pacientes portadores do vírus HIV e dos doentes com seqüelas provenientes de patologias oportunistas, causadas pela Aids.

Tais indivíduos vivem em um contexto social dos mais precários, sem acesso algum aos tratamentos coadjuvantes. Pude constatar(e mais que isto, sentir e vivenciar), então o quanto foi importante para nós – terapeutas e pacientes – este convívio.

Se, por um lado, lhes proporcionei o acesso e a orientação aos exercícios da ciência da Fisioterapia, por outro lado me beneficieei por meio da prática existencial e humana, ampliando de ambos os modos, minha área de aprendizagem e conhecimentos. Tanto lhes fiz compreender a importância do Programa da ADT, no contexto social dos soros positivos e seus familiares, quanto lhes descortinei perspectivas de qualidade de vida desejável.

E mais: levei-os a vislumbrar diretamente a extensão dos progressos obtidos por uns, o surpreendente grau de adesão apresentado por outros, a extrema confiança em nós, terapeutas, e, mesmo a esperança no futuro.

Os pacientes aceitaram, conforme se viu no correr desta dissertação a nova possibilidade terapêutica surgida na equipe da ADT, a princípio pelo caráter de novidade, depois por consciência de seu verdadeiro valor, apesar de ser grande a dificuldade da maioria de se deslocar do domicílio.

Grande parte desses doentes desconhecia a forma como esse trabalho se desenvolvia e quais os objetivos a serem alcançados. Achavam demasiado difícil a possibilidade da vinda de um fisioterapeuta a seu domicílio, com a proposta e a efetivação de ajudá-los a readquirir as funções locomotoras. Sobretudo, duvidavam do retorno a suas AVDs (atividades da vida diária).

De acordo com o estudo dos casos, alguns fatores sobressaíram, relativos à falta de adesão dos pacientes – tanto ao tratamento fisioterapêutico, quanto aos medicamentos - , fatores estes intervenientes à doença: o alcoolismo, a dependência de drogas ilícitas, a religião vivida de maneira alienada, o desequilíbrio mental ea própria miséria.

Tais fatores ocorreram explicitamente com dois entre os pacientes, os quais apresentaram instabilidade grave no quadro clínico, obrigando-os ao internamento na HUCAM e na Casa da Esperança, e, conseqüentemente levando-os ao óbito.

A maioria desses doentes, contudo, evidenciou reação desejável ao tratamento e, portanto, evolução clínica positiva, conduzindo-os à alta da ADT e ao retorno do serviço ambulatorial, para tratamento e acompanhamento.

Apesar de alguns dados um tanto desanimador podemos ratificar que o objetivo geral foi alcançado: não obstante algumas interferências prejudiciais ao tratamento, ponderou-se a benéfica inserção fisioterápica, somada às ações anteriormente desenvolvidas pela ADT. Tal conjunção favoreceu, na área, novos conhecimentos e o desenvolvimento da qualidade do serviço prestado, junto à população em pauta.

Acrescentamos que permitiu, ainda, reavaliar nossa metodologia de atendimento, visando a minimizar os fatores negativos. A Fisioterapia aplicada aos pacientes, aqui estudados por meio do Programa da ADT, ofereceu-lhes importante vivência do “toque terapêutico” quando tratados por meio da massoterapia.

O toque terapêutico representou grande valia na reconquista da auto-estima do doente. Contribui, além disso, para a avaliação e o atenuamento da indizível carência que aflige os doentes de Aids, pertencentes à comunidades, por assim dizer, sem nenhum recurso sócio-econômico e às vezes afetivo. Inapelavelmente estigmatizado por seu mal, alguns indivíduos sofrem mesmo da chamada “morte civil”.

Faz-se necessário recortar um outro aspecto da questão: a Aids se tornou um problema prioritário na política da Saúde Pública. Caso não se tomem providências enérgicas na sua prevenção, combate e profilaxia, no final deste século (XX), ela se constituirá em uma pandemia ameaçando a economia de todos os países, sobretudo a dos emergentes e dos subdesenvolvidos.

