



Rotinas de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) em HIV/Aids





**Rotinas de Assistência Domiciliar Terapêutica
(ADT) em HIV/Aids**

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Programa Nacional de DST e Aids

Rotinas de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) em HIV/Aids

Série Manuais nº 70

ORGANIZADORES

**ORIVAL SILVA SILVEIRA – PN DST/AIDS
CLEDY ELIANA DOS SANTOS – PN DST/AIDS
TÂNIA REGINA CORRÊA DE SOUZA – CE DST/AIDS – SP**

Brasília, DF
2007

© 2006. Ministério da Saúde
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra,
desde que citada a fonte.
Tiragem: 5.000 exemplares

PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Luiz Inácio Lula da Silva

MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE

José Agenor Álvares da Silva

SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Fabiano Geraldo Pimenta Jr.

Diretora do Programa Nacional de DST e Aids

Mariângela Batista Galvão Simão

Diretor-Adjunto

Carlos Passarelli

Assessor Especial

Ruy Burgos

Responsável pela Unidade de Assistência e Tratamento

Orival Silva Silveira

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Programa Nacional de DST e Aids

Av. W3 Norte, SEPN 511, bloco C

CEP: 70.750-000, Brasília – DF

E-mail: aids@aims.gov.br / edicao@aims.gov.br

Home page: <http://www.aims.gov.br>

Disque Saúde / Pergunte Aids: 0800 61 1997

Publicação financiada com recursos do Projeto UNODC AD/BRA/03/H34

Assessor de Comunicação/PN-DST/AIDS

Alexandre Magno de Aguiar Amorim

Editor

Dario Noletto

Projeto gráfico e diagramação

Alexsandro de Brito Almeida

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Rotinas de assistência domiciliar terapêutica (ADT) em HIV/Aids / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 156 p. : il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Manuais; n. 70)

ISBN 85-334-1081-6

1. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 3. Terapia Anti-retroviral. 4. Sistema Único de Saúde. I. Título. II. Série.

NLM WC 140-185

Catologação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2006/1272

Títulos para indexação:

Em inglês: Routines of domiciliary therapeutical assistance in HIV/AIDS

Em espanhol: Procedimientos de asistencia domiciliar terapêutica (ADT) en VIH/SIDA

Apresentação

A Assistência Domiciliar Terapêutica em Aids (ADT), implantada em 1995 no Brasil, constitui-se em uma modalidade assistencial com o objetivo de prestar atendimento multidisciplinar diferenciado, em nível domiciliar, às pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Contando com uma equipe formada por médico, enfermeira, assistente social e psicólogo, visa proporcionar ao paciente e sua família uma assistência integral, uma melhor qualidade de vida e uma redução no índice de demanda e ocupação dos leitos hospitalares.

Originados a partir de unidades públicas de saúde pré-existentes Hospital Convencional (HC), Hospital-Dia (HD), Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) e Unidade Básica de Saúde, a ADT deve refletir a política de saúde local com uma preocupação na melhoria da assistência aos portadores do HIV/AIDS e na deshospitalização convencional.

Desde os primeiros casos de AIDS, o estabelecimento de cuidados a domicílio demonstrou benefícios no tratamento da doença. Embora a cura ou uma vacina ainda não tenham sido desenvolvidas, a melhoria dos métodos diagnósticos, a utilização de drogas antiretrovirais, o tratamento precoce das infecções oportunistas associadas à AIDS e o seguimento assistencial têm estendido a sobrevivência do paciente, proporcionando-lhe maior período de tempo para desfrutar da vida em sua comunidade, especialmente do convívio com a família.

A assistência domiciliar é uma forma de tratamento utilizada com sucesso em outros países. No Brasil, o desenvolvimento das atividades da Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) para as pessoas vivendo com HIV/aids baseia-se na concepção de mobilização conjunta dos recursos da comunidade, dos familiares e dos profissionais de saúde e considera a possibilidade do paciente ser mantido em seu próprio domicílio, atendido por uma equipe clínica multidisciplinar e alguns recursos hospitalares que assegurem a assistência médica, dividindo com a família os cuidados ao paciente.

Os cuidados no domicílio têm a vantagem de promover, por meio de contato direto em um cenário singular, a aquisição de conhecimentos e a modificação de hábitos e atitudes, beneficiando as condições de saúde.

Porém, é de fundamental importância o estabelecimento de uma rede de referência e contra-referência com outros serviços, tais como hospitais, hospital-dia (HD), serviços de assistência especializada (SAE), unidades básicas de saúde (UBS), programas de saúde da família (PSF) e casas de apoio, no intuito de possibilitar a integração entre os serviços de assistência à saúde das pessoas vivendo com HIV/aids.

Mariângela Galvão Simão
Diretora do Programa Nacional de DST e Aids



Sumário

I. Assistência Domiciliar Terapêutica aos pacientes portadores do HIV/aids	9
1. Histórico.....	11
2. Conceituação	14
3. Objetivos	16
4. Equipe	17
5. Organização do serviço: estrutura, processo de trabalho, critérios de inclusão e alta	26
II. Avaliação e monitoramento	35
1. Avaliação de serviço	37
2. Avaliação da ADT: Indicadores de Qualidade do Serviço	44
III. A Assistência Domiciliar de Pacientes com Aids à Luz da Bioética	51
IV. Cuidados Paliativos na Assistência Domiciliar Terapêutica	57
V. Óbito no Domicílio	65
1. Fiando a vida/morte	67
2. Perdas e Lutos no Contexto Familiar	71
VI. Possibilidades Terapêuticas na ADT	75
1. Manejo dos Anti-Retrovirais e de outras drogas usadas na ADT	77
2. Estratégias para melhorar a adesão	83
3. Dor em pacientes com HIV/AIDS	90
4. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos aplicáveis na ADT	96
5. Tratamento de feridas	105
VII. Biossegurança	111
1. Orientações para profissionais de saúde, pacientes e familiares.	113
2. O que fazer com o lixo produzido durante a assistência domiciliar?	115
Bibliografia de Apoio Técnico	119
Referências Eletrônicas	122

Anexo A: Impressos para Organização do Serviço (Prontuário Domiciliar)	125
Anexo B: Instrumentos de Avaliação	137
Anexo C: Avaliação da satisfação do Usuário	145
Anexo D: Cuidado do corpo após a morte pelo método de vela ou técnica egípcia ou tamponamento egípcio	151



Assistência domiciliar terapêutica aos pacientes portadores do HIV/Aids

1 - Histórico

2 - Conceituação

3 - Objetivos

4 - Equipe

5 - Organização do serviço: estrutura, processo de trabalho, critérios de inclusão e alta.



Assistência domiciliar terapêutica aos pacientes portadores do HIV/Aids

1. Histórico

*Cledy Eliana dos Santos
Tânia Regina Corrêa de Souza*

A prática de assistência de pacientes a domicílio, de uma forma geral, não é uma atividade recente na área de saúde. Na Europa do século XVIII, antes do surgimento dos modelos de assistência hospitalar e ambulatorial como temos hoje, o atendimento domiciliar já fazia parte da prática médica.

Nos Estados Unidos, onde surgiu a expressão “Home Care”, a atividade teve início nos idos de 1796, com a criação de um programa específico em um ambulatório na cidade de Boston. A prática de hospitalização a domicílio foi instituída em 1947 pelo Hospital Montefiore de Nova York, devido a um aumento da demanda de serviço. Na ocasião ficou decidido que os pacientes que não necessitassem de uma atenção contínua da equipe médica poderiam ter acompanhamento a nível domiciliar.

O serviço de “Home Care” foi constituído em forma de uma organização para oferecer cuidados médicos e assistência social aos pacientes que podem permanecer no domicílio. Esses cuidados podem ser de natureza preventiva, curativa, de re-habilitação, incluindo o tratamento de pacientes acometidos de doenças crônicas.

No Brasil, um dos primeiros registros de assistência médica domiciliar, em termos de serviço público, é encontrado no Decreto da Presidência da República Nº 46.348, de 03 de julho de 1959, aprovando o regimento do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). Este serviço tinha por finalidade prestar assistência médica aos segurados ativos e inativos dos Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Industriários, Comerciantes, Bancários, Marítimos e Empregados em Transportes e Cargas e da Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos.

As duas últimas décadas foram muito importantes no que diz respeito à organização e distribuição dos serviços de saúde. Em 1988, por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, a questão da Reforma Sanitária, que havia iniciado anos antes com o processo das Ações Integradas de Saúde – AIS – passa a ser amplamente debatida e culmina com a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS – onde a saúde passa a

ser considerado um direito de todos. É discutida, também, a proposta do atendimento universal, gratuito e organizado, partindo de uma racionalidade técnica e política; além de ser hierarquizado, em termos de complexidade de atenção e, regionalizado conforme a distribuição populacional e o quadro de morbimortalidade das comunidades.

Em 1994, o Ministério da Saúde lança, a nível nacional, um extenso programa de atenção à saúde das famílias – “Programa de Saúde da Família”, que tem em seus objetivos a proposta de: “Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolutividade e boa qualidade às necessidades da população”. Atualmente estão trabalhando 4.405 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 1.693 municípios brasileiros, vinculadas a mais de 15 milhões de pessoas. A meta para o ano 2002 é a de implantação de 20.000 equipes, de forma a prestar atendimento a cerca de metade da população brasileira.

A Assistência Domiciliar Terapêutica - ADT aos pacientes portadores do HIV/AIDS foi implantada no Brasil a partir de 1995 no contexto do Programa das Alternativas Assistenciais aos portadores de HIV/AIDS.

Para podermos compreender sua trajetória, faremos aqui um breve relato histórico:

1995

- Unidade de Assistência da Coordenação Nacional de DST/AIDS - (CN-DST/AIDS) instituiu a elaboração de projetos pelas equipes/instituições públicas para implantação de Serviços de ADT.

1995 a 1998

- A Unidade de Assistência recebeu e analisou 55 projetos de ADT, porém foram aprovados 38, mas implantou-se apenas 33 serviços no país, 45% no Estado de São Paulo.
- CM Santos/SP inicia capacitação de novas equipes de ADT.

1997

- CN deu início as atividades de monitoramento dos projetos de ADT.
- CN realiza em São Paulo/SP o I Encontro Nacional de ADT, que teve como objetivo elaborar recomendações gerais sobre as condutas a serem adotadas pelos serviços de ADT.
- Publicação da Portaria nº 166, que inclui na tabela SUS o pagamento de procedimento referente a ADT.

1998

- Coordenação Estadual/SP - (CE/SP) realiza em Campinas/SP o I Encontro Estadual de ADT, que teve como objetivo a elaboração da Cartilha do Cuidador.
- FIPE faz análise comparativa do custo/diária do paciente no SAE, HD, Hospital convencional e ADT.

1999

- CN em parceria com CE/SP realizam no Guarujá/SP o II Encontro Nacional e Estadual de ADT, com o objetivo de iniciar a discussão sobre monitoramento. Ocorreu também nesta data, o lançamento da cartilha para profissionais de saúde: ADT – Guia de Procedimentos em HIV/AIDS.

2000

- CE/SP realiza em SP/SP o III Encontro Estadual de ADT para implantação do monitoramento dos Serviços do Estado.

2001

- CN em parceria com CE/SP realizam em Bragança Paulista/SP o III Encontro Nacional e IV Encontro Estadual de ADT, com o objetivo de divulgar os dados obtidos no monitoramento do Estado de São Paulo, iniciar a discussão de Cuidados Paliativos e trocar experiências entre os serviços.
- CE/SP assume as capacitações de novas equipes, em parceria com as CM de Campinas, Sorocaba e São Paulo.

2002

- CN instituiu grupo de trabalho para elaboração do Manual de ADT.

2003

- CN desenvolve treinamentos integrados: SAE, HD e ADT.
- CN realiza duas oficinas de Validação do Manual de ADT, com representantes de diversas regiões do país.
- CN em parceria com CE/SP realizam atualização do cadastro de serviços de ADT. Principais resultados:
 - 40 serviços devolveram a ficha de cadastramento preenchida (50% do Estado de São Paulo);
 - números de serviços em funcionamento cai 20%;
 - 27% das equipes atuantes não foram ainda capacitadas;
 - 37% dos serviços tem demanda reprimida;
 - no período de julho/98 a setembro/03 os serviços assistiram 9215 pacientes, apresentando como principal fonte de captação o SAE e os hospitais convencionais;
 - principais motivos de inclusão: dificuldade de locomoção, não aderência e caquexia;
 - após a era dos ARV, houve mudança significativa no perfil dos pacientes, e conseqüentemente no tempo de permanência na ADT – de 90 para 178 dias (pacientes crônicos e sequelados);
 - aumento de número de alta para SAE e hospital;
 - principais dificuldades encontradas pelas equipes: falta de viatura, falta de supervisão, falta de medicamentos não específicos para aids, profissionais não exclusivos da ADT e falta de nutricionista e fisioterapeuta nos serviços.
- CN instituiu grupo de trabalho formado por profissionais de diversas regiões do país, com a tarefa de analisar os procedimentos da tabela SIA/SUS, relacionados ao HIV/AIDS.
- CN instituiu grupo de trabalho (profissionais de saúde, cuidadores e pacientes) para elaboração do Manual do Cuidador, que se encontra em fase final de elaboração.

2005

- CN em parceria com CE/SP iniciam discussão sobre a realização do I Encontro Nacional de Modalidades Assistenciais – SAE, HD e ADT.

Assim, podemos notar que entre as Alternativas Assistenciais aos portadores do HIV/AIDS, a ADT é a modalidade de assistência mais inovadora, sobretudo se considerarmos o cenário de Saúde Pública do país. Vale ressaltar aqui, que isso só foi possível graças ao compromisso e dedicação de muitos profissionais, que não pouparam esforços na construção desta história.

2. Conceituação

O perfil da assistência prestada pela ADT: cuidados no domicílio ou internação domiciliar?

Simone Nunes Ávila

O desenvolvimento de alternativas à hospitalização clássica reflete, necessariamente, as evoluções específicas de cada país, idéias e práticas médicas ligadas à influência cultural e às políticas de saúde. Um problema comum, presente em vários países, é o da necessidade de contenção de despesas na saúde, que conduz, de certa forma, ao interesse pelo desenvolvimento dessas alternativas. Entretanto, o fator econômico nem sempre foi preponderante na criação dessas formas de assistência, e grande parte das iniciativas deram-se em resposta ao problema de estrangulamento de leitos hospitalares.

Apesar de atender necessidades bem definidas, a concepção inicial da ADT adotada pelo Ministério da Saúde mostrou-se insuficiente em suas atribuições, o que é compreensível em um modelo alternativo, multiprofissional, interdisciplinar e inovador diante das formas tradicionais de assistência à saúde.

Nesse contexto, procedimentos e limites das intervenções terapêuticas foram sendo delineadas gradativamente, na medida em que os projetos iam sendo implementados. A qualificação técnica das equipes constituídas, o número de profissionais e o seu grau de disponibilidade, a formação das equipes, entre outros fatores, condicionavam e davam características próprias a cada serviço implantado.

Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde com pacientes em regime de ADT permitiu-nos concluir que, no Brasil, este serviço inclui uma série de atividades/procedimentos que se estende desde cuidados paliativos, praticados no domicílio, até os mais diferenciados e de maior complexidade, que já caracterizavam uma internação em ambiente domiciliar.

Esse modelo assistencial extra-hospitalar, caracterizado pela prestação de serviços no local de residência das pessoas, tem hoje um papel significativo no nosso sistema de saúde. No entanto, estudiosos no assunto vêm discutindo este conceito há algum tempo, e ainda há divergências em alguns pontos. A falta de conhecimento específico e a utilização de terminologia aparentemente semelhante têm contribuído para dificultar a caracterização exata deste tipo de assistência.

Segundo alguns autores, existem, na prática, pelo menos três modalidades de prestação de cuidados à saúde no domicílio:

a) Atendimento domiciliar

Esta modalidade de assistência assemelha-se ao atendimento em nível ambulatorial, com o diferencial de realização no domicílio. São atendimentos de curta duração com marcação prévia, como, por exemplo:

- consultas profissionais
- pequenos procedimentos terapêuticos
- exames laboratoriais
- outros.

b) Assistência domiciliar terapêutica

Corresponde aos serviços prestados em nível domiciliar aos pacientes que já superaram a fase aguda do processo, mas ainda estão em situação clínica delicada, necessitando de atenção constante e de cuidados específicos de baixa complexidade ou em caráter paliativo, com característica de média duração e programação eletiva.

A assistência domiciliar terapêutica consiste em:

- acompanhamento e cuidados de enfermagem
- visitas médicas periódicas
- fisioterapia
- controle nutricional
- acompanhamento psicológico breve
- controle de exames de rotina
- acompanhamento social
- outros.

c) Internação ou hospitalização domiciliar

A característica principal desta modalidade é a transferência para o domicílio dos recursos empregados aos cuidados de um paciente em um hospital convencional, em circunstâncias ideais para a continuidade do tratamento, sem perda da qualidade e efetividade. São atendidos aqueles pacientes que não mais se beneficiam da permanência hospitalar, mas ainda requerem atenção e assistência.

A prática dos cuidados, tanto na internação domiciliar, como na assistência domiciliar, deve contemplar aspectos educativos em seu processo, no sentido de envolver pessoas com pleno conhecimento e familiarizadas com os procedimentos. A comunicação permanente entre equipe e família facilita o processo de alta e suas implicações.