Os programas da ADT, com sua equipe, ideal ou não, vêm ao encontro das soluções alternativas que os governos procuram estabelecer, tanto minimizando os altos custos assistenciais e os especificamente hospitalares, quanto incrementando as pesquisas científicas, sobretudo as vivenciais e práticas realizadas na área.

A instalação da Fisioterapia na Saúde Pública, como agente das disfunções do aparelho locomotor, promove uma interação com esta política: almeja-se desenvolver, sempre que possível, as funções prejudicadas, devolvendo ao indivíduo suas possibilidades de locomoção. Tais possibilidades lhe permitem a recuperação de uma vida ativa e até produtiva, acompanhada de conseqüente valorização da auto-imagem e da auto-estima. E ainda: Diminui, e muito, para o SUS, os custos de assistência.

Foi, enquanto trabalhava com os doentes de Aids, e, principalmente, agindo em equipe e, mais tarde, estruturando este estudo, que percebi o quanto me restava ainda a fazer. Agiria sem regra nesse imenso e fugidio universo onde se trava a luta contra as doenças e onde os combatentes imediatos são os profissionais da saúde, em cujo exército me engajei como fisioterapeuta.

Não se trata apenas de debelar as doenças, já instaladas no organismo humano; é imperioso preveni-las. O Ministério da Saúde está enfocando com a máxima atenção, o aspecto da prevenção das patologias, prevenção esta de suma importância no contexto brasileiro. É então que o papel da Fisioterapia mais se atualiza ao lado das demais especialidades da área da saúde.

Voltando ao nosso estudo empírico sobre a abordagem dos pacientes com HIV/Aids, devo ainda relatar e/ou reiterar o que se segue:

Ao iniciar o tratamento, o fisioterapeuta orienta o doente e/ou o cuidador (a) sobre sua reeducação postural e, também, efetua os exercícios de alongamento. Neste meio tempo era comum ouvirmos dos cuidadores (as) se queixarem de dor na coluna, braços ou pernas. Isto acontecia tanto por causa das posturas inadequadas assumidas durante os cuidados com doente, quanto devido ao desconhecimento de técnicas utilizadas na otimização do processo de lidar com ele.

Notava-se que os cuidadores vinham acusando problemas de disfunção motora há longo tempo, como resultado da má postura no cotidiano. O quadro se agravava, no contexto abordado, devido a vários motivos apontados anteriormente no lidar com o paciente. As seqüelas apareciam sob a forma de contraturas e/ou deformidades.

Ao nos depararmos com semelhante problemática, obviamente, foi impossível ignorá-la: as queixas se tornavam cada vez mais incontidas. Tomou-se então, algumas iniciativas, no sentido de minorá-las: ouvir o principal incômodo, diagnosticá-lo da melhor forma possível, encaminhar o queixoso a um ortopedista para exames e diagnóstico definitivo. Por meio destas providências se conseguiu traçar, também, para este novo paciente, um programa de exercícios adequados.

Digno de destaque é o fato de que, durante os exercícios de alongamento e respiração com os doentes de aids e com seus cuidadores, ocorria o seguinte: um estímulo natural se desenvolvia entre os participantes, estímulo este que fazia com que os exercícios se realizassem diariamente – pacientes e cuidadores sendo beneficiados por esta atitude -.

Antes da introdução da Fisioterapia no combate à Aids, as orientações básicas desde como levantar-se, como andar, como respirar – que pareciam antes tão óbvias – eram totalmente desconhecidas por doentes e cuidadores. Estes a executavam de qualquer jeito, de forma inadequada, sem a mínima consciência corporal, prejudicando seriamente o aparelho locomotor em sua essência.

A partir do momento em que tal consciência foi despertada, essas pessoas não só descobriram mas também sentiram toda a dinâmica que envolve nossa locomoção, nossa respiração, nossas posturas e, sobretudo, aprenderam a vivenciar os exercícios. Elas os incorporaram em suas rotinas. Como advoga Feldenkrais (1977: 97): “*A capacidade de aprender substitui no homem os instintos dos animais*”

Portanto, ao fazermos a visita fisioterapêutica domiciliar, tanto estávamos contribuindo com a melhoria das condições de locomoção dos pacientes em questão quanto com a de seus familiares, sobretudo do cuidador (a) - cansado, desmotivado, e, em alguns casos, até mesmo doente -, necessitando talvez de mais atenção do que o paciente com HIV/Aids.