Uma interpretação inadequada dos princípios da internação domiciliar ou da assistência domiciliar pode acarretar certos riscos, que são, resumidamente:

- duplicação da atenção, substituindo o cuidado ambulatorial, tanto da assistência primária como da assistência especializada: por “comodidade” para o paciente e até para os cuidadores, exames e serviços que poderiam ser feitos no hospital, ambulatório ou postos de saúde são levados até a casa do paciente, resultando em acomodação e dificuldade de ressocialização;

- prolongamento dos cuidados no domicílio, no caso de pacientes com forte componente social, isto é, que não contam com o apoio da família ou responsáveis. Com isso, acabam por não receber alta, quando seria suficiente apenas o atendimento domiciliar.

Para evitar estes riscos, é importante que as equipes que prestam cuidados no domicílio dimensionem seus limites, efetuando o atendimento no “melhor lugar terapêutico” (domicílio), de forma integral, personalizada e humanizada, ao mesmo tempo em que aumentem no paciente a autonomia, a independência sócio-familiar e o cuidado pessoal.

Os cuidados no domicílio têm a vantagem de promover, por meio de contato direto em um cenário singular, a aquisição de conhecimentos e a modificação de hábitos e atitudes, beneficiando as condições de saúde. Porém, é de fundamental importância o estabelecimento de uma rede de referência e contra-referência com outros serviços, tais como hospitais, hospital-dia (HD), serviços de assistência especializada (SAE), unidades básicas de saúde (UBS), programas de saúde da família (PSF) e casas de apoio, no intuito de possibilitar a integração entre os serviços de assistência à saúde dos doentes de aids.

3. Objetivos

O trabalho desenvolvido pela equipe mínima multiprofissional da ADT – assistente social, equipe de enfermagem, médico, psicólogo e fisioterapeuta – visa a:

- Proporcionar abordagem assistencial, preventiva e educativa aos pacientes com infecção pelo HIV/aids e seus familiares, diretamente em seus domicílios;
- Promover a melhoria da qualidade de vida multidimensional (físico, psíquico, social e espiritual) dos pacientes com infecção pelo HIV/aids;
- Proporcionar ao paciente a possibilidade de participar ativamente do seu tratamento;
- Estimular a independência (atividade de vida diária) e a autonomia do paciente/família/cuidador;
- Proporcionar cuidados paliativos, controlando a dor e outros sintomas, melhorando o conforto físico e o bem estar do paciente;
- Promover o aumento da adesão dos pacientes HIV/aids ao tratamento;
- Reduzir a demanda de internação hospitalar, otimizando os leitos disponíveis;
- Reduzir a duração das internações hospitalares e propiciar a redução das infecções nosocomiais;
- Estabelecer mecanismos de referência e contra-referência com Hospitais, HD, SAE, ambulatórios, UBS e PSF;
- Desenvolver o “papel de cuidador” e reforçar os vínculos de familiares e amigos na assistência e convivência com pacientes HIV/aids;
- Otimizar recursos disponíveis, no que tange à saúde pública, promoção social e participação comunitária e
- Promover a saúde e o bem estar do paciente em seu domicílio, articulando com instituições de saúde, organizações não –governamentais (OSCIP/ONG) grupos de auto-ajuda locais e/ou regionais e outros recursos comunitários.

4. Equipe

Regina Célia G. Mendes Rissi

A equipe interdisciplinar pode ser definida como o conjunto de profissionais, de diversas áreas, que trabalham com um mesmo fim: o paciente, que necessita da promoção de saúde.

Recomenda-se que a equipe seja permanente, e minimamente constituída dos seguintes profissionais: médico (infectologista ou clínico treinado), enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e motorista.

Deve-se criar uma rede de apoio matricial (outras categorias profissionais) que complementem a ação da equipe mínima (cirurgiões-dentistas, psiquiatras, agentes de saúde, terapeuta-ocupacional, nutricionista, etc.).

Deve-se levar em consideração o perfil dos profissionais que compõem a equipe de ADT, uma vez que eles são decisivos para eficácia do trabalho. Deve-se valorizar e/ou desenvolver alguns aspectos na formação desta equipe:

- Qualificação técnica;
- Baixa rotatividade dos profissionais aplicados à sua rotina de trabalho, sempre que possível equipe nucleada na ADT;
- Criatividade, versatilidade, iniciativa e autonomia;
- Compromisso ético individual e institucional;
- Capacidade para atuar como educador em saúde;
- Capacidade para ouvir e falar de forma clara e objetiva;
- Capacidade para o trabalho em equipe;
- Capacidade de acolher e identificar as demandas do dia a dia;
- Propiciar atenção integral aos pacientes, respeitando os princípios da ADT.

Organizar e reavaliar constantemente o processo de trabalho é de fundamental importância para o crescimento da equipe e sustentabilidade das ações da ADT.

O conceito do “trabalho em equipe” vem evoluindo e novos conceitos se fazem necessários para o progresso e a manutenção do processo.

Conceitos a serem incorporados:

- **Núcleo:** conjunto de saberes próprios de uma categoria profissional, ele responsabiliza o indivíduo, dando compromisso e responsabilidade.
- **Campo:** Conjunto de saberes e responsabilidades que amplia o núcleo em função do objetivo, desburocratizando e aumentando a eficácia (capacidade de produzir saúde), saberes comuns a duas ou mais categorias profissionais.
- **Interdisciplinaridade:** pressupõe socialização das informações entre os membros da equipe, onde as contribuições de todos os membros são fundamentais, é uma nova forma de agir da equipe, revisão de postura individualista, criando mecanismo de troca de saberes e comunicação eficiente.
- **Transdisciplinaridade:** é a etapa superior de integração. Pressupõe saberes trocados, intervenção articulada e integrada entre os membros de uma equipe, proposta de trabalho comum e projeto terapêutico único.

- **Projeto terapêutico:** É um conceito que propõe uma estratégia de abordagem do novo objeto dos sujeitos, a existência – sofrimento de um corpo em relação ao corpo social.

O foco de atenção deixa de ser o sintoma ou a doença e passa a ser a produção de vida nas múltiplas e complexas necessidades das pessoas, de cada pessoa, de maneira singular. Não de uma forma individualista e alienada do seu “estar no mundo” mas acolhendo este ser em sofrimento e reinserindo-o no seu mundo, promovendo de fato o cuidado que inclui, que emancipa, que cria movimento.

O padrão de relação entre o profissional e o paciente deixa de ser o tradicional queixa-conduta e dá lugar a uma escuta qualificada que busca identificar os nós opressores da solicitação.

Deve o profissional da saúde agenciar e ao mesmo tempo ser o gerente de cada projeto terapêutico coordenando as ações no sentido de possibilitar que o paciente se aproprie do significado de seus sintomas e passe a Ter uma postura ativa no que diz respeito à sua vida.

Construir um Projeto Terapêutico significa um esforço para identificar os fatores que oprimem e os que facilitam os pontos de apoio do paciente/família, à complicada rede de contratos possíveis, de valores estabelecidos, de possibilidades de trocas.

Desenhando-se o Projeto Terapêutico, e discutindo-o com o paciente/família, passa-se à concretização das ofertas, e posterior acompanhamento das ações.

Os recursos do serviço de atenção são importantes e podem ser compreendidos nas características materiais, organizativas e de estilo de trabalho da equipe.

A ADT deve ter como instrumento de gestão a disseminação do saber. A isto chamamos gestão da inteligência, onde a otimização dos recursos e a gestão participativa nos trará qualidade de assistência e racionalização dos custos, além do bem estar da equipe multiprofissional, que se torna mais responsável e sujeito das ações executadas.

As atribuições dos profissionais da equipe compreendem um papel específico (núcleo), inerente a cada profissão e um papel ampliado (campo) que interliga todas as categorias profissionais, seja no aspecto técnico ou educativo.

É importante ressaltar que o campo (clínica ampliada) é um processo de construção de uma equipe, onde possibilidades e limites devem ser estabelecidos em conjunto.

Alguns recursos podem ser incorporados à rotina da equipe: reuniões semanais, discussão de casos clínicos, elaboração de projetos terapêuticos, envolvimento e participação em projetos preventivos institucionais ligados as DST/aids, participação em atividades científicas (cursos, reciclagens, congressos), atividades de grupo e a inserção de campo de estágio das diversas áreas.

Aliando todos os conhecimentos propostos, não podemos esquecer dos cuidados aos profissionais da equipe de ADT. Um investimento neste sentido se torna indispensável, sendo a supervisão institucional um instrumento de grande valia durante o processo de construção-avaliação-reconstrução das equipes. Trabalhar com a equipe interdisciplinar nos aspectos sugeridos anteriormente produzem melhora nos seguintes fatores:

- Aumento da produção de saúde (eficácia);
- Responsabilização;
- Bem estar da equipe;
- Ganho de autonomia;
- Melhora do vínculo;
- Legitimidade e respeito institucional;
- Coordenação descentralizada; e
- Ampliação das ações: intersectorialidade.

O COORDENADOR NA EQUIPE DE ADT:

Tem papel importantíssimo no contexto da equipe de ADT, pois muito das suas características pessoais são refletidas na organização da equipe. Assim sugerimos que tenha um perfil de liderança, capacidade de articulação, proativo, otimista, entusiasta, resolutivo e determinado.

Seu papel é promover e coordenar de forma criteriosa a ação da equipe, fazer cumprir as diretrizes institucionais, articulação e integração intra e extra institucionais, otimização de recursos, cuidado com a equipe quer na integração, quer no investimento profissional e de novos projetos, garantir espaços de comunicação adequados ao bom desenvolvimento do grupo, proposição e oferta que amplie a cobertura assistencial e captação de novos recursos.

O coordenador deve catalizar atenção para a integração dos membros da equipe facilitando e promovendo a comunicação, para o cumprimento da missão e amplitude do projeto sempre em função do objeto de estudo/intervenção: o paciente.

Qualquer membro da equipe da ADT poderá assumir a coordenação, independentemente de sua área de atuação profissional.

Gerenciar uma equipe de ADT é saber que o melhor jeito de multiplicar o conhecimento é dividi-lo... Por fim no segredo... Propomos gestão participativa de todos os membros da equipe da ADT.

OS PAPÉIS

Dentro de uma equipe interdisciplinar, é necessário a definição de papéis, com a finalidade de se otimizar todos os recursos, qualificando a assistência e diminuindo o stress. Passaremos a descrever as funções/papéis de cada categoria profissional, mas cabe ressaltar que muito da função humanística, de apoio social, de apoio espiritual, não se restringe somente a uma categoria profissional, e sim está ligada ao vínculo e disponibilidade de toda a equipe.

	NÚCLEO:	CAMPO:
ENFERMEIRO	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar, supervisionar e gerenciar os serviços de enfermagem; • Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar a assistência de Enfermagem; • Proporcionar educação permanente em serviço à equipe de Enfermagem nas tarefas relativas à assistência de Enfermagem; • Sistematizar a assistência de Enfermagem; • Cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica, que exigem conhecimento científico adequado e capacidade de tomar decisões imediatas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participar de ações de educação em saúde realizando grupos educativos; • Produzir conhecimentos técnicos através da realização de pesquisas e estudos da ação profissional e utiliza-los como subsídios nas intervenções em saúde; • Acolher e encaminhar/resolução das demandas recebidas; • Apoiar à equipe de Saúde; • Participar de reuniões técnicas e de organização do serviço, de discussão de caso e elaboração dos projetos terapêuticos; • Promover o conforto físico, emocional, social e espiritual. • Executar procedimentos básicos de enfermagem; • Participar e estimular o controle social; • Promover a intersetorialidade; • Prescrever medicamentos e solicitar exames laboratoriais previstos em protocolos de saúde pública. • Atuar em ações de vigilância à saúde.
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimentos básicos de enfermagem ; • Execução e orientação de prescrição médica e de enfermagem; • Ações de higiene e conforto; • Administração de imunobiológicos; • Identificar e orientar pacientes e comunicantes com doenças transmissíveis; • Ações de esterilização e desinfecção. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher, resolver e/ou encaminhar as demandas; • Produzir conhecimentos técnicos através da realização de pesquisas e estudos da ação profissional e utiliza-los como subsídios nas intervenções em saúde; • Participar de ações de educação em saúde realizando grupos educativos; • Participar de reuniões técnicas e de organização do serviço, de discussão de caso e elaboração dos projetos terapêuticos; • Promover o conforto físico, emocional, social e espiritual. • Atuar em ações de vigilância à saúde.

<p>MÉDICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação clínica - laboratorial do paciente; • Diagnóstico clínico-laboratorial do paciente; • Planejamento terapêutico em concordância com as recomendações do Ministério da Saúde para terapia ARV; • Monitorização e manejo de efeitos tóxicos de drogas ARV e/ou utilizadas para o tratamento de infecções oportunistas e neoplasias; • Solicitação/execução de exames complementares; • Prescrição de cuidados específicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participar de reuniões técnicas e de organização do serviço, de discussão de caso e elaboração dos projetos terapêuticos; • Promover o conforto físico, emocional, social e espiritual. • Apoio à equipe de saúde; • Fazer diagnóstico bucal; • Promover intersetorialidade. • Participar de ações de educação em saúde realizando grupos educativos; • Produzir conhecimentos técnicos através da realização de pesquisas e estudos da ação profissional e utiliza-los como subsídios nas intervenções em saúde;
<p>ASSISTENTE SOCIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação, diagnóstico e acompanhamento social; • Encaminhamento/resolução para as questões econômicas, culturais e sociais do paciente/família; • Encaminhamento do paciente/família para os serviços de assistência jurídica, quando necessário; • Encaminhamento/mediação para os serviços da comunidade de benefícios e ações sociais; 	<ul style="list-style-type: none"> • Participar de reuniões técnicas e de organização do serviço, de discussão de caso e elaboração dos projetos terapêuticos; • Promover o conforto físico, emocional, social e espiritual. • Apoio à equipe de saúde; • Promover a intersetorialidade. • Estímulo e apoio psico-social para o paciente/cuidador/família; • Participar de ações de educação em saúde realizando grupos educativos; • Produzir conhecimentos técnicos através da realização de pesquisas e estudos da ação profissional e utiliza-los como subsídios nas intervenções em saúde;
<p>PSICÓLOGO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação, diagnóstico e acompanhamento psicológico do paciente/cuidador/família; • Acolher, resolver quando possível e/ou encaminhar as demandas psíquicas do cuidador/família; • Suporte psicológico para o cuidador/família; • Facilitador para a equipe nas demandas psicológicas dos pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participar de reuniões técnicas e de organização do serviço, de discussão de caso e elaboração dos projetos terapêuticos; • Promover o conforto físico, emocional, social e espiritual. • Promover a intersetorialidade; • Participar de ações de educação em saúde realizando grupos educativos; • Produzir conhecimentos técnicos através da realização de pesquisas e estudos da ação profissional e utiliza-los como subsídios nas intervenções em saúde;

FISIOTERAPEUTA	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação das condições motoras e respiratórias, e do nível de independência na realização das atividades da vida diária • Planejamento e execução de exercícios terapêuticos • Acolher, resolver e/ou encaminhar as demandas; • Orientação de cuidadores quanto ao manejo do paciente no leito 	<ul style="list-style-type: none"> • Participar de ações de educação em saúde realizando grupos educativos; • Produzir conhecimentos técnicos através da realização de pesquisas e estudos da ação profissional e utiliza-los como subsídios nas intervenções em saúde; • Participar de reuniões técnicas e de organização do serviço, de discussão de caso e elaboração dos projetos terapêuticos; • Promover o conforto físico, emocional, social e espiritual. • Apoiar à equipe de saúde; • Promover a intersectorialidade; • Orientar condutas de auto-cuidado; • Participar de ações de educação em saúde realizando grupos educativos; • Produzir conhecimentos técnicos através da realização de pesquisas e estudos da ação profissional e utiliza-los como subsídios nas intervenções em saúde.
MOTORISTA	<ul style="list-style-type: none"> • Transporte da equipe de ADT; • Identificador de fatores externos às moradias dos pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participar de reuniões técnicas e de organização do serviço, de discussão de caso e elaboração dos projetos terapêuticos; • Promover o conforto físico, emocional, social e espiritual. • Apoio à equipe de saúde.

O CUIDADOR

A Assistência Domiciliar Terapêutica fundamenta-se no princípio do paciente poder receber os cuidados dos quais necessita, no convívio com seus familiares, ministrado por pessoas leigas, escolhidas pela família, orientadas e supervisionadas por uma equipe interdisciplinar qualificada de profissionais de saúde, constantemente fornecendo o apoio necessário para uma melhor relação técnico comportamental entre o Cuidador e o Paciente.

O cuidador é o elo de ligação entre o paciente, família e equipe de ADT. É o responsável pelos cuidados do paciente no domicílio.

A equipe deve identificar no cuidador:

- Disponibilidade e capacidade de atenção com o paciente;
- Compromisso com o projeto terapêutico;
- Disponibilidade e capacidade para seguir as orientações da equipe;
- Iniciativa e criatividade;
- Boa relação e facilidade de comunicação com o paciente e equipe;

Para que o cuidador desempenhe de forma eficiente o seu papel, se faz necessário além de um treinamento qualificado, um acompanhamento sistemático por parte da equipe.

O Cuidador deverá receber orientação básica em:

- Noções básicas de cuidados gerais (nutrição, higiene, biossegurança e etc);
- Folhetos explicativos sobre o funcionamento do serviço;
- Como proceder em caso de urgência e/ou óbito;
- Aspectos legais (direitos e deveres) do paciente;
- Suporte e/ou apoio psico-social para atuar como Cuidador.

O cuidador é figura fundamental na assistência domiciliar a pacientes com médio e grande grau de dependência, sem o qual o mesmo ficaria inviável.

Grupos de cuidadores com frequência mensal são excelentes instrumentos de apoio, lazer, troca de experiências, alívio do stress e da angustia gerados pelo ato de cuidar.

RELATO DE EXPERIÊNCIA COM GRUPO DE CUIDADORES/ ADT-CAMPINAS - SP (1998 - 2001)

Ferramola, D. H.

Slaviero, R.

Silva, I. G. C.

O Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADT) vinculado à Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas foi implantado em dezembro de 1995, mas começou a funcionar efetivamente um ano após. Está localizado à Av. Francisco Glicério nº 2104, Centro - telefone (19) 3234-9993, no mesmo prédio do Ambulatório Municipal de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (AMDA). Funciona de segunda a sexta-feira, das 7:00 às 20:00 h. e atende em média 20 pacientes adultos, de ambos os sexos, com dificuldades de acesso aos serviços de saúde e encaminhados mediante critérios específicos por Ambulatório de Infectologia, ONG's ou pela Rede Pública.

A equipe do ADT é multidisciplinar e vem trabalhando com conceitos de autonomia e cidadania e fazendo projetos terapêuticos individualizados (paciente / família) e clínica ampliada. Está composta por:

- 01 coordenadora (36 h.)
- 02 médicos infectologistas (30 h.)
- 02 profissionais de saúde mental: 01 psicóloga (30 h.) e 01 assistente social (36 h.)
- 01 enfermeira (36 h.)
- 05 auxiliares de enfermagem (36 h.)

APOIO

- 01 secretária (36 h.)
- 02 motoristas (36 h.)
- 01 dentista (04 h.)

RETAGUARDA

- 01 médica de medicina chinesa (04 h.)
- 01 nutricionista (04 h.)
- 01 psiquiatra (quando necessário).

Nestes seis anos de atuação constatou-se em média 40% de recuperação dos casos atendidos e com retorno aos locais de origem.

Um dos pontos fundamentais para aceitação do paciente no ADT é que tenha uma pessoa responsável, denominada “cuidador” e que seja o elo entre a equipe e o paciente.

O primeiro projeto com grupo de cuidadores foi iniciado após dois anos de implantação do serviço (junho/98) com a coordenação de uma psicóloga e uma auxiliar de enfermagem. A frequência era mensal, com duas horas de duração, o grupo era aberto, e o sigilo era regra estabelecida. Eram utilizadas técnicas de jogos dramáticos, desenhos, dinâmicas e descontrações grupais.

Os temas abordados giravam em torno do preconceito, confraternização e crise na Prefeitura Municipal de Campinas, com a ameaça de demissões e extinção do serviço.

Esse grupo foi “batizado” pelos próprios integrantes como “AMIGOS DA ALEGRIA”. Os integrantes optaram por usar crachás de identificação.

O tempo entre sensibilização das famílias, preparo das reuniões e encontros propriamente dito, foi de 10 meses (até abril/99).

A coordenação considerava que havia dificuldades de adesão, desistências ou faltas, motivadas por resistências, dificuldades de deixar o seu doente e dificuldades no transporte. Optou então por facilitar a locomoção destes cuidadores: os motoristas do serviço os transportavam de casa para o local da reunião e de volta aos seus domicílios.

O trabalho foi interrompido por quinze meses devido às dificuldades institucionais como greves dos funcionários públicos municipais; ameaça de demissões com risco do serviço se extinguir e posteriormente, com a saída da psicóloga responsável.

Em julho de 2000, a proposta foi repensada pelas duas profissionais de saúde mental (psicóloga e assistente social), pois a equipe entendia os cuidadores como pessoas fundamentais no processo de tratamento dos pacientes, além de atentar para a necessidade da saúde dos próprios cuidadores e de considerar os resultados da experiência anterior.

O grupo se revelou um espaço de compartilhar vivências, de possibilidades de ouvir e ser ouvido e de ajuda para o equilíbrio interno e superação de dificuldades. Promoveu a aproximação entre os participantes, estabeleceu vínculo de confiança entre estes e a equipe do ADT, tornando-se um espaço de integração, envolvimento afetivo e acolhimento.

Dentro do processo de retomada, elaborou-se uma pesquisa que foi aplicada junto aos cuidadores dos pacientes assistidos, onde se avaliou o desejo de participação, melhor periodicidade, empecilhos à participação e sugestões de temas para discussão.

Tabulada a pesquisa, foram fixados pontos de contrato de grupo como:

- reuniões mensais - última quinta-feira do mês;
- horário: das 14:00 às 15:30 h;
- local: sala de reuniões do COAS/CTA (espaço fixo);
- coordenação: duas profissionais de saúde mental e uma auxiliar de enfermagem.

Adotou-se a continuidade da confecção e entrega dos convites em mãos e o transporte ficou por conta do participante cuidador, princípio adotado para estimulação da autonomia.

Inicialmente o grupo era restrito aos cuidadores dos pacientes assistidos. O sigilo também foi regra estabelecida no novo contrato grupal.

No decorrer da experiência, percebemos a necessidade de maior investimento nas famílias, reforçando a importância da troca de experiências. Ampliou-se então a participação para ex-cuidadores ADT e cuidadores de Casas de Apoio. Atentou-se também para a rotatividade de coordenação entre as duas profissionais de saúde mental, sendo a auxiliar de enfermagem elemento fixo participante.

Outra mudança observada no transcorrer do processo foi com relação à duração das reuniões, ampliando-se por movimento dos próprios integrantes (a reunião passou a ter duas horas de duração).

Vários temas foram desenvolvidos como:

- intercorrências nas relações familiares;
- dificuldades pelas quais os cuidadores passam com seus doentes;
- preconceito social;
- biossegurança;
- o sentido psico-social das festas
- dúvidas com relação ao HIV/AIDS;
- como conviver com os familiares com HIV/AIDS;
- elaboração, discussão e compartilhar de sentimentos como: culpas, medos, esperanças e sonhos, perdas, transcendência - fé (conforto à dor), solidão...;
- vida do cuidador centrada na vida do doente, reflexão sobre o resgate do próprio eixo, do próprio “eu” da pessoa do cuidador.

Neste espaço de um ano percebeu-se que apesar de algumas vezes terem sido levados temas como sugestões de discussão, a força do grupo esteve presente no seu auto-direcionamento.

O grupo conscientizou-se dos seus objetivos como um espaço para tratamento, troca de experiências, aprendizagem, elaboração de sentimentos, falar e ser ouvido.

Acreditamos que o “ESPAÇO-REFERÊNCIA” tenha sido criado. Hoje os familiares já tem registrado o dia, o horário e o local dos encontros e nas ausências, justificam-se. Muitas faltas são justificadas porque na maioria das vezes o cuidador não conta com o apoio nas substituições dos cuidados, além da interdependência que se estabelece entre ele e o seu familiar doente.

Constatou-se também que nem sempre a equipe do ADT ou a família é capaz de prover as necessidades do seu doente, tais como: as atividades sociais, de lazer, que possibilitem e facilitem o contato humano, resgate da cidadania e conseqüente melhora da qualidade de vida e auto-estima.

Levanta-se a hipótese de que contar com o apoio de voluntários que estejam dispostos a colaborar com as famílias contribuiria de maneira significativa na melhora da dinâmica psico-social-familiar.

Percebeu-se no processo, a criação e estabelecimento de vínculos, maior espontaneidade, autonomia e bem estar dos participantes.

A maior lição aprendida está na ênfase ao “cuidado”, como aquele que antecede à compreensão do papel do “cuidador”: “O CUIDADO COMIGO PARA CUIDAR DO OUTRO”.

5. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO: ESTRUTURA, PROCESSO DE TRABALHO, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E ALTA.

Iara Maria Ferreira G. da Silva

Estrutura

1- Área física:

O espaço físico não deve ser condição essencial para a implantação de um serviço de ADT, mas na medida do possível deve-se dispor de uma sala para o gerenciamento do serviço. Este espaço deve contar com mesa, armário, arquivo e materiais de escritório. Uma sala para reuniões deve estar disponível para a equipe de ADT. Esse espaço irá garantir as reuniões técnicas da equipe, fundamentais para a organização do trabalho. Os materiais e equipamentos devem ser armazenados em local adequado e de fácil acesso à equipe.

2- Transporte

A equipe deve ter acesso a um veículo para o seu transporte. Ele deve estar disponível sempre que necessário para que as atividades não sofram prejuízo. Um carro utilitário é necessário para o transporte dos materiais, principalmente os mobiliários que não são possíveis de transportar em um carro comum. Para transportar o paciente, quando necessário para a realização de exames, consultas especializadas, etc., uma ambulância é imprescindível.

3-Comunicação

É primordial para o bom andamento do trabalho que a equipe tenha fácil acesso a um telefone. Ele é necessário para a comunicação da família com a equipe e vice-versa, além disso, será utilizado para a marcação de exames e consultas na rede referenciada. O telefone celular, rádios intercomunicadores, pager, são de grande valia para a comunicação da equipe com a família.

4- Cronograma de visitas

Um quadro branco ou uma lousa são fundamentais para a organização do trabalho. Nele deverão ser agendadas todas as visitas, marcação de exames, consultas, entrega de equipamentos, medicamentos, etc. Este agendamento pode ser feito diariamente ou nas reuniões semanais de equipe, o importante é que seja feito de uma forma que a equipe visualize todas as atividades a serem realizadas (ver modelo no final do Capítulo).

5- Equipamentos e materiais

Materiais de consumo

Alguns materiais de consumo deverão ser disponibilizados aos pacientes para garantir os procedimentos propostos e assegurar as normas de biossegurança.

Esses itens devem ser criteriosamente distribuídos, acompanhados das devidas orientações.

No que diz respeito à biossegurança deve-se fornecer uma cartilha de orientações e monitorar continuamente o uso dos equipamentos de proteção.

Atenção especial deve-se ter com caixas de descarte, que deverão ser recolhidas da casa do paciente.

Materiais de consumo mais utilizados	Equipamentos para empréstimo
Luvas	Cama hospitalar
Fraldas	Cadeira de rodas
Gazes	Cadeira de higiene
Espadrapo	Inaladores
Micropore	Muletas, Bengala e Andador
Uripen	Mesa para alimentação
Colchão caixa de ovo	Colchão de ar
Cobertura para curativos (hidrocoloides, carvão ativado, alginato, etc)	Foco
Máscara	Suporte de soro
Avental	Balança
Descarte	Aspirador
Comadre, Compadre, Papagaio, Patinho	Almofada de água ou Bóia
Soluções (hipoclorito, soro, desinfetantes, etc)	Óculos

Maletas

Devem ser práticas e resistentes, e organizadas de acordo com a atividade a ser desenvolvida, dentro das possibilidades de cada serviço.

Considera que as moradias na maioria das vezes não possuem espaço adequado, o trajeto a pé pode ser muito íngreme, portanto não devem ser muito grandes.

Sugere-se para cada maleta, a seguinte organização:

Curativos	Coleta
<ul style="list-style-type: none"> • gazes • esparadrapo • micropore • soro • luvas • cobertura indicada para o curativo • ficha de avaliação de feridas • medidor de feridas 	<ul style="list-style-type: none"> • seringas • agulhas • tubos para coleta • scalp • estante para transportar tubos • álcool • algodão • micropore • garrote • luvas • óculos de proteção • avental
Medicamentos	Avaliação clínica
<ul style="list-style-type: none"> • seringas • agulhas • álcool • algodão • medicamentos • equipo para soro • scalp • jelco • polifix 	<ul style="list-style-type: none"> • aparelho de PA • estetoscópio • abaixador de língua • termômetro • luvas • avental descartável • lanterna • otoscópio • martelo • fita métrica • pasta de impressos

6 - Registros e monitoramento

Os registros tem por objetivo dar subsídios para o controle e avaliação do serviço de ADT, além de permitir a produção científica e criação de tecnologias de trabalho que facilitem a sua organização.

- **Prontuário Institucional:**

Deve ser atualizado por todos os profissionais que assistem o paciente. Orienta-se que este prontuário não saia do serviço.

- **Prontuário Domiciliar:**

É uma exigência legal, que deve conter as principais informações sobre o diagnóstico, exames e evolução de todos os profissionais da equipe a cada visita.

Todas orientações e mudanças de conduta deverão estar registradas. Ele será útil para a orientação da família no tratamento, nas urgências e em caso de óbito. (ver modelos no Anexo A).

- Registro de avaliação:

É utilizado sempre que um novo caso chega para avaliação e fornece vários indicadores, como: origem do encaminhamento, tempo médio para a realização da avaliação a partir da solicitação, motivo da solicitação, perfil do paciente, tempo e distância percorrido até o domicílio e conduta proposta (ver modelo no Anexo B).

- Registro de matrícula:

Após a inclusão do paciente no serviço, ele será matriculado na ADT, e através desse registro será possível acompanhar toda a sua trajetória: tempo de permanência na ADT, internações hospitalares neste período, a alta com motivo, data e destino (ver modelo no Anexo B).

- Registro diário

Toda a produção diária deverá ser registrada por todos os profissionais da equipe. Este registro diferencia-se de outros pelo fato de ter 2 atividades distintas: no domicílio e na unidade onde a equipe presta serviço (ver modelo no Anexo B).

- Movimento de pacientes em atendimento

O registro mensal irá mostrar a entrada e saída de pacientes, seu perfil, diagnóstico, data de admissão, motivo e destino da alta, óbito e causa. Esse registro permite avaliar o perfil desses pacientes e do serviço sob os mais variados aspectos. (ver modelo no Anexo B)

- Livro de ocorrências (agenda, passagem de plantão, livro de ata, etc)

Deverá ser utilizado para anotar todas as atividades realizadas no dia, ele é importante para a comunicação e integração da equipe, facilitando assim a uniformidade das ações desenvolvidas.

Visita de avaliação e Processo do trabalho

a- Formas de captação da demanda

A demanda para avaliação pode ter várias origens: ambulatório, hospital dia, hospital convencional, pronto atendimento, familiares, ONGS e Casa de Apoio. O encaminhamento para a ADT deve ser acompanhado de relatório médico/social, últimos exames e diagnóstico. A partir desse encaminhamento é iniciado o processo de avaliação do caso.

b- Avaliação de casos encaminhados

- Coleta e discussão dos dados no prontuário e/ou encaminhamento: verificar a identificação do paciente, uma breve evolução do caso, motivos da solicitação, sinais e sintomas.
- Buscar informações complementares com outros profissionais que já atenderam o paciente no Serviço de Assistência Especializada - SAE, Hospital Dia – HD; Internação Convencional, etc.
- Avaliar se há condições de prestar assistência na casa do paciente e elaborar provável estratégia desta assistência.
- **Programar visita de avaliação no prazo máximo de 72 horas.**
- Verificar a localização do domicílio e estabelecer um itinerário.

- Verificar qual o horário mais adequado para a realização da 1ª visita, tanto para a família quanto para o serviço, e se possível confirmar a visita por telefone.
- Agendar ou confirmar veículo.

Para a visita de avaliação, sugere-se que a equipe defina pelo menos dois profissionais, de forma que contemple as demandas iniciais do paciente.

c- Preparo do material

Levar material de avaliação clínica e medicamentos para uma possível situação de emergência (antieméticos, analgésicos, antitérmicos, diuréticos, soro glicosado e soro fisiológico).

Levar impressos como: solicitação de exames, encaminhamentos, receituário, folha de evolução, papel carbono, caneta, etc.

d- Abordagem

Utilizar um veículo sem identificação da doença DST/aids.

Procurar vestir roupas comuns e avental (quanto ao uso do avental, avaliar a situação e posição da família).

Identificar-se com uso de crachá (com nome, local de trabalho e função). Não esquecer que o local de trabalho não deve mencionar o nome da doença.

Explicar os objetivos da visita.

Definir contrato de trabalho (Termo de compromisso, ver Anexo A).

Orientar sobre o funcionamento da ADT – especialmente sobre a condição da existência de um cuidador que deve seguir as orientações da equipe, clarificando os papéis de cada um, seus limites e possibilidades de assistência no domicílio.

É importante neste momento ouvir o que o paciente e a família têm a dizer, utilizar vocabulário simples, observar o ambiente, as reações das pessoas, certificar se todos sabem qual a patologia do paciente, evitar orientações/anotações muito longas, avaliar se houve compreensão e agendar uma próxima visita ou telefonema para comunicar a decisão da equipe de incluir ou não o paciente na ADT.

Fazer orientações, encaminhamentos ou assistência, dependendo da situação encontrada.

e- Registro de dados e avaliação

Registrar o atendimento no prontuário da unidade, se possível já com a avaliação da equipe quanto a inclusão ou não do paciente na ADT. Registrar também no livro de controle de plantão e no registro de produção diária. Informar o profissional que solicitou a avaliação o que ocorreu no atendimento e qual a decisão da equipe quanto a inclusão ou não do paciente no serviço.

f- Inclusão do paciente

- Na Unidade

Elaborar um projeto terapêutico interdisciplinar identificando necessidades materiais e profissionais.

Aprazar as visitas.

- No domicílio

Comunicar o paciente e família sobre a inclusão na ADT.

Orientar o paciente e família sobre:

- endereço e telefone para contato
- horário de atendimento
- participação da família
- equipe de referência
- tipo de assistência
- recursos disponíveis
- remoção e transporte do paciente
- prontuário domiciliar

Critérios de inclusão/indicação

A partir do momento da solicitação da avaliação, e durante seu processo alguns critérios devem estar previamente definidos, sempre se levando em conta a capacidade técnica e a disponibilidade da equipe no que se refere à carga horária e ao número de profissionais.