Foi estimulante e gratificante a oportunidade de intervir junto aos familiares dos pacientes, nas áreas curativa e preventiva, e de perceber o valor que davam às orientações recebidas por um profissional, em quem, aprenderam a confiar. Sentiam-se cuidados e reconhecidos como cidadãos, conforme testemunho de alguns:

- “*Depois que o Dr. me ensinou a fazer alongamentos e a sentar direito, minhas dores nas costas diminuíram*”.



Referências

Bibliográficas

VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALTEMAN, D. (1995). **Poder e comunidade; respostas organizacionais e culturais à AIDS**. Rio de Janeiro, ABIA, IMS/UERJ: Relume-Dumará, p.39 e 63.
- BASMAJIAN, J.V. (1980). **Terapêutica por Exercícios**. São Paulo, Editora Manole, p.38-39.
- COSTA, C.(1998). **Sociologia – Introdução à ciência da sociedade**. Editora Moderna, p.264
- DAL BEN, L.W. (1999). **I Jornada de Assistência Domiciliar da UNIMED – Vitória**. Artigo Novo Modelo Antigo.p.1
- DAVIS, P.K. (1991). **O Poder do Toque**. Editora Best Seller. p.23
- DAVIES, P.M. (1996). **Passos a Seguir - Um Manual para o Tratamento da Hemiplegia no Adulto**. Editora Manole, p.7-8
- DIAMENT, A. & Cypel, S. (1989). **Neurologia Infantil**. 2º Edição. Livraria Atheneu, p.637
- FELDENKRAIS, M. (1977). **Consciência pelo Movimento**. Summus editorial, p.97
- FRANCO, M.L.P.B. (1986). **O “estudo de caso” no falso conflito que se Estabelece Entre Análise quantitativa e Análise qualitativa**. Fundação Carlos Chagas PUC/SP e Unicamp, p. 33, 37-38

- FOUCAULT, M.(1985). **Microfísica do Poder**. Edições Graal, 5º ed. Rio de Janeiro, p. 204-206
- HALLAL, R. (1998). **Boletim internacional sobre prevenção e assistência à Aids**. Atendimento domiciliar, prós e contras. nº 39 janeiro-março, p.8
- KISNER, C. & COLBY, L, A. (1992). **Exercícios Terapêuticos- Fundamentos e Técnicas**. 2º Edição. Editora Manole Ltda. p. 3
- LEITÃO, A. (1989). **Fisioterapia Clínica**. Cap. 2, Livraria Atheneu. p..5
- LEWIS, O. (1966). **A Cultura da Pobreza**; Artigo População e Heterogeneidade p.149-150
- LUCENA, A C.T.(1993). **Fisioterapia na Paralisia Facial Periférica**; Ed. Lovise, p. 55-60.
- MARQUES, A, P. & Sanches, E.L.(1994). **Origem e Evolução da Fisioterapia: Aspectos Históricos e Legais**. Revista Fisioterapia. Univ. São Paulo, 1 (1): 5-6 jul/dez.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1998). **Manual de diretrizes técnicas para elaboração implantação de programas de prevenção e assistência das DST / Aids no local de trabalho /** Coordenação Nacional de DST e Aids; Brasília.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1999). **Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT)**. Guia De Procedimentos em HIV/Aids. Brasília. p.39-43.
- MINAYO, M,C,S. (1996). **O Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 4º edição. SP-RJ. Hucitec-Abrasco; p.101
- MINAYO, M,C,S. (1986). **Os Homens de Ferro. Estudo sobre os trabalhadores da Vale do Rio Doce em Itabira**. Dois Pontos editora. P.33

MONTAGU, A.(1988). **Tocar: o significado humano da pele**. Editora Summus, SP.
p.21

O'SULLIVAN, SUSAN B.(1993). **FISIOTERAPIA: Avaliação e Tratamento**, 2º
Edição São Paulo. Editora Manole; p. 404

PARKER, R. et al. (1994). **A Aids no Brasil**: Rio de Janeiro: Relume-Dumará:
ABIA: IMS UERJ (História Social da Aids; nº 2). p.341

_____. (1997). **Políticas, instituições e Aids**: enfrentando a epidemia
Brasil, Rio de Janeiro; Jorge Zahar Ed.: ABIA p. 71.