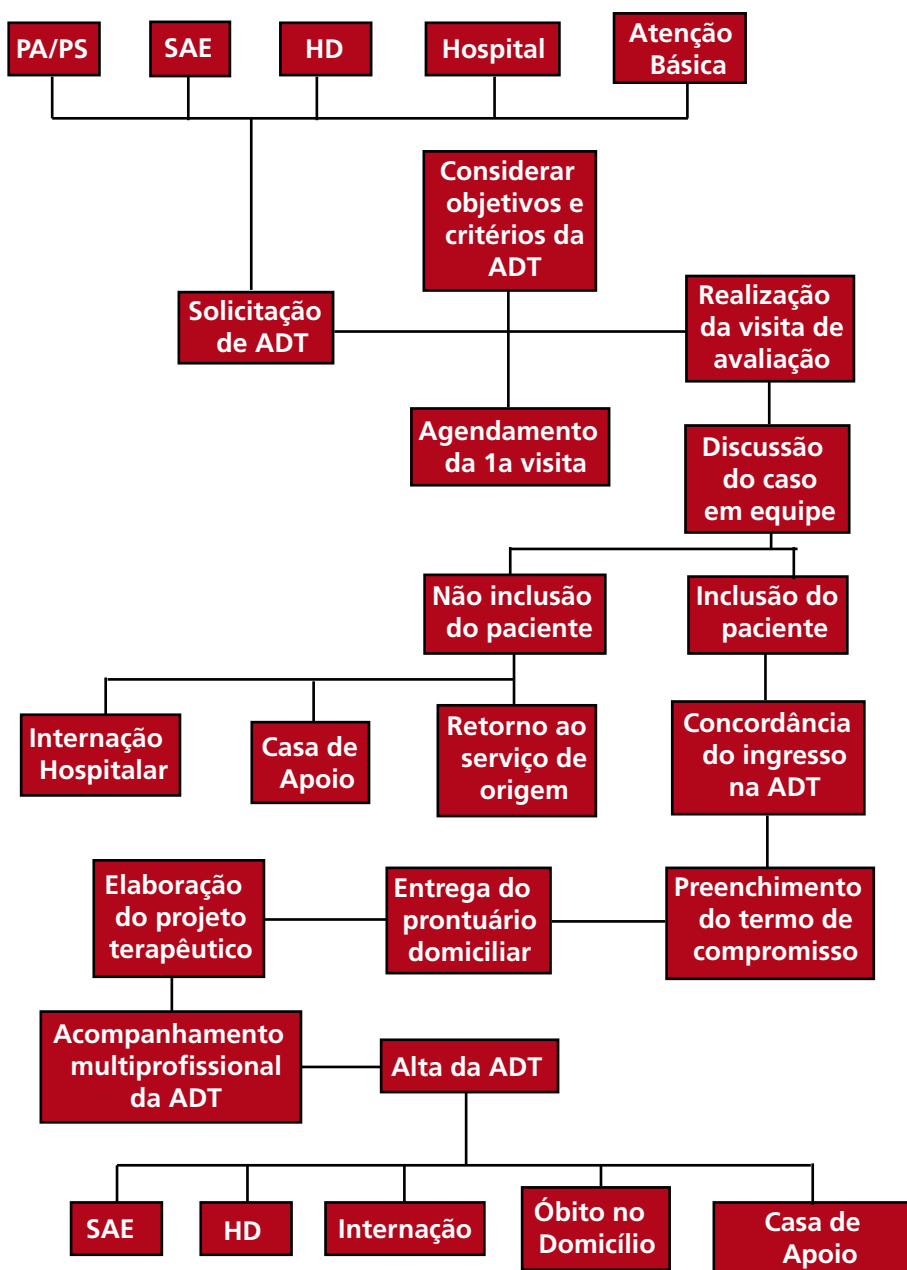
Deve-se avaliar os seguintes critérios:

- Área de abrangência: deverá ser delimitada uma área que permita a cobertura por parte da equipe. Avaliar para essa definição: quilômetros percorridos, tempo do percurso e dificuldades no acesso. Cada serviço deverá definir sua área de abrangência.
- Condições mínimas no domicílio: o tipo de habitação não deve ser levado em conta. O que geralmente se recomenda é que a condição mínima seja ter água e luz. Mesmo quando este recurso não estiver disponível verificar a possibilidade de equacionar a situação (por exemplo, em caso de corte de água por falta de pagamento).
- Cuidador: a ADT depende da participação de um cuidador. O tempo que irá dispor para o cuidado depende do grau de necessidade e dependência do paciente. Ele poderá ser um familiar, amigo, pessoas da comunidade que estejam disponível para o cuidado.
- Dificuldade na adesão: pacientes com dificuldade em aderir ao esquema terapêutico em ambulatório são candidatos a este tipo de assistência.
- Dificuldade parcial ou total para o acesso ao serviço de assistência associado a fatores orgânicos, sociais ou psicológicos.
- Cuidados específicos de enfermagem: curativos, medicamentos por via endovenosa, alimentação por sonda, aspiração e outros procedimentos.

Critérios de alta

- Resolução dos motivos de inclusão
- Falta de cuidador ou cuidador inadequado. Durante o atendimento pode-se reavaliar o cuidador e se verificar que ele não reúne condições de assumir o cuidado ou ele pode com o tempo, não querer continuar a assistência.
- Recusa de tratamento pelo paciente: esse critério só será efetivado após todas as tentativas de retomar o tratamento.
- Mudança da área de abrangência: durante o período de atendimento o paciente pode mudar de domicílio e impossibilitar o atendimento.
- Falta de condições básicas no domicílio: A falta de água ou luz, que não seja possível de ser religada inviabilizará o atendimento, assim como se o domicílio colocar em risco a família e/ou a equipe.
- Risco de vida para a equipe: em algumas situações a violência , questões relacionadas ao tráfico de drogas, ameaças de morte, podem determinar o encerramento do atendimento.
- Internação hospitalar: quando a ADT não oferecer as possibilidades terapêuticas de que o paciente necessite, ele deverá ser internado. Neste caso será considerada alta da ADT após 72hs de internação convencional.
- Casa de Apoio: em algumas situações o paciente pode perder o cuidador e será necessário que o paciente tenha acesso a uma Casa de Apoio. Cabe a equipe fazer o contato necessário, providenciar o relatório médico e social , além de providenciar o transporte do paciente. Se a Casa de Apoio for na área de abrangência, caberá a equipe da ADT continuar prestando seus serviços.
- Óbito.

Fluxograma de Funcionamento da ADT



CRONOGRAMA DE VISITAS (Modelo para quadro branco)

MÊS	_____/200					NOME DO PACIENTE	OBS.:
M	1.	2.	3.	4.	5.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12.	
T							
M	8.	9.	10.	11.	12.		
T							
M	15.	16.	17.	18.	19.		
T							
M	22.	23.	24.	25.	26.		
T							
M	29.	30.	31.				
T							



Avaliação e monitoramento

1 - Avaliação de serviço

2 - Avaliação da ADT: Indicadores de Qualidade do Serviço



Avaliação e monitoramento

1. AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS

José Ricardo Pio Marins

a) O que é avaliação?

Existem várias definições sobre avaliação, das quais selecionou-se as 3 seguintes, tendo em vista a possibilidade de apresentar ao leitor desde uma definição mais complexa até algumas mais sintéticas, buscando facilitar a compreensão da essência desta atividade.

É um processo que determina o alcance dos objetivos estabelecidos em um programa, sua adequação, eficiência/eficácia e sua aceitação por todas as partes envolvidas.

É uma comparação entre uma norma ou plano, em um momento situacional com a situação observada em outro momento.

É a emissão de um juízo de valor.

Assim é importante notar que em última instância “avaliar nada mais é do que fazer um julgamento” de algo previamente estabelecido, ou seja, emitir um “juízo de valor sobre dada realidade”. Desta maneira está implícito e pressuposto a existência anterior de objetivos, resultados esperados, método, etc. Portanto para avaliar é incondicional a existência de um projeto ou plano ou programa antecipadamente.

b) O que é um projeto, plano ou programa?

É uma proposição de intervenção sob uma dada realidade, visando modificá-la através de uma ação. Para tanto é necessário que se defina claramente qual é a intenção desta intervenção e como implementar a mudança desejada, tendo como finalidade atingir os resultados que se espera destes esforços.

De forma mais sistematizada podemos organizar o projeto respondendo aos seguintes questionamentos:

A - Qual é o problema?

B - O que se quer fazer?

- C - Porque se quer fazer?
- D - Como se quer fazer?
- E - O que se espera em consequência do que será feito?
- F - Em que tempo será feito e finalmente
- G - Qual o recurso financeiro disponível para a realização da intenção.

Assim, respondendo cada um destes itens, se compõe um projeto, o qual é composto das seguintes etapas:

- Objetivos Gerais
- Objetivos específicos
- Justificativa
- Método
- Resultados esperados
- Cronograma físico
- Cronograma financeiro

Esta organização do processo ou do desejo, ou ainda da intenção nos permite identificar a pertinência do esforço que será envidado, quais as condições materiais necessárias para sua efetivação, quais as condições políticas para que a decisão de realiza-lo seja tomada, qual o processo de trabalho a ser criado para que se possa implementa-lo, bem como quais os atores que devem ser envolvidos neste cenário. Ainda possibilita a identificação do montante dos recursos financeiros necessários, a viabilidade da sua realização no tempo e fundamentalmente evidencia o produto esperado e conseqüentemente seus benefícios.

c) Quando começa a avaliação:

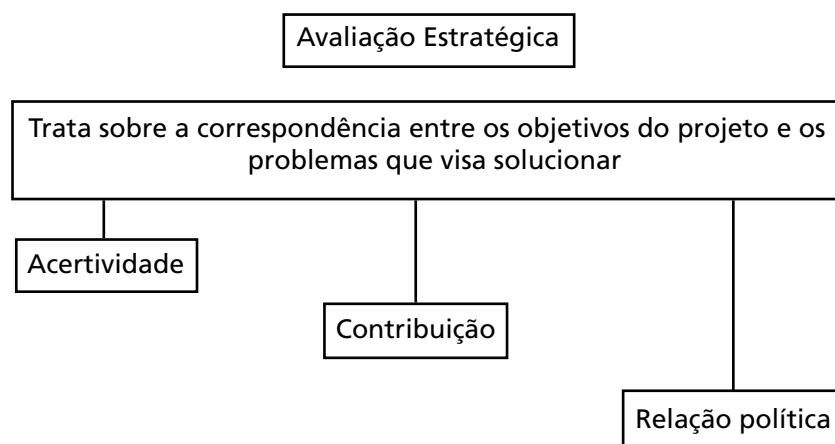
Já na construção do projeto a avaliação se faz presente, pois a decisão de se fazer algo, parte inicialmente o julgamento de uma situação que precisa ser mudada, assim já foi preciso julgar a relevância do problema para elegê-lo como alvo. Depois deste primeiro passo, a avaliação continua acontecendo, pois na medida que se vai definindo os objetivos, faz-se necessário julgar qual será o foco do problema a ser atingido. Nas outras etapas do projeto, a avaliação também vai acontecendo continua e sucessivamente, até que todas as respostas acima sejam encontradas.

Naturalmente, após a finalização da construção da proposta, é importante reanalisa-la, agora tendo a visão do todo e verificar se o que foi construído de fato vai de encontro com o que se deseja mudar, ou seja, se o projeto é assertivo. Outra questão a ser revista refere-se à viabilidade política do projeto, pois é necessário que haja interesse e, sobretudo possibilidade de consonância com as instâncias de decisão. Por fim, é preciso ver se os resultados que serão produzidos realmente irão contribuir para modificar o problema proposto.

É importante também responder neste momento quais são as chances do projeto acontecer da forma planejada, pois existem sempre fatores externos que podem oferecer riscos a sua viabilização e que não podem ser controlados. Para exemplificar, pode-se pensar: se a situação política mudar (nova eleição, mudança de chefias, etc.), o projeto continuaria a acontecer sem riscos? Se as condições econômicas do momento mudarem, os recursos mesmo assim estarão garantidos? É possível que

catástrofes naturais possam interferir nesta realização? Enfim, esta avaliação dos fatores externos, colaboram no sentido de evidenciar aos interessados no projeto quais são as possíveis chances da proposição acontecer ou não.

A este momento da avaliação, pode-se denominar de Avaliação Estratégica do projeto, a qual tem a seguinte função:



O momento seguinte é denominado de:

Avaliação Tática

Analisa as diferenças entre concepções do programa e Julga a relação entre objetivos específicos e resultados atividades realizadas e serviços produzidos, além de os recursos requeridos e os utilizados.

Tem 3 dimensões:

- Estrutura (verifica os meios)
- Processo (o como as coisas são feitas)
- Econômica (custo benefício, eficácia e utilidade)

Portanto este segundo momento tem um caráter mais operacional, visando verificar a coerência entre as várias dimensões que envolvem “o fazer” e tem um caráter mais contínuo, devendo ser feita no primeiro momento e posteriormente em distintos momentos do tempo, visando assegurar a efetivação do que foi previamente proposto.

d) Durante a execução do projeto, como saber se está se realizando o planejado?

Como um componente da avaliação tática tem-se que realizar um acompanhamento da efetivação ou não das tarefas propostas.

A este acompanhamento dá-se o nome de Monitoramento do projeto, ao qual pode-se definir como:

Monitoramento

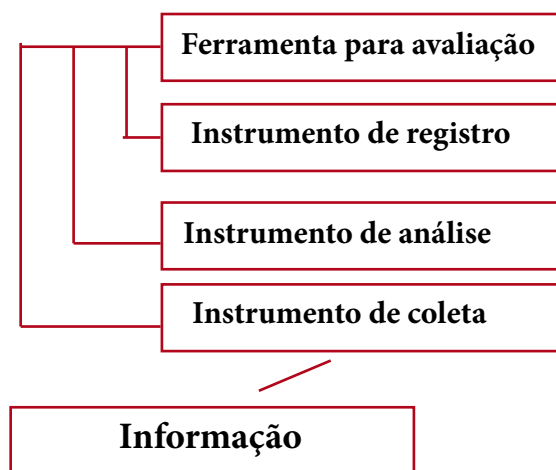
Atividades desenhadas para o seguimento de um programa ou projeto, relacionadas com o que deveria acontecer.

É uma vigilância que detecta os desvios do processo.

Portanto o monitoramento deve ser uma atividade contínua e por isto precisa contar com informações constantes do que esta sendo efetivado. Objetiva possibilitar a visualização de como as coisas estão se dando.

Para que isto ocorra, fica evidente que é fundamental a disponibilidade de dados que possam se constituir em informações sobre o projeto e conseqüentemente fica implícito o desenvolvimento de instrumentos que possibilitem o registro, coleta e análise das informações que sejam demonstrativas da realização das tarefas desejadas.

É bom lembrar que é o monitoramento o mecanismo gerencial que possibilita a correção dos desvios dos objetivos e o melhor alcance dos resultados esperados e que para operacionaliza-lo tem-se que ter ferramentas próprias:



e) Avaliação dos Resultados

Como todo projeto pressupõe um período de duração, usualmente, ao término do tempo previsto para sua duração, se realiza uma avaliação final, agora tendo em vista dimensionar os resultados obtidos, sua eficiência e ou eficácia.

Nesta etapa, pode-se então verificar se a ação implementada modificou o dado da realidade considerado problema e o quanto houve de mudança. A este tipo de julgamento denomina-se de:

AVALIAÇÃO de IMPACTO

Pode-se neste momento também, decidir-se identificar como os processos delineados para o cumprimento dos objetivos se deram e a isto denomina-se:

AVALIAÇÃO de PROCESSO

Desta maneira, avaliado se os resultados propostos foram obtidos, o processo avaliativo se finda e o julgamento dos efeitos decorrentes da ação proposta surge como revelador do quanto se conseguiu interferir no problema alvo.

f) Na prática:

São raras as situações em Saúde Pública onde se tem projetos, planos ou programas com uma visível duração restritas no tempo. Geralmente tem-se a percepção que os programas a nível da saúde coletiva tem longa duração ou muitos deles são até mesmo permanentes. Exemplo disto são os Programas de Controle de Diabetes, Hipertensão, DST/Aids, Tuberculose dentre outros tantos. No entanto é importante lembrar que esta atemporalidade é irreal pois em todos eles, no decorrer de sua execução, tem seus objetivos mudados sendo fundamental destacar que a cada mudança, na verdade está se definindo um novo projeto, o qual se ocupa do mesmo problema, só que agora com outro enfoque.

Portanto, mesmo na prática, é possível identificar-se o começo, meio e o fim de cada ação, o que possibilita a realização do processo avaliativo em toda sua extensão ou pelo menos em parte, pois muitas vezes diante da necessidade e da extensão temporal do projeto, pode-se realizar em alguns momentos da implementação do mesmo, avaliações pontuais, como denominado acima de avaliações táticas.

É importante lembrar que o que difere a avaliação do monitoramento é o fato de que:

A avaliação é pontual - se pretende examinar “como é”, “como poderia ser” e “o que deveria ser”.

g) É possível avaliar nas condições reais de trabalho?

A resposta é sim, desde que se defina:

Pressupostos para Avaliação

Para se definir estes, é necessário ter respostas a:

- É necessário avaliar?!
- É possível avaliar?
- Qual é o projeto que se quer avaliar?
- Deseja-se avaliar?
- O que se quer avaliar?
- Como se quer avaliar (complexidade)?
- Há meios para se avaliar?