RUBIN, E. & FARBER, L, J. (1990). **Patologia Rubin Farber**. Interlivros
Edições Ltda, p.1270

SANTOS, T. M. & SILVA, A.M. C.S. da (1999). **Assistência Domiciliar Terapêutica
Uma experiência Home Care em Aids, no SUS**. Monografia. UFES, 1999.

SHESTACK, R.(1987). **Fisioterapia prática**; 3º edição, Editora Manole Ltda.p.3-4

THONSON, A., Skinner, A. & Piercy, J. (1994). **Fisioterapia de Tidy**, 12º edição,
Editora Santos. p. 456

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1993). **Aids Home Care Hand Book**



**PROTOCOLO DE CONSENTIMENTO
INFORMADO-ANEXO I**

Eu,.....R.G.....ciente do trabalho a ser realizado, autorizo que me fotografem , com a finalidade de acompanhar o desenvolvimento da conduta fisioterápica recebido em meu domicílio, bem como na divulgação das fotos quando necessária, para fins acadêmicos ou publicação em revista especializada.

Local:Data:.....

Assinatura:

Ministério da saúde

Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

AUTORIZAÇÃO DE FOTOGRAFIA

Por este documento autorizo o pesquisador _____
Ou o(s) seu (s) representante (s) por ele designado (s), a fazer, reproduzir ou multiplicar fotografias, vídeos, filmes ou transparências em que eu apareça no todo ou sendo focalizada uma parte do meu corpo, para fins de pesquisa, informação ou divulgação, para educação em saúde ou para docência, publicados em periódicos ou em outro meios de divulgação científica, podendo ser feita a cor ou em preto e branco.

Autorizo, ainda, que a reprodução e multiplicação dessas imagens possam ser acompanhadas ou não de texto explanatório, abrindo mão de qualquer direito de pré-aprovação do material, assim como de qualquer compensação financeira pelo seu uso, podendo ser publicado com ou sem o meu nome.

Deixo expresso nesta autorização que () permito ou () não permito seja meu rosto utilizado, sem as tarjas usualmente empregadas para facilitar a identificação.

Declaro ser maior de idade, tendo todo o direito de autorizar os termos acima expressos, em meu próprio nome, estando plenamente ciente do inteiro teor desta autorização.

INSTITUIÇÃO: _____

UNIDADE: _____ DATA: ____/____/____

NOME COMPLETO: _____

RESIDÊNCIA: _____

IDENTIDADE: _____

TESTEMUNHAS: _____

PROGRAMA ADT / HUCAM - VITÓRIA - ESPÍRITO SANTO – ANEXO III
ADT – ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA

AUTORIZAÇÃO PARA VISITA

Euautorizo a equipe ADT (Assistência Domiciliar Terapêutica) a realizar visitas em minha residência, quando se fizer necessário.

Assinatura: _____

Cidade: _____ Data: _____

PROGRAMA ADT/HUCAM – VITÓRIA – ESPÍRITO SANTO – ANEXO IV
ADT – ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA

OBSERVAÇÃO DE ADMISSÃO

Data: ____/____/____

Nome: _____ Codinome: _____

Estado civil: _____ Nível de Instrução: _____

Sexo: _____ Raça : _____

Pront. ADT : _____ Pront. HUCAM : _____

Composição Familiar	Parentesco	Idade	Est. Civil	Instrução	Ocupação	Renda S.M.