É importante destacar, que na prática diária raramente se tem o projeto perfeitamente sistematizado, formalmente descrito em um documento, mas no entanto, as pessoas envolvidas no serviço geralmente sabem seus objetivos, o como fazem para atingi-los e o que esperam de sua intervenção. Assim, um bom começo para iniciar uma avaliação é resgatar esse projeto não registrado, informal e passa-lo para o papel de maneira a visualizar de forma uniforme todas as etapas do projeto.

Outro aspecto relevante é definir até que etapa da avaliação se pode fazer, ou seja, qual a Complexidade da Avaliação é possível realizar. Como já citado, um projeto usualmente tem várias dimensões e dependendo das condições existentes, pode-se eleger distintos aspectos a se avaliar. Naturalmente a avaliação mais desejada é aquela

que visa verificar se os objetivos foram atingidos, no entanto para conseguir isto, muitas vezes é indispensável um trabalho muito amplo e específico, que demanda muitas vezes recursos humanos e tempos disponíveis.

Desta maneira, frente à impossibilidade de realizar uma avaliação completa, ao invés de não se fazer nada, é melhor fazer o que é possível, sendo então necessário decidir o que avaliar frente as condições disponíveis e as distintas etapas do projeto.

h) Como eleger os aspectos a serem avaliados frente à impossibilidade de se realizar uma avaliação completa?

Sabe-se que alguns aspectos do projeto são vitais para se conseguir os resultados esperados, assim quando se esta frente a limitação que impede a realização de uma avaliação ampla, é possível que se tenha um bom indicativo do alcance dos objetivos ao avaliar-se alguns aspectos mais relevantes.

i) Como assim?

Sabe-se que os meios são fatores limitantes para a realização do projeto. Portanto ao avaliar-se a Estrutura (espaço físico, equipamentos, recursos humanos, retaguarda laboratorial, etc.), minimamente poderá verificar se há condições para as tarefas serem ou terem sido realizadas.

Uma avaliação um pouco mais sofisticada que esta, seria aquela que se proponha a verificar o Processo, ou seja, ver como as tarefas estão sendo realizadas, verificando, por exemplo, em um serviço de saúde como a demanda está sendo atendida, qual é a qualidade da conduta frente aos casos, qual é a resolutividade do serviço, etc.

Enfim o que se quer dizer é que podemos avaliar o projeto nos seus fins ou avaliar partes dele de forma a se ter indicativos de seu cumprimento.

j) Vejamos um experiência prática de Avaliação de um projeto:

Avaliação do perfil de admissão e alta dos pacientes em Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) no Estado de São Paulo, BR, 2000.

Marins JRP, Souza TRC, Silva IMF, Basso CR e Nemes MIB

**Avaliação apresentada na VIX International AIDS Conference - BARCELONA - 2002*

Introdução:

O Estado de São Paulo é a região mais afetada pela epidemia de Aids do Brasil; desenvolvendo por isso, grande rede de assistência a AIDS desde a década de 80. Dentre os serviços, existem 26 serviços de Assistência Domiciliar Terapêutica, que atendem grande número de doentes, no entanto, ainda não se tem dados ou avaliação sobre admissões, internações e altas. Estes elementos são considerados fundamentais tendo em vista as mudanças do padrão de morbimortalidade que observa-se desde a introdução da Terapia Antiretroviral Potente em dezembro de 1996 no país.

Portanto o objetivo deste trabalho é o de avaliar o perfil de admissão e alta dos pacientes atendidos no estado, no ano de 2000, esperando caracterizar possíveis mudanças do perfil da demandem relação ao período pré-ARV, no qual se tinha

como ponto central a assistência a doentes com poucas possibilidades terapêuticas e casos onde a intervenção não dependesse de complexidade tecnológica hospitalar.

Métodos:

Criação e aplicação de instrumento de avaliação das admissões e altas nas 26 ADT do Estado, no período de 04 a 12/2000, o qual foi preenchido por um técnico da equipe previamente treinado pelo grupo de avaliação. Utilizou-se o Epiinfo6.0 para confecção do banco de dados assim como para a análise, na qual calculou-se as frequências simples, relativas e as medidas de efeito.

Resultados:

Foram admitidos 148 pacientes nos serviços de ADT do Estado de São Paulo no ano 2000. As características demográficas mostraram que 35% dos pacientes eram do sexo feminino, no geral tinham idade média de 37 anos (DP=1,36), idade média no diagnóstico = 35 anos (DP=10) e o tempo médio entre diagnóstico e admissão = 35 meses (DP=42). A causa de admissão que mais se destacou foi a limitação física (33%) e o diagnóstico predominante foi o de Neurotoxoplasmose em fase de manutenção. Receberam altas 116 pacientes no período, sem diferença estatística entre sexo, idade e tempo de diagnóstico com os admitidos. O tempo médio de internação foi de 4 meses sendo que 44% tiveram alta por resolução da causa de admissão, 63% do total dos pacientes que tiveram alta voltaram para atendimento ambulatorial, porém 25% foram a óbito. Verificou-se existência de pacientes admitidos para o tratamento de Infecções Oportunistas Agudas, tais como Neurocriptococose, Pneumocistose, CMV e outras, que atingiram mais de 5% das causas admissão conhecidas.

Conclusões:

Apesar da garantia de acesso a serviços especializados em Aids, muitos dos casos tiveram diagnóstico tardio, pois se verificou que boa parte dos admitidos sabiam da sua condição sorológica a pouco tempo ou mesmo no momento da admissão. Tem havido melhora expressiva na recuperação dos doentes, mas a mortalidade ainda é alta. Há necessidade de monitoramento dos serviços, observando-se o interesse de ampliação do diagnóstico precoce e, por conseguinte minimizarão de morbimortalidade evitável. A ADT tem um perfil distinto de pacientes, pois no momento a maioria das internações é mais curta e a maior parte dos doentes recebe alta com retorno ao acompanhamento ambulatorial. Finalmente é necessário discutir com as equipes de ADT, se os casos em fase aguda de doenças oportunistas devem ser atendidos nesta modalidade assistencial, pois é preciso ter claro que este tipo de atendimento não deve privar o usuário do acesso a tecnologia hospitalar e dos possíveis benefícios que tal atendimento pode garantir nas fases mais críticas destas patologias.

2. AVALIAÇÃO DA ADT: INDICADORES DE QUALIDADE DO SERVIÇO

Angela M^a Caulyt Santos da Silva

*“(...) E assim, quando mais tarde me procure
Quem sabe a morte, angústia de quem vive
Quem sabe a solidão, fim de quem ama.*

*Eu possa me dizer do amor (que tive):
Que não seja imortal, posto que é chama
Mas que seja infinito enquanto dure.”
Vinícius de Moraes*

A palavra avaliação vem do latim “valore” = apreciação, análise, diagnóstico. Refere-se ao ato do efeito de determinar a qualidade ou o valor de um objeto.

Segundo Weiss apud Aguilar e Ander-Egg (1995:31) “A avaliação analisa a relação programa/necessidade social, medindo o grau e, se possível, a profundidade, em que seus fins são alcançados e, portanto, as necessidades satisfeitas e os problemas solucionados”.

Conforme estudo realizado em 1999, no programa de ADT da Secretaria de Estado da Saúde, sediado no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes – Vitória/ES, no qual a metodologia do trabalho teve como base uma investigação teórica e empírica, traçou-se o perfil sócio-econômico e clínico de 25 (vinte cinco) pacientes acompanhados desde a implantação do serviço em Novembro/97 a Fevereiro/99.

Em nível qualitativo foram eleitas as categorias: assistência; adesão ao tratamento; desospitalização; responsabilização e vínculo; avaliação do funcionamento e atores envolvidos.

Na análise valorativa, contemplou-se o enfoque dos usuários e dos profissionais (dados primários), utilizando técnicas descritiva e de história oral. Foram aplicados os seguintes instrumentos: questionário, roteiro de entrevista com pacientes e cuidadores para identificar a percepção quanto ao serviço e roteiro de entrevista com grupo focal – profissionais, para identificar a representação social do serviço e suas práticas. Relatórios de atividades e prontuários (dados secundários).

Através de um estudo exploratório, as técnicas utilizadas, permitiram a formação de um tripé constituído de: estrutura, processo e resultados.

1. **A estrutura** foi entendida enquanto:

- composição da equipe e carga horária de cada profissional;
- localização física próxima aos outros serviços de HIV/Aids e casa de apoio;
- área de abrangência e população;
- comparativo de número de pacientes atendidos nos meses de Dez/98 e Jan e Fev/99 na ADT, na Enfermaria e no Ambulatório de HIV/Aids;
- condições de biossegurança e
- condições de esterilização dos materiais e equipamentos.

2. No **processo** foram destacadas como principais atividades da ADT:

- orientações;
- encaminhamentos a recursos comunitários e/ou institucionais;
- repasse de medicamentos anti-retrovirais e para doenças oportunistas;
- repasse de cestas básicas;
- coletas de exames e curativos,
- consultas;
- aplicações de medicamentos;
- procedimentos clínicos; psicológicos e sociais ;
- empréstimo de materiais e ou equipamentos;
- visitas domiciliares diárias aos pacientes em ADT;
- visitas à casa de apoio;
- visitas semanais à Enfermaria;
- reuniões diárias e semanais da equipe de ADT para discussão de casos e projeto terapêutico;
- reuniões com a Coordenação Estadual de DST/Aids e a Direção do Hospital;
- supervisão psicológica da equipe, quinzenalmente;
- registro diário em prontuários;
- registro de atividades administrativas: produção diária e mensal, controle de equipamentos emprestados e de materiais doados;
- registro em quadro “branco” das necessidades dos pacientes e providências;
- contatos com equipes dos serviços em HIV/Aids do Hospital, da Secretaria de Estado da Saúde e outros, para abastecer informações e recursos; e
- capacitação da equipe.

3. Para a obtenção dos **resultados** identificamos através de coleta de dados: que 92% dos pacientes já haviam se internado convencionalmente antes da admissão na ADT. Destes apenas 30% tiveram uma única internação, neste caso a ADT substituiu uma provável hospitalização e conseqüente ocupação de leito.

Considerando os 3 últimos meses da pesquisa (Dezembro/98 a Fevereiro/99) a ADT atendeu a 29 casos, quantidade esta representada no mesmo período, por 31 casos na internação convencional (Enfermaria).

De acordo com a proposta da ADT, esperava-se que a maioria dos encaminhamentos fosse procedente da internação convencional, conforme pesquisa (1998), da Coordenação Nacional de DST/Aids: 46% da internação convencional, 25% do SAE, 5% do Ambulatório.

Este estudo também apontou uma inversão, que é oriunda do Ambulatório, o que nos leva a concluir que existe uma demanda reprimida mediante os 60% dos casos – Ambulatório, 24% dos casos – Hospital-Dia e somente 16% dos casos da internação convencional. Por outro lado os pacientes do Ambulatório encaminhados à ADT, deixam de ter uma futura internação convencional.

Se pensarmos na dinâmica de referência e contra referência dos serviços, expressa nos gráficos: origem e encaminhamento após alta da ADT, constataremos que o maior

índice é referente ao Ambulatório. Os 40% dos pacientes em alta da ADT retornam para o próprio Ambulatório. Os 20% restantes retornam aos outros serviços ou recebem alta por óbito no domicílio, assistido pela equipe ADT.

O **Índice de Karnofsky** (escala que varia de 0 a 100 para avaliação do grau de comprometimento motor) situa-se em torno de 40 no início do tratamento em ADT. No nosso caso, metade dos pacientes encontra-se neste índice, e se os índices inferiores forem acrescidos, iremos obter 79,17%. Portanto, pacientes que necessitam de cuidados gerais, com perfil para ADT.

Os resultados conferem resolutividade a esta modalidade de assistência à saúde, denominada –ADT, devido à capacidade de reabilitação.

Amplia-se o conceito de Assistência Domiciliar Terapêutica enquanto possibilidade de tratar e cuidar, não somente de pacientes terminais.

Grande parte das pessoas espera que o óbito ocorra na instituição hospitalar. Esta questão também é trabalhada pela equipe de ADT que prepara tanto a família quanto o paciente para que o mesmo ocorra no domicílio, apresentando aceitabilidade em 40% dos casos, cumprindo assim, um dos objetivos da ADT.

Nos primeiros atendimentos realizados em ADT havia um grande número de pacientes com perfil clássico, ou seja, com sérios agravos e limitação física decorrente de seqüelas de doenças neurológicas e ou em fase terminal.

Devido ao uso de anti-retrovirais e à melhoria da qualidade de vida, ocorreu controle no tratamento da doença e o retardamento dos óbitos. Com esta mudança no perfil da doença, a equipe ampliou o atendimento a outras instituições.

No que se refere à percepção dos usuários, a ADT é um serviço criado para facilitar e atender as pessoas que necessitam de ajuda, com atendimento multiprofissional prestativo e de qualidade, em seus domicílios.

A pesquisa apontou o aspecto social e humanitário da ADT, que ocorre nas novas relações sociais e profissionais entre equipe, pacientes e familiares, além da vantagem na redução de custos financeiros frente à cronicidade da Aids e à saturação dos serviços públicos de saúde.

Tecendo um elo entre o estudo realizado no início da ADT – Vitória/ES e a realidade atual

No período pesquisado a meta era ampliar o serviço, o que hoje já se tornou uma realidade, através dos convênios firmados com a Santa Casa de Misericórdia de Vitória em Junho/99, com o Centro de Referência em DST/Aids da Prefeitura Municipal de Vitória em Julho/00 e anteriormente o Hospital Dório Silva (hospital da rede estadual).

Em toda prática social, há necessidade de um tempo considerável (aproximadamente um ano e meio), após a implantação e implementação do programa para que haja por parte dos atores envolvidos, incorporação e maturação logística, política e conceitual.

Por mais que queiramos debruçar em um objeto de pesquisa a nossa visão estará impregnada de subjetividade e por mais que queiramos controlar, avaliar para

retroalimentar o nosso trabalho, depararemos com a imensidão de acontecimentos e oportunidades que a realidade social nos oferece. Portanto, convidamos à reflexão sobre a metáfora da “teoria do caos”, parafraseando Briggs e Peat (2000:19), *“ajudamos a lidar com tais situações porque revela que, além e entre as nossas tentativas de controlar e definir a realidade, encontra-se o rico – talvez até infinito – reino da sutileza e da ambigüidade, onde se vive a vida real”*.

Assim, a partir do estudo realizado onde verificamos que a avaliação do atendimento em ADT por profissionais, pacientes e cuidadores, está relacionada às expectativas e necessidades destes enquanto participantes dos serviços públicos de saúde e principalmente com a nossa experiência acumulada desde então, sugerimos alguns indicadores que poderão ser usados para avaliar a qualidade do serviço:

1. A relação equipe-paciente

A qualidade da relação equipe-paciente é fundamental. O atendimento realizado pela equipe da ADT envolve o profissional (esfera institucional/pública) e o paciente (esfera privada/particular). Sem dúvida, quando a relação paciente-profissional é constituída com respeito e afeto, forma-se uma aliança indispensável para um trabalho efetivo.

A qualidade do trabalho da equipe junto ao paciente é indispensável para o resgate da auto-estima do mesmo, assim como para sua adesão ao tratamento e resgate de sua vida pessoal, familiar e social. É importante lembrar que, para garantir a qualidade de atendimento, é preciso que o próprio profissional esteja atento a seus preconceitos em relação à doença e ao doente, respeitando o contexto sócio-cultural do paciente/família.

Se por um lado, a ADT pressupõe uma maior exigência e responsabilidade ao cuidador, por outro lado, o paciente tem maior flexibilidade para receber carinho de familiares e amigos e atenção da equipe. Determina o recebimento ou não de visitas, ou opina sobre o horário de alimentação. É o próprio paciente, que neste caso assume o papel de agente de suas próprias escolhas e decisões.

2. Método de trabalho

O trabalho na ADT é todo desenvolvido com intenso fluxo de comunicação, desde o serviço referência que encaminha o paciente e familiar/cuidador, ao seu acolhimento na admissão até a alta da ADT.

Destacamos aqui, a nossa experiência com a realização de reuniões mensais “Encontro com Cuidadores” e a “re-codificação” dos horários e quantidade de medicamentos, mediante a confecção de mapa/cartaz de medicações. Estes dois momentos possibilitam esclarecer dúvidas, trocar informações e experiências e principalmente trazer o sentido “sentido” do movimento de cada ator social frente ao “controle” da doença, e mais do que informação-experiência, permitir a dimensão social que emerge nas relações interpessoais.

A comunicação entre os profissionais da equipe é de fundamental importância, pois os olhares e saberes diferentes sobre o nosso objeto de estudo e investigação e na elaboração do projeto terapêutico perpassa a troca. Portanto, são várias subjetividades construindo a intervenção na realidade social também subjetiva, fenomenologicamente, falando: do “ser-paciente” ou do “ser-usuário”.

A grande vantagem, e ao mesmo tempo, uma característica do trabalho na ADT é poder garantir ao paciente, a continuidade da assistência multiprofissional necessária, sem retirá-lo do aconchego de seu próprio domicílio, preservando assim, a sua individualidade, identidade e liberdade de decisão em vários aspectos de sua rotina diária.

Considerando que às vezes há demandas oriundas do paciente, em outras, de seus familiares/cuidadores, faz-se temporariamente o atendimento desses pacientes encaminhados pela equipe ADT, em casas de apoio.

3. Aspectos humanitários da equipe

O consentimento para a atuação na ADT e atendimento das necessidades dos pacientes e cuidadores, ocorre mediante a certeza de que os objetivos comuns, para o cuidador e para a equipe de saúde, consistem em controlar na medida do possível a doença, conferindo ao paciente um tratamento mais digno que não se restrinja à doação e controle dos medicamentos.

Humanizar é garantir a dignidade, é isso que permeia a ADT. O relacionamento respeitoso que é vivenciado entre os atores envolvidos, ocorre porque o paciente e o cuidador avaliam o tratamento dispensado pela equipe como mais humanizado, onde é permitido falar e ouvir, e os profissionais estão atentos às necessidades que emergem e não só as que se relacionam à doença.

4. Confiança e rapidez no atendimento

O processo de trabalho, objetivos e finalidades da ADT estão inseridos no espírito de assistência integral/ajuda/colaboração/solidariedade. Assegura-se o compromisso da prestação de serviço em equipe, possibilitando um canal de comunicação e expressão entre paciente/cuidador/família/equipe, que facilitará a complementação e continuidade das ações por parte do cuidador.

Confiar na equipe é essencial para que o projeto terapêutico seja desenvolvido com sucesso pelo paciente e seu cuidador. A equipe de ADT deve estar comprometida com o paciente e seu cuidador.

Além da qualificação técnica específica, a equipe deve ser capaz de lidar com as intercorrências que surgirem durante o tratamento, desde agravamento da doença, conflitos familiares, dificuldades para lidar com a possibilidade de morte e enfrentamento do óbito.

Para funcionar em sua plena capacidade, recomenda-se à equipe que discuta suas dificuldades através de esquemas de supervisão, avaliação e atualizações regulares.

É importante ressaltar aqui que o tempo entre a solicitação de inserção na ADT/visita de avaliação e espaçamento entre as visitas favorecem ou comprometem o atendimento na ADT.

5. Fornecimento de recursos materiais

Nem todo Projeto Terapêutico necessita de equipamentos e recursos materiais para ser desenvolvido. Porém quando isso se fizer necessário, cabe a equipe fornecer/emprestar equipamentos que facilitem, a recuperação do paciente.

A comodidade de ter uma equipe de saúde prestando atendimento domiciliar, as orientações estimulando o paciente, o auto - cuidado, o desempenho do cuidador

e da equipe, são fatores que com certeza trarão bons resultados ao tratamento, permitindo-se avaliar questões complexas, como a adesão. Isso só é possível porque o atendimento domiciliar inclui o empréstimo de equipamentos necessários à recuperação do paciente.

Entre os equipamentos básicos que podem ser disponibilizados estão: andador, aspirador, balança, cadeira de banho, cadeira de rodas, colchão d'água, equipamentos para exame físico, inalador portátil, muletas, “comadre”, suporte para soro, termômetro, medicamentos necessários, etc.

Para garantir a qualidade do serviço a equipe da ADT deve contar com o apoio logístico ou buscar os recursos necessários na comunidade.

6. Treinamento adequado

Uma equipe de ADT deve ser treinada segundo os procedimentos norteadores dessa modalidade de assistência, e principalmente: estar comprometida com o processo de construção em equipe multidisciplinar, da prática social – ADT, que por mais que se tenham manuais e treinamentos..., em cada local um ADT será único.

A ADT representa uma estrutura altamente vantajosa na atenção à saúde de pacientes com alto grau de dependência. Neste contexto, os pacientes com aids se encontram como grandes beneficiários deste tipo de assistência.

Esta ação mostra-se vantajoso tanto do ponto de vista da humanização do atendimento, como também demonstra ser de boa resolutividade e de custo vantajoso para as instituições de saúde.

Na estruturação da ADT o atendimento interprofissional tem-se mostrado como a melhor alternativa, dada a complexidade e a multiplicidade das variáveis a serem consideradas pelos profissionais na programação das ações de saúde desta população. É preciso apostar na capacidade dos profissionais de saúde de reverem suas práticas, possibilitando a construção de um trabalho inovador em aids.

O ANEXO C – “Satisfação dos usuários”, é um modelo que poderá ser utilizado como um instrumento de avaliação dos aspectos acima discutidos. Quando avaliamos as expectativas do paciente com relação ao atendimento, como a equipe desenvolve suas atribuições e as respostas do paciente/cuidador, temos dados valiosos para avaliar a nossa prática e modificá-la com ganhos tanto para equipe da ADT, como para qualidade de vida de nossos usuários.



**A Assistência Domiciliar
de Pacientes com Aids à
Luz da Bioética**



A Assistência Domiciliar de Pacientes com Aids a Luz da Bioética

Eduardo Ronner Lagonegro

Os profissionais da saúde na sua rotina de trabalho usualmente pautam suas atitudes baseados em normas e regras que remetem aos códigos deontológicos de uma determinada profissão ou código de ética profissional, sendo assim códigos de ética normativos.

No início dos anos 70 surgiu nos EUA o conceito de bioética com finalidade reflexiva sobre questões e dilemas morais oriundos da prática médica com enfoque interdisciplinar para proteção das pessoas, sejam elas pacientes, profissionais ou membros da comunidade. A bioética não é normativa, ela integraliza ou completa a ética corporativa ou da prática profissional, dá abrangência aos problemas relacionados com a vida e a saúde configurando-se como uma ética aplicada. As antíteses entre pode versus não pode, permitido versus vetado, diluem-se numa gama extremamente variada de possibilidades a serem apresentadas.

A bioética apareceu com intuito de administrar dilemas éticos dentro de instituições gerados principalmente pelos avanços tecnológicos que provocaram distorções, e um certo distanciamento entre o doente e o profissional, e qual a melhor forma de tratá-lo, permitindo o uso crítico da tecnologia.

No contexto domiciliar, o emprego da bioética nos faz repensar modelos assistenciais na promoção de ações de saúde e de uma certa forma ponderar sobre o uso inteligente e mais racional da tecnologia. Faz-nos voltar mais a atenção para o indivíduo que está doente, a família, amigos e suas correlações no ambiente doméstico.

Na intenção de nortear o exercício profissional na Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), reconhecendo seus conflitos potenciais, suas demandas e a necessidade de priorizá-las de acordo com cada caso, podemos nos valer dos **Princípios da Bioética**:

- 1- **Princípio da Autonomia** - o direito de que as pessoas têm de decidir sobre o que é melhor para elas mesmas.
- 2- **Princípio da Beneficência ou não maleficência** - oferecer o que é melhor ou menos prejudicial ao paciente. Não causar, prevenir e retirar danos que porventura tenham ocorrido.
- 3- **Princípio da Equidade** - direito do paciente de ter acesso à todos os recursos disponíveis.

Pensando e agindo em equipe com base nesses princípios aliados ao uso do senso comum e discussões que permitam expandir possibilidades, podemos iniciar com boa saúde esta modalidade de atendimento. Além de tratar de assuntos básicos para o atendimento domiciliar, também trata a individualização de cada situação, cada caso é um caso. Reflexão, ponderação e literalmente “botar a cabeça prá pensar” propondo alternativas que driblem o cotidiano com naturalidade, com o propósito de ser terapêutico.

Nossa casa, nosso refúgio! Quão particulares coisas, atitudes, modo de agir e de relacionar-se com as pessoas que lá residem podem ser! Além disso, se pudermos compreender que em uma situação de doença, quanto esta dinâmica pode estar alterada, quantos conflitos podem emergir! Lembremos da discriminação social e preconceito que comumente acompanham o diagnóstico da aids, apesar de termos evoluído muito ultimamente neste terreno. A aids traz uma riqueza adicional de desafios a bioética, a começar por termos que lidar com o nosso próprio preconceito. Além disto, nos conduz a reflexões sobre a conduta e a diversidade de padrões morais de comportamento.

Pensemos no hospital como instituição de saúde. Quando a porta do hospital se fecha e atrás dela está um doente, que mundo novo o aguarda? Na internação hospitalar, determinadas condutas baseadas na rotina, por si fazem o andamento do caso, mesmo assim ainda existem muitas situações em que a ponderação e atitudes pensadas e compartilhadas podem auxiliar o bom andamento e propiciar bem estar ao paciente, tranquilidade e eficiência para o trabalho da equipe de saúde. Pois bem, façamos agora uma fusão entre o Lar e o Hospital, é possível?

Existem algumas particularidades quando da transformação do lar em algo muito próximo a um hospital. A começar pelo prontuário do paciente, na ADT utilizamos o prontuário domiciliar que fica na casa. Na ADT o prontuário fica no domicílio e semelhante a um hospital, estabelecem-se regras com o cuidador e paciente em que lugar ficará e quem poderá ter acesso ao prontuário.

Outro aspecto importante é o cuidador. O paciente tem que ter um cuidador. No domicílio ele é eleito, seja ele da família ou contratado, não importa, tem que ter alguém. É um critério fundamental de inclusão para a realização deste programa. Existem alguns casos em que apenas o cuidador conhece o diagnóstico do paciente.

No domicílio o paciente manda, a família manda, tem que seguir as normas e regras da família. Diferentemente de como ocorre dentro dos hospitais, onde quem manda é a equipe de saúde, e que por ocasião da internação de um paciente, este fica sob a responsabilidade legal do médico e da instituição que o assiste.

A boa qualidade de vida ou de morte é o principal objetivo. O paciente se mantém no aconchego do lar, mesmo sob uma situação clínica relativamente complexa, com sua família, resgatando vínculos familiares mesmo em condições da terminalidade de sua doença. No caso do paciente terminal, a equipe tenta negociar com o paciente e com a família como pode ser esta última etapa de sua jornada.

No agravamento da doença pode ocorrer o retorno do paciente para a unidade de internação hospitalar. Quando ocorre óbito, a equipe pode ou não estar presente no ato de morrer. Neste caso ocorrem algumas visitas pós-óbito com finalidade de encerrar um relacionamento que foi iniciado e dar conforto à família.

Alguns cuidados devem ser tomados para não chamar atenção quando a casa é transformada em unidade de saúde. São problemas de ordem prática que surgem no decorrer da implantação desta modalidade de atendimento. Alguns deles podem ser resolvidos com criatividade e improvisos, formas de trabalho bastante úteis e definitivamente em alta, formas de trabalho bastante úteis e definitivamente em alta quando se pensa na aplicação da bioética no dia a dia. Veículos, crachás, aventais ou qualquer outro objeto identificado como pertencentes a unidades especializadas no atendimento à pessoas com aids devem ser suprimidos, pois expõe o diagnóstico e pode quebrar o sigilo da relação estabelecida.

Cuidado adicional deve ser feito com o motorista do automóvel que transportou a equipe, ele faz parte da equipe mínima do atendimento domiciliar. Quando todos estão lá dentro lidando com a situação de atenção e cuidados primários ao paciente, lá fora está outro perigo. Deve-se contemplar o mínimo de orientação, pois ele fica do lado de fora da casa e que não fale coisas como, por exemplo: mencionar a qual instituição pertence, o que está fazendo ali. Lembremos de que estamos levando interrogações aos vizinhos, e a curiosidade e interesse pela vida alheia permeiam nossa cultura.

Atenção com as visitas que por ventura estejam dentro da casa, procurar observar qual o grau de informações que essa ou essas pessoas têm acerca do diagnóstico do paciente.

Vale ressaltar o cuidado para que a equipe não se torne paternalista em algumas instâncias, atentar para demanda social (pobreza) que às vezes pode fazer parte do cenário na ADT. O paternalismo pode comprometer todo o processo terapêutico. Quando isto acontece, o integrante da equipe que está muito envolvido poderá ser afastado.

Reuniões periódicas de discussão de caso são necessárias e bastante elucidativas para que toda a equipe possa discutir estratégias mais adequadas para condução do caso. Um bom exercício é vivenciar o campo, refletir, compartilhar decisões, ponderar, vislumbrar possibilidades para poder evoluir neste caminho de transformação das práticas de atenção à saúde que temos assistido e participado ultimamente.

Após essa reflexão, considerando os Princípios da Bioética, não devemos nos esquecer que é de fundamental importância resgatar a autonomia do paciente e de sua família, oferecendo o que há de melhor e garantindo o acesso a todos os recursos da comunidade no contexto da ADT, objetivando a melhoria da qualidade de vida.

Finalizando, gostaria de lembrar uma frase que ouvi certa vez em uma aula de bioética, e que me marcou muito. Ela reúne particularidades do cotidiano da gente, cuidadores da saúde e nunca quero esquecê-la:

Postulado de Holmes: *“Curar raramente, aliviar as vezes, confortar sempre.”*

IV

Cuidados Paliativos na Assistência Domiciliar Terapêutica



Cuidados paliativos na assistência domiciliar terapêutica

Tânia Regina Corrêa de Souza
Kátia Galbinski

A aids é uma doença ainda em ascensão em quase todos os países, principalmente os mais empobrecidos, como alguns do continente africano e do Sul e Sudeste da Ásia.

Apesar dos progressos das novas terapias antiretrovirais, com impacto na qualidade de vida e na sobrevivência dos pacientes que as utilizam, sabemos que muitos deles não têm acesso a isto e mesmo os que a utilizam já sofrem o impacto de resistência. No entanto, pacientes continuam a sofrer e a morrer, necessitando cada vez mais de cuidados paliativos.

Há várias definições de cuidados paliativos. A Palliative Care Foundation, em 1981, definiu como os “cuidados totais na doença avançada, no momento em que a doença não responde aos tratamentos tradicionais objetivando a cura e o prolongamento da vida, e quando o foco é o controle dos sintomas”. É uma abordagem multiprofissional e inclui o paciente, a família e a comunidade.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, de 1990, “os cuidados paliativos são os cuidados totais e ativos aos pacientes cuja doença não responde mais aos tratamentos curativos, e quando o controle da dor e de outros sintomas psicológicos, sociais e espirituais tornam-se prioridade. O objetivo é oferecer a melhor qualidade de vida possível aos pacientes e familiares”.

A expressão “qualidade de vida” se refere tanto às experiências que dão sentido à vida quanto às condições que permitem que a pessoa tenha essas experiências. Muitas intervenções da Medicina Curativa e Cuidados Paliativos são centradas nas condições que permitem as pessoas terem experiências que fazem a vida valer a pena.

Sobreviver, sem dúvida, é condição sine qua non para todas as experiências. Pacientes e familiares sabem, por experiência própria, que estar biologicamente vivo é importante, porém não é o suficiente para tornar a vida significativa.

Aliviar a dor e outros sintomas desagradáveis é uma das condições que os doentes crônicos e pessoas no fim da vida mais necessitam para poderem usufruir, da melhor forma possível, o restante de suas vidas. Ter seu tempo todo ocupado com a luta contra sintomas estressantes, se constitui em uma perda de tempo, coisa que essas pessoas, muitas vezes, não têm muito.

O fato é que qualidade de vida é definida, em sua maior parte, pelo paciente e seus familiares e varia de acordo com suas experiências passadas. Por exemplo, para um médico ou enfermeira qualidade de vida pode ser ter acesso a um bom suporte social, porém para o paciente pode ser se livrar daquela diarreia crônica. Qualidade de vida, portanto, pode ser diferente para cada pessoa. É preciso ouvir o paciente e seus familiares a fim de adotar a melhor estratégia para melhorar a qualidade de vida desta pessoa.

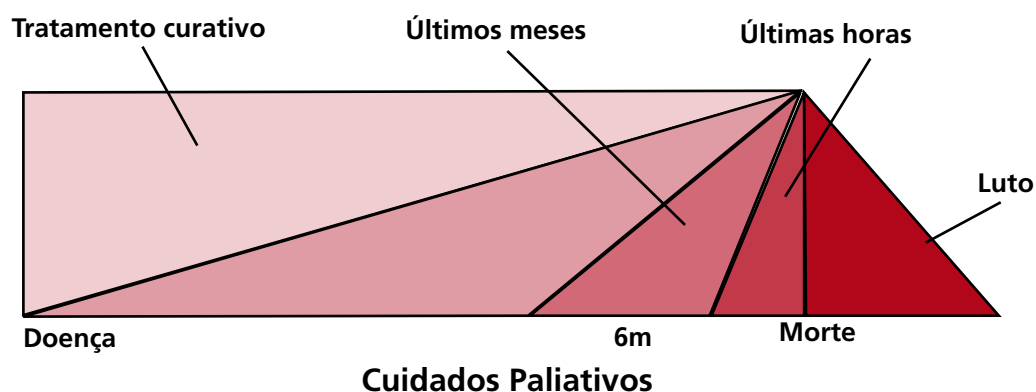
A definição da OMS pode ser facilmente adaptada para o HIV/aids, porém o pensamento contemporâneo reconhece que muitos aspectos dos cuidados paliativos são aplicáveis desde o diagnóstico e durante todo o curso da doença. Termos freqüentemente ligados aos cuidados paliativos como hospice e cuidados terminais, não são utilizados. O hospice é uma filosofia de assistência e é geralmente utilizada para identificar um, entre tantos lugares, onde a medicina paliativa é praticada. Cuidados terminais se referem aos cuidados no fim da vida, com o foco na morte e no morrer. Essa é apenas uma parte da medicina paliativa. Os cuidados paliativos intervêm no curso da doença incurável com uma variedade de ferramentas e com a visão de que o paciente é um ser psicológico, social e espiritual capaz de vivenciar a dor e o sofrimento em cada uma dessas áreas.