Situação Ocupacional:

Ocupação: _____ tempo de trab. nessa ocup.: _____

Empresa em que trabalha: _____

Ramo de atividade: _____ Descrição da Ocupação: _____

Condições de Moradia:

Tipo de domicílio: Individual: _____ Coletiva: _____

Casa: _____ Apto. _____ Cortiço: _____ Quarto: _____ Outro _____

Saneamento Básico:

Água encanada: sim: _____ Não: _____ Destino dos
dejetos: esgoto: _____ Fossa seca: _____ A céu aberto _____
Banheiro: Interno: _____ Externo: _____ Coletivo: _____

Domicílio tem:

Eletricidade: _____ Geladeira: _____ Telefone: _____
Televisão: _____ Fogão à gás: _____ Outros: _____

Relação Paciente X Família:

Quem dispensa cuidados ao paciente : _____

Qual a disponibilidade de horário : _____

O que conhece da doença: _____

Como está tomando os medicamentos: _____

Diagnóstico Social:

PROGRAMA ADT / HUCAM – VITÓRIA – ESPÍRITO SANTO – ANEXO IV .1
ADT – ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA
OBSERVAÇÃO DE ADMISSÃO

Nome: _____ Data Nasc: ____/____/____

Filiação: _____

Naturalidade: _____ Profissão: _____

Endereço: _____

Ponto de Referência: _____

Telefone: _____ Falar com: _____

Médico de origem: _____ telefone: _____

Soro+conhecido desde: _____

Motivos da admissão – Objetivos da Internação Domiciliar:

História da doença e Antecedentes:

Problemas Clínicos Particulares:

Problemas Clínicos Particulares:

Medicamentos em Uso:

Outros:

Alérgico:

PROGRAMA ADT / HUCAM – VITÓRIA – ESPÍRITO SANTO – ANEXO IV.2
ADT – ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA
OBSERVAÇÃO DE ADMISSÃO

Data: _____/_____/_____

Nome: _____ Pront: _____

Diagnóstico de Enfermagem:

Funções Fisiológicas:

Respiração : _____

Alimentação: _____

Eliminação de dejetos: _____

Locomoção: _____

Sinais vitais: _____

Profissional Responsável: _____

PROGRAMA ADT / HUCAM – VITÓRIA ESPÍRITO SANTO – ANEXO V
ADT – ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA – PRONTUÁRIO DOMICILIAR
INFORMAÇÕES GERAIS

Nome : _____

Pront. ADT: _____ Pront. HUCAM: _____

Objetivos do Acompanhamento:

Equipe de Cuidados:

Médico: _____

Enfermeira: _____

Aux. Enfermagem: _____

Psicólogo: _____

Assistente Social: _____

Odontólogo: _____

Motorista: _____

Horário de Funcionamento: _____

Dúvidas ou informações : _____

Em caso de urgência: _____

Observação: OADT não é um serviço de urgência; estaremos atendendo em até dois dias úteis dependendo dos agendamentos anteriores.

**PROGRAMA ADT / HUCAM – VITÓRIA – ESPÍRITO SANTO – ANEXO VI
ADT – ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA**

TÉRMO DE COMPROMISSO

Eu, _____ RG: _____

Residente à _____

Estou recebendo A TÍTULO DE EMPRÉSTIMO os seguintes materiais:

1 - _____

2 - _____

3 - _____

4 - _____

5 - _____

Comprometo-me a mantê-lo(s) e devolvê-lo(s) em condições adequadas.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

ANEXO VII - INDICE DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ADT	Assistência Domiciliar Terapêutica
ABF	Associação Brasileira de Fisioterapeutas
ADM	Amplitude de Movimentos
AVDs	Atividades da Vida Diária
CR/DST	Centro de Referência / Doenças Sexualmente Transmissíveis
CN/DST	Coordenação Nacional / Doenças Sexualmente Transmissíveis
COAS	Centro de Orientação e Acompanhamento Sorológico
CTA	Centro de Testagem e Acompanhamento
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFES	Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo
DD	Decúbito Dorsal
DLD	Decúbito Lateral Direito
DLE	Decúbito Lateral Esquerdo
DV	Decúbito Ventral
EIAS	Espinha Ilíaca Ântero Superior
ECOM	Esternocleidomastóideo
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
FMUSP	Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUCAM	Hospital Universitário Antonio Cassiano Moraes
MS	Ministério da Saúde
MEG	Mal Estado Geral
MMSS/II	Membros Superiores e Inferiores
ONG	Organização não Governamental
PA	Pressão Arterial
SESA	Secretaria Estadual da Saúde