O avanço da terapia antiretroviral não dispensou os profissionais de saúde de se familiarizarem com os princípios e a prática da medicina paliativa. À medida que as pessoas com HIV/aids vivem mais, as chances de vivenciarem sintomas que necessitam de cuidados paliativos, também podem aumentar. Adicionalmente, as novas drogas ou esquemas terapêuticos, podem acentuar sintomas ou efeitos colaterais e as estratégias paliativas podem trazer grande benefício ao paciente, melhorando a tolerância ao medicamento e aumentando a adesão ao tratamento.

O Ministério da Saúde tem como meta a implantação dos Cuidados Paliativos em todos os serviços de assistência especializada em HIV/aids, visando a melhoria da qualidade de vida desses pacientes com equilíbrio entre os aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais.

É um grande desafio modificar a percepção de que cuidados paliativos não são restritos a pacientes terminais, e reconhecer que vários dos seus aspectos devem ser aplicáveis desde o diagnóstico da infecção, mesmo quando o indivíduo se encontrar ainda assintomático. Portanto faz-se necessário ressaltar que esse tipo de cuidado não se opõe aos cuidados curativos, mas implicam a continuidade dos cuidados e a complementaridade das duas abordagens. A ilustração abaixo demonstra esta concepção, pois na medida em que se assume a aids como uma doença crônica, possibilita-se a utilização desse modelo em todo o curso da infecção/doença.

Evolução dos Cuidados Paliativos



Os cuidados paliativos na aids seguem os mesmos princípios básicos propostos pela OMS, ou seja:

- afirmar a vida e olhar a morte como processo normal;
- nem antecipar, nem retardar a morte;
- prover alívio para a dor e outros sintomas;
- integrar aspectos psicológicos e espirituais no cuidado do paciente e oferecer um sistema de suporte para ajudar a família durante a doença do paciente e o luto.

Nesse sentido, muitos aspectos dos cuidados paliativos são aplicados antecipadamente, durante todo o curso da doença, em conjunção com outros tratamentos. Assim, esses pacientes podem ser cuidados em hospitais, casas de apoio, hospital dia, ambulatório e no próprio domicílio.

As principais necessidades geralmente identificadas nos pacientes com aids no decorrer do curso da doença podem ser exemplificadas como:

- necessidades físicas: dor, caquexia, astenia, anorexia, náuseas/vômitos, dispnéia e diarreia.
- necessidades emocionais: sentimentos de rejeição, isolamento, raiva, culpa, medo da morte, confusão mental e depressão.
- necessidades sociais: falta de suporte financeiro, familiar e convívio social.
- necessidades espirituais: medo do castigo divino, busca de sacramentos, orações e espiritualidade.

Apesar de algumas estarem presentes desde o diagnóstico, essas necessidades se intensificam com o desenvolvimento da doença, e tornam-se prioritárias no projeto terapêutico estabelecido na ADT.

Para obter bons resultados a equipe necessita que todos os saberes sejam valorizados e trabalhem em sintonia, mantendo a comunicação aberta e freqüente.

Objetivando proporcionar conforto e dar alívio ao paciente e seus familiares, podemos considerar como atribuições da equipe de ADT:

- auxiliar o paciente a reorganizar sua vida;
- resgatar a auto-estima do paciente;
- resgatar o que há de sadio no paciente;
- possibilitar o resgate de vínculos familiares;
- diminuir o sofrimento biopsicossocial (controlar a dor total e outros sintomas);
- satisfazer suas necessidades, visando a melhoria de sua qualidade de vida multidimensional (físico, psíquico, social e espiritual);
- dar acolhimento ao paciente e familiares no enfrentamento da doença, dos lutos da aids e da morte;
- melhorar conforto físico e bem estar do paciente;
- avaliar o que o paciente sabe sobre seu diagnóstico e prognóstico, informando e orientando sobre suas reais possibilidades, de acordo com o seu desejo;
- orientar e responder dúvidas sobre a doença, tratamento, óbito, etc;
- dar segurança ao paciente e seus familiares;

- facilitar o processo de morrer, permitindo que o paciente/família expresse seus sentimentos;
- acompanhamento no “evento morte”

Nossa tarefa primordial é produzir transformações na realidade que ora se apresenta, visando à melhoria da qualidade de vida dos pacientes com infecção HIV/aids e seus familiares, assistidos nas Instituições.

Modelo de instrumento utilizado pela equipe de Assistência Domiciliar Terapêutica e Paliativa do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids – SP na visita pós-óbito para facilitar a assistência ao luto.

Como enfrentar a dor de uma perda

Durante nossa vida enfrentamos várias situações de perdas: de um sonho, de um emprego, da posição financeira, da juventude, da beleza, de um amor, da saúde, de uma pessoa querida....

Não existe vida sem perdas, grandes ou pequenas, todas se tornam uma ferida emocional, provocando dor, medo e tristeza.

Os lembretes abaixo ajudarão você a compreender melhor e enfrentar essa fase da vida:

- Não se desespere, você vai melhorar. Acredite, seu sofrimento tem tempo certo para acabar. Você é forte, cheio de vida, com certeza você sobreviverá. As perdas fazem parte da vida, todas as pessoas enfrentam perdas.
- O primeiro passo é compartilhar sua dor, isso diminuirá o seu sofrimento. Procure alguém da família ou um amigo e diga como você está se sentindo.
- Inicialmente você ficará perturbado, com medo de não conseguir enfrentar a situação. Isso é natural, como também é natural você não sentir disposição para realizar suas atividades, perder o sono ou o apetite, sentir-se inseguro, culpado, aliviado ou perdido, e ter dificuldade em concentrar-se em tarefas que exijam raciocínio ou memória.
- Não fuja da sua dor, nem das situações que a lembrem. Você precisa vivenciar esse processo para, com o tempo, diminuir seu sofrimento.
- Quanto maior for a perda, maior será o tempo necessário para aliviar sua dor. Você terá momentos bons e momentos ruins durante o processo de elaboração de luto.
- Quando se sentir muito cansado e sem energia, acomode-se num lugar tranquilo, inspire fundo e expire totalmente. Inspire outra vez, lenta e profundamente, e expire. Faça isso várias vezes, até se sentir relaxado.
- Você deve estar confuso, seu mundo está desorganizado. Não é um período para tomar decisões importantes ou assumir novas responsabilidades. Se precisar peça ajuda a alguém.
- Talvez você não sinta vontade ou disposição para festas, reuniões de amigos ou passeios. Não se force. Não se culpe. Dê um tempo a você.
- O que você tem é uma ferida emocional, ela dói e demora a cicatrizar. É uma fase que você precisa de apoio. Procure trocar experiências com pessoas

- que já passaram por perdas parecidas com a sua. Você vai ver que também sobreviverá.
- Procure não se isolar do convívio familiar e de amigos. Eles compreenderão você.
 - Não adie, nem negue sua dor. Não fuja de sua raiva. Viver esses momentos ajudarão você a curar sua ferida. Tenha paciência, não se compare a outras pessoas, cada um tem seu próprio ritmo.
 - É natural você se sentir triste ou ter momentos depressivos. Permita-se chorar, faz bem e aliviará sua dor.
 - Quando se sofre uma perda é comum sentir medo da separação, do abandono, da rejeição. Você enfrentará todos os desafios.
 - Cuide de si mesmo. Procure um médico, talvez seja um bom momento para realizar alguns exames. Existem doenças que aparecem depois de uma perda, assim como uma perda pode descontrolar doenças que você já possuía. Não use medicações por conta própria.
 - Se emocionalmente você sentir que já esgotou todos os seus recursos, que está com distúrbios do sono, do desejo sexual ou de alimentação, que anda muito depressivo, então é hora de procurar ajuda de um profissional.
 - É importante você manter sua saúde física, mental, espiritual e psicológica. Portanto não poupe esforços, trate-se com carinho.
 - É normal ter recaídas quando você encontrar uma foto ou um bilhete, ouvir uma música, em datas festivas (aniversário, Natal, Ano Novo...). Não desanime. Logo essa dor passará a ser saudade. Mentalize coisas positivas: “Estou vivo, vou sobreviver”, “Estou cada dia mais forte”.
 - Daqui a algum tempo, você verá que enfrentou a perda com coragem e sobreviveu. Você aprenderá que a dor diminui com o tempo, e muita coisa que você temia não aconteceu.
 - Quando a dor diminuir, você compreenderá que a mudança e a separação fazem parte da vida. Você verá que é uma pessoa melhor por ter amado, por ter se envolvido, por ter cuidado.
 - Aí sim, você poderá começar de novo, abrir-se para novas coisas, novas pessoas, novos lugares e novas experiências.
 - Depois que tudo passar, você descobrirá que reorganizou sua vida e que é uma nova pessoa. Sua ferida será para sempre uma cicatriz.
 - Coragem e seja feliz!

Inspirado em

“Como Sobreviver à perda de um amor”

Bloomfield, MC Willians e Colgrove.

Ed. Sextante, RJ, 2005.



Óbito no Domicílio

1 - Fiando a vida/morte

2 - Perdas e Lutos no Contexto Familiar



Óbito no domicílio

1. FIANDO A VIDA/MORTE

João Bosco Alves de Souza

“É no momento da morte que o saber e a sabedoria do homem e, sobretudo a sua existência vivida assume pela primeira vez uma forma transmissível”.

Assim como no interior do agonizante desfilam inúmeras imagens – visões de si mesmo, nas quais ele se havia encontrado sem se dar conta disso -, assim o inesquecível aflora, de repente em seus gestos e olhares, conferindo a tudo o que lhe diz respeito àquela autoridade que mesmo um pobre-diabo possui ao morrer, para os vivos ao seu redor.”

Walter Benjamin

O surgimento da aids nos forçou a fazer uma reflexão sobre a morte, sobre um outro paradigma, diferente do que fora construído no século XIX, onde a sociedade burguesa produziu com as instituições sociais públicas e privadas, o banimento do nosso olhar cotidiano o processo da morte e do morrer. Novas reflexões sobre aspectos filosóficos, existenciais, e do ponto de vista da saúde pública vieram à tona.

De forma sintética, do ponto de vista da Saúde Pública tivemos três desdobramentos ou desafios imediatos:

- 1- Diminuir a infecção pelo HIV
- 2- Diminuir a mortalidade
- 3- Melhorar as condições de vida e de morte dos cidadãos infectados diante de uma doença incurável, de agressividade avassaladora, com mortalidade inexorável.

O **primeiro desafio** foi enfrentado com um trabalho de prevenção, que procurou criar canais de comunicação e informação capazes de gerar mudanças de comportamento em diferentes estratos sociais. Uma peleja que ainda não está vencida.

O **segundo** foi a produção de novos tratamentos e novas técnicas de prestação de serviços. As pesquisas avançaram e produziram medicamentos, como os anti-retrovirais. Estes diminuíram o número de mortes por aids em S. Paulo. A comparação entre os 10 primeiros meses de 1996 (quando o coquetel ainda não era distribuído gratuitamente nos serviços públicos), com os 10 primeiros meses de 1998, apontou

uma queda da mortalidade de 45% entre os homens e de 37,7% entre as mulheres. (Boletim Epidemiológico do Estado de S. Paulo - Dez.98).

Os serviços públicos de saúde também tiveram avanços nas modalidades assistenciais. Dentre elas, o de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), que preconizava a possibilidade de um cidadão enfermo vir a ficar internado em casa. Este fato trazia no seu bojo a questão: se ele pode ser tratado em casa não será possível vir a morrer em casa? Esta pergunta nos parece ter uma resposta simples e óbvia. Entretanto, esta questão vai contra a lógica dos serviços de saúde e mesmo da sociedade. Onde podemos morrer?

Este aspecto, o **terceiro desafio** significa a tentativa de mudar hábitos culturais arraigados entres os profissionais de saúde, entre as famílias e a sociedade em geral. Quando surgiu a aids, a ciência vivia um enganoso clima de vitória sobre as doenças ditas incuráveis e fatais. Restavam poucas. O mundo vivia das doenças tropicais terceiro mundistas. Os serviços de saúde viviam de suas rotinas medicalizantes, dicotomizantes e hierarquizadas. Diante da aids o mundo se abalou, tivemos que repensar a nossa onipotência, nossos sistemas, rotinas, serviços e repensar a morte, não mais como uma questão isolada, que cada especialista lidava conforme as suas convicções e práticas, mas sim, como um fenômeno coletivo.

Duas questões nos foram colocadas pelos cidadãos(ãs) portadores do HIV e que anteriormente eram trazidas pelos portadores de câncer, mas não de maneira tão contundente e organizada. O que seria então um tratamento bom e integral? Como associar a qualidade e a integralidade do tratamento da aids? Do ponto de vista da prestação de serviço de saúde, deveríamos associar a questão do direito a um bom tratamento, com a integralidade. Este processo tinha início no momento da coleta do exame, na entrega do resultado (centros de testagens anônimas), durante a doença, (hospitais dia, internação, casas de apoio, ADT), até o último momento de vida da pessoa.

Como poderíamos efetivar estas ações introduzindo o morrer? De modo geral o serviço de saúde no Brasil, tinha (tem) uma lógica hospitalocêntrica. Desde o início de qualquer tratamento, até a sua morte, o indivíduo não era um sujeito neste processo, um ser desejante, com poder; e todo ele se dava dentro de um hospital. A morte no domicílio tornou-se uma exceção, principalmente nos grandes centros urbanos.

A morte na Instituição ou no Domicílio

Mediante a experiência de trabalho em ADT e Centros de Referência DST/AIDS, faremos algumas reflexões que gostaríamos de compartilhar de modo a encontrar uma resposta para estes questionamentos.

Há assuntos que tratamos deles com certa parcimônia. Por nos amedrontar, nos provocar inquietações, por nos levar a infernos nunca dantes navegados. Neles, só há verdadeiramente um modo de navegar, na barcaça de Caronte. Mas, pretensiosos que somos, ousamos em vida especular sobre o insondável. Como quem busca a verdade em uma cebola, camada por camada, vamos descascando-a, lágrimas rolam dos nossos olhos e persistentes chegamos ao núcleo “donada”, última camada e restamos absolutamente nada. Nada absoluto. Assim tratamos da morte. Especulamos, pois como tantas outras coisas da vida, nada mais certo nos acompanha. Até então, século XXI, ela é a verdade última que nos define (à parte as clonagens).

As civilizações que mantinham uma mitologia específica sobre a morte, com uma ritualização caracterizada, como mais um rito de passagem, tinham menos sofrimento psicológico. Não digamos que, com isto não houvesse dor, o corte, a saudade, porém se evitava a banalização. De muitos modos morremos e cada vez mais inventamos outros tantos jeitos. Chegamos a virtualizar a morte. Há um melhor modo de morrer? Nós vivos queremos crer que um bom modo há. Cada século que passou creu em um modo diferente.

Adjetivamos a morte, quando discorremos sobre o processo do morrer, pois sobre o fim e o depois, resta-nos apenas especulações filosóficas e metafísicas, não cabendo adjetivos. A morte serena, a morte rápida, a morte cruel, a morte sofrida, matada, abnegada, conformada, agoniada, estrebuchada, justa, injusta, repentina.... Falamos do como, e nesse caso como um enfermo em agonia tendo uma alucinação especular, desejamos arbitrar sobre o como queremos morrer.

O primeiro desejo é que a possibilidade deste arbítrio nos seja dado, ou melhor, não nos seja tirado, pois na maioria dos casos é a primeira das faculdades que nos é roubada. Somos surrupiados por outros semelhantes cheios de “boas intenções”, em nome da ciência, dos bons modos, dos bons cuidados... Quando não, o “destino” fatal traçado pelas moiras se impõe abruptamente. Mas deste não queremos tratar, pois se selado é selado está.

Desejo difícil de precisar, como todos os desejos, paradoxos solapam o que imaginamos ser uma “mera” tomada de decisão daquele que está morrendo. O ardoroso desejo de vida, esperança, se colide com o desejo de descansar, entregar-se aos braços de Hades, de Deus, do Infinito, do Nirvana. Assim é, quando a morte chega devagarinho e vai ceifando a vida aos poucos, cada dia levando um tantinho.

A família diante do inexorável se debate, se apieda, se espanta, vive também seus paradoxos e muitas vezes renuncia à sua capacidade de decidir, em conjunto com o enfermo, o que seria para ele, o melhor nesta passagem. Se ao médico é delegado pela família o poder de algumas decisões (nem sempre pelo enfermo), ele se investe muitas vezes de um poder teocrático, aquele que tudo sabe, tudo pode em nome de.... Assim foi ensinado na academia.

Na mitologia antiga eram três as moiras que decidiam sobre a vida dos humanos (Cloto a fiandeira da vida, Láquese que definia os destinos e Atropo que vigiava para que tudo se cumprisse), nos tempos modernos acabaram-se os mitos, o poder fica centrado na mão de um, ou de uma instituição. Alongar ou encurtar a vida não dependerá apenas de recursos técnicos, competências, mas estará sendo arbitrado por **valores e interesses**, um aparato institucional. Tão difícil fica para o pobre enfermo, ou a família de discernir o que de fato estará determinando condutas, posturas, os valores ou os interesses?

O tanto que possa ainda restar de vida e de esperança de um vivente é inescrutável. Só posso crer, que o maior interessado no assunto deva ser consultado.

No trabalho com aids vemos muitos viverem este drama, esta trama. O silêncio do enfermo em uma cama hospitalar parecia estar fazendo perguntas: Pra onde? Por que? Para quê? Perguntas que colocavam em xeque decisões amorosamente tomadas, perguntas que não eram respondidas por receios, por pactos antes feitos e que inviabilizavam, agora no instante último, serem mais serenamente refletidas, mesmo que não houvesse respostas objetivas.

As perguntas que fazemos são: se o profissional de saúde que cuidava tivesse orientado o enfermo sobre o desdobramento da enfermidade? Se tivesse consultado o enfermo sobre como ele gostaria de viver este processo, ou como ele achava que seria este processo? Se tivesse orientado a família sobre cuidados paliativos, passado segurança sobre os cuidados necessários no fim de vida e orientado que muitos deles poderiam ser tomados em casa? Talvez a preferência por morrer em casa fosse algo “tranquilo” para todos e uma escolha possível.

A morte no domicílio não deve ser visto como um retorno ao passado, mas sim como um novo modo digno, respeitoso, amoroso, que deve ser repensado pelos serviços de saúde e a sociedade. A sociedade ocidental moderna procurou afastar, banir o espectro da morte. Higienizar a morte (hospitais), catalogar e controlar os processos de morte (IML, Centros de Velórios, Crematórios emocionalmente assépticos). Atualmente os enterros se tornaram apenas um meio de dar um fim mais rápido ao corpo, sem velórios, sem carpideiras, sem beber o morto, sem choros constrangedores, “velórios drive thru”. Perdemos a capacidade de elaborar criativamente o símbolo da morte em cada um de nós. Com conseqüências graves do ponto de vista humanitário e existencial.

Retomando a frase introdutória do Walter Benjamim, devemos resgatar a autoridade e o respeito que o pobre-diabo deve possuir ao morrer para os vivos que ficam. Para que isto ocorra se faz necessário que haja uma preparação dos profissionais de saúde para lidarem com a morte. De maneira que estes tenham um papel solidário e participante na preparação do doente e da família.

Não podemos ter um pressuposto dogmático de um bom local para morrer. Sabemos que independente de como se morra ou venham a morrerem os nossos queridos, a dor é enorme. A dor do processo de morte assim como o luto pode e deve ser atenuado, dignificados, não devem ser tratados como uma mera questão de custo ou facilidade institucional.

Com o sucesso dos anti-retrovirais e as novas medicações alguns profissionais têm clamado: **Não devemos mais discutir a morte!**. Perguntamo-nos se as conquistas que temos tido devem ser esquecidas ou banalizadas diante a questão medicamentosa? Se este “tema” era apenas uma questão contingencial ou é existencial, vital? Se o que aprendemos a duras penas não deve ser transposto para outros serviços de saúde? Se devemos manter essa dicotomia vida X morte?

Para concluirmos, um poema:

A morte dos Outro

João Cabral de Melo Neto

*A Morte alheia tem anedota
Que prende o morto ao dia-a-dia,
que ainda o obriga a estar conosco:
já morto, ainda aniversaria.*

*Só que não vamos pelo morto:
queremos ver a companheira,*

*a mulher com que agora vive;
comprá-la, de alguma maneira.*

*Dizer-lhe: do marido de hoje
mais do que amigos fomos manos;
para que, amiga, salte um nome
de seu preciso livro Quando*

2. PERDAS E LUTOS NO CONTEXTO FAMILIAR

Tânia Regina Corrêa de Souza

O sistema familiar é influenciado por qualquer mudança que envolva seus membros, sejam elas positivas ou negativas.

Durante a vida, a família enfrenta situações de perdas e lutos, vinculadas ou não à morte: a passagem de um membro da infância para a adolescência, casamentos, nascimento de filhos, causam mudanças de papéis que levam a alterações físicas e/ou emocionais que, se por um lado, trazem satisfação e amadurecimento; por outro, provocam sensações de luto e perda. Seus membros também experimentam essas emoções quando passam por uma ruptura amorosa, mudam de residência ou de trabalho, na aposentadoria, diante do falecimento de um amigo querido, uma amputação ou a perda da saúde.

Algumas famílias podem enfrentar essas situações com menos dor, outras necessitarão de cuidados para aceitar a realidade da perda e liberar sua tristeza.

Segundo Kovács (1992) “estas situações podem despertar angústia, medo, solidão e, neste ponto, trazem analogia com a morte. Carregam em si elementos de sofrimento, dor, tristeza e uma certa desestruturação egóica” (p. 164).

Assim, quando um dos membros de uma família é acometido por uma doença grave como a aids, a família é forçada a pensar na morte desde o diagnóstico até os estágios finais da doença, e passa por uma série de situações que provocam mudanças nas relações, conflitos e perdas. Sabemos que nem todos os portadores de HIV/aids morrem em consequência da infecção, mas sempre passam por lutos e vivenciam as manifestações psicológicas e físicas que surgem diante de uma perda irrevogável.

É importante frisar que, geralmente, uma perda traz invariavelmente perdas secundárias. E, no caso da aids, cercada de preconceitos, contagiosa e incurável (até o momento), considerada como sentença de morte, segundo Souza (2005) as perdas podem ganhar grandes proporções, atingir as várias esferas que constituem a vida de um indivíduo e comprometer sua vida pessoal, afetiva, social, espiritual e profissional.

Para poder intervir neste contexto, se faz necessário, em primeiro lugar, que a equipe de Assistência Domiciliar Terapêutica - ADT conheça as experiências da família no processo saúde-doença, para poder compreender como lidam com as mudanças, com os sentimentos e preocupações.

Além disso, é também necessário identificar na família o sujeito mais maduro emocionalmente, o mais fraco, o com maiores possibilidades de desenvolver lutos complicados, etc. para que a equipe possa promover o apoio mútuo e o crescimento quando possível.

Conhecendo a família, pode-se traçar um perfil da dinâmica de funcionamento familiar, que muito ajudará a equipe de ADT a estabelecer um plano de ação e determinar a melhor maneira de desenvolvê-lo. Este plano de ação é baseado “em uma abordagem terapêutica integral, onde são considerados não somente os aspectos clínicos, mas também os psicológicos, morais e sociais do doente assistido” (Brasil, 1999: 23).

Diante disto, cabe a equipe de ADT melhorar a qualidade de vida multidimensional (físico, psíquico, social e espiritual), minimizar a dor e outros sintomas, dar medidas de

conforto e bem-estar, retomar o que há de sadio no paciente e dar acolhimento, sempre oferecendo segurança ao paciente e familiares.

O foco do trabalho é o paciente, mas muitas vezes ajuda-se a família a se reorganizar e se adaptar às suas novas condições. As visitas constantes possibilitam à equipe identificar as formas de enfrentamento e processo de elaboração de luto do paciente e seus familiares, decorrentes das seguintes perdas (Souza, 2005):

Perdas Principais:

- perda da imortalidade
- perda da identidade
- perda da saúde
- perda da esperança

Perdas Secundárias:

- familiares
- afetivas
- sexuais
- sociais e profissionais
- auto-estima e imagem corporal
- independência e autonomia.

É importante salientar que todos os profissionais que compõem a equipe de saúde devem estar aptos para identificar as manifestações de luto, porque embora pareça um trabalho essencialmente do psicólogo, essas questões podem ser colocadas pelo paciente ao profissional que ele tiver um vínculo maior. Daí a importância das reuniões multiprofissionais, para que esses aspectos sejam discutidos e o psicólogo possa assessorar a equipe da qual ele também é membro.

Em nossa cultura não aprendemos a falar sobre morte, porém quando a doença está progredindo, é importante começar a pensar na morte do paciente, e “entre as equipes atuais, existe uma grande diversificação quanto à capacidade de enfrentar essa situação, o que resulta em diferenças de habilidade e disposição para conduzir o processo de morte no domicílio”. (Brasil, 1999: 23).

O primeiro passo é promover a boa comunicação (verbal e não verbal) entre profissionais, paciente e familiares. É importante ajudar o paciente e sua família a expressarem seus desejos, medos, angústias e preocupações relacionadas à morte, temas que não são explorados pelos familiares e paciente, com receio de um entristecer ao outro, mas que muito ajudam no processo de morrer. Permitir que o paciente tire suas dúvidas: “Eu vou morrer?” ou “Quanto tempo eu tenho de vida?” são questões que possibilitam ao paciente falar sobre seus anseios com relação à morte. Para que isso ocorra, é ideal que o profissional responda a estas questões, indagando o paciente a respeito de seus medos e preocupações com relação à sua morte.

Nos hospitais existe tecnologia e profissionais preparados para lidar com a pessoa que está morrendo, porém não substitui o carinho que é oferecido em casa por amigos e familiares. A morte no hospital na maioria das vezes é um ato solitário e impessoal (Kubler-Ross, 2002).

É de fundamental importância saber se o paciente deseja ou não morrer em seu domicílio, e se a família está preparada para isto. A equipe de saúde deve ajudar o cuidador e familiares a entenderem e explorarem suas angústias e suas reações à morte, bem como trabalhar a possibilidade do paciente morrer em casa, respeitando e negociando os seus desejos.

Porém isso nem sempre é possível, a família tão disposta e cooperadora inicialmente, nesta fase, encontra-se desgastada e cansada, muitas vezes sem condições físicas e psíquicas para enfrentar a morte do paciente. Esta não é uma tarefa nada fácil para ser avaliada e enfrentada pela equipe de saúde. Nenhuma decisão deve ser tomada de forma isolada, todos os aspectos devem ser avaliados, e as necessidades do paciente não poderão ser desprezadas.

Muitas vezes a família não quer se separar do paciente, mas sua condição clínica obriga a equipe de saúde encaminhar o paciente para internação hospitalar.

É também dever da equipe ajudar o paciente a resolver pendências de qualquer ordem, facilitando reencontros, satisfazendo necessidades, estimulando agradecimentos e pedidos de perdão, ajudando o paciente a reorganizar sua vida com o objetivo de facilitar o processo de despedida.

Segundo Brasil (1999), algumas providências devem ser tomadas pela equipe de ADT em caso de óbito no domicílio, para que a família não se sinta desassistida e abandonada nesta última fase do processo:

- Fornecer atestado de óbito quando o mesmo ocorrer nos dias e horários de funcionamento do serviço;
- Em caso de óbito noturno ou em finais-de-semana, o atestado de óbito deverá ser fornecido por serviço de urgência, mediante apresentação do prontuário domiciliar. Neste caso, é de grande importância que essa referência seja formalizada;
- Preparação do corpo para o sepultamento “higienização, tamponamento”; (ver anexo D)
- Orientação da família sobre os procedimentos funerários;
- Orientar sobre aspectos jurídicos e todos os processos legais que envolvem o óbito e
- Visita pós-óbito.

A visita pós-óbito tem o objetivo de dar continuidade à assistência ao luto no domicílio, dando garantias à família que fizeram tudo que era possível pelo paciente, e assim tentar diminuir culpas. Também são intervenções de competência da equipe: ajudar a família a aceitar a realidade da perda e lidar com a separação e o luto, permitir a expressão de sentimentos como raiva, tristeza e culpa, auxiliar na adaptação à vida sem a pessoa, reconstruir a identidade e a vida.

“Para encarar a morte na família, é necessário um rearranjo do sistema familiar e, como consequência, a construção de uma nova identidade, um novo nível de equilíbrio” (Bromberg, 1998: 61). Esta é uma tarefa árdua e lenta para a família, isto demanda tempo e atinge todos os membros, e até as relações com outros sistemas.

O cuidado com a família não deve acabar com a morte do paciente. A equipe de saúde deve observar nessas visitas a necessidade de encaminhamento de um ou mais membros

para um acompanhamento terapêutico, pois com o óbito do paciente, encerra-se o acompanhamento domiciliar. Geralmente são realizadas até três visitas pós-óbito, mas quem determina a quantidade e a qualidade dessas visitas é a família, e isso depende muito do vínculo estabelecido com os profissionais, e o que estes representam para os familiares.

Este número de visitas não é suficiente para a equipe avaliar a elaboração do luto pelo cuidador e família, nem diagnosticar a existência de lutos complicados, mas deve-se colocar um serviço de referência à disposição, pois em muitos casos uma ajuda terapêutica facilita a elaboração do luto.

Uma melhor compreensão da dinâmica familiar e dos aspectos que envolvem o luto e a morte leva à assistência humanizada, refletindo em melhorias na atuação da equipe de saúde que lida constantemente com essas situações.

A partir dos aspectos relatados, fica inevitável para equipe de ADT não se deparar com as difíceis questões relacionadas a perdas e lutos que envolvem o paciente e sua família. Não é nossa proposta dar formas estruturadas de intervenções, mas sim discutir alguns aspectos relevantes da prática cotidiana e apresentar elementos para que os profissionais de saúde possam discutir e refletir questões referentes à morte, com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço, e tentar diminuir a angústia e as emoções que permeiam a morte.

VI

Possibilidades Terapêuticas na ADT

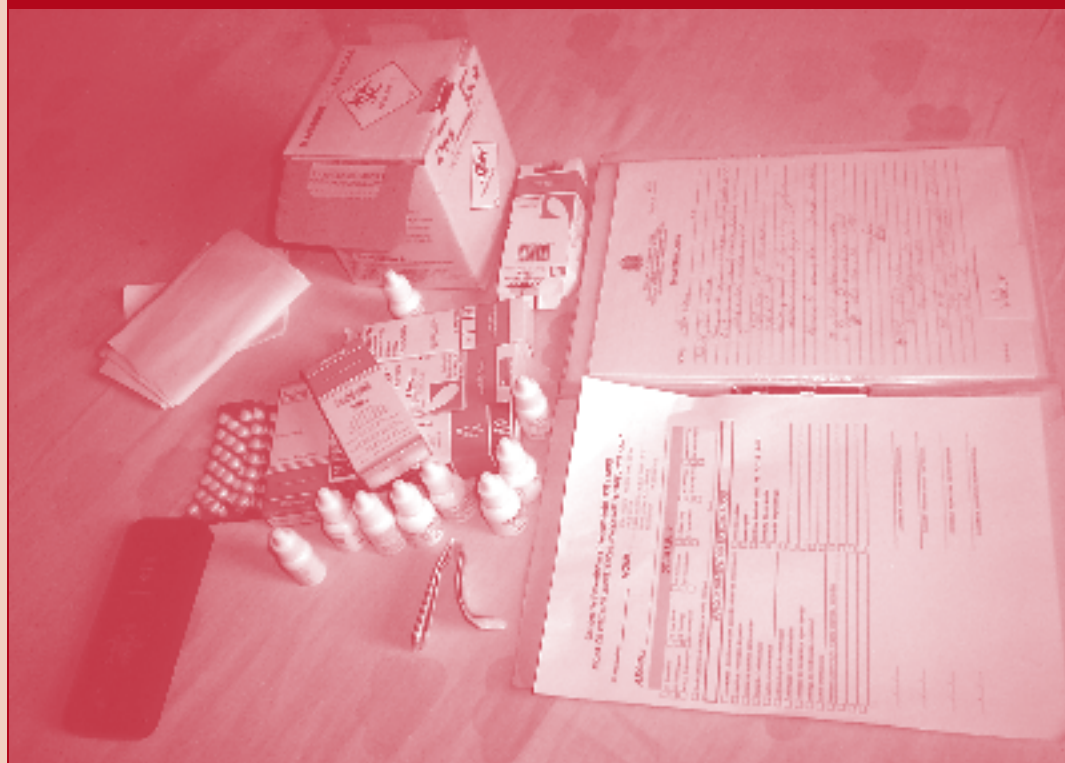
1 - Manejo dos Anti-Retrovirais e de outras drogas usadas na ADT

2 - Estratégias para melhorar a adesão

3 - Dor em pacientes com HIV/AIDS

4 - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos aplicáveis na ADT

5 - Tratamento de feridas



Possibilidades terapêuticas na ADT

1. MANEJO DOS ANTI-RETROVIRAIS E DE OUTRAS DROGAS USADAS NA ADT

*Maria Letícia Santos Cruz
Cáritas Relva Basso*

O médico que trabalha em assistência domiciliar para pacientes com HIV/aids deve estar bastante familiarizado com o acompanhamento clínico dessa população. O atendimento no domicílio, fora do ambiente hospitalar, traz desafios à prática da medicina, portanto, o conhecimento do local onde se desenrola o tratamento do paciente pode ser decisivo para o sucesso do projeto terapêutico.

O perfil do paciente em ADT

1. Paciente com imunossupressão importante

A maioria dos pacientes HIV/aids + que classicamente tem indicação de ADT encontra-se em estágio avançado da infecção, apresenta importantes limitações físicas e necessita de cuidado hospitalar freqüente. Os procedimentos mais comuns nesses pacientes são:

- avaliações clínicas;
- administração de drogas por via endovenosa;
- coleta de amostras para exames laboratoriais incluindo o monitoramento dos efeitos tóxicos desses medicamentos;
- coordenação/agendamento das visitas hospitalares/ambulatoriais necessárias (Ex.: pareceres especializados de outras clínicas, exames de imagem, procedimentos que não possam ser realizados no domicílio);
- suporte psicológico ao paciente e seus familiares;
- colocação, manutenção e troca de sondas e
- realização de curativos.

1.2. Tratamentos mais freqüentemente necessários em ADT de pacientes com imunossupressão importante

1.2.1 Tratamento da infecção pelo Citomegalovírus (CMV)

A droga de escolha é o Ganciclovir que deve ser sempre usado por via endovenosa, para tratamento de ataque e de manutenção. Em todos os casos o esquema de tratamento inicial (também conhecido como dose de ataque) é de 5mg/kg EV 12/12 horas por 14 a 21 dias. Quando ocorre doença disseminada (retinite, encefalite ou radiculopatia), após essas primeiras semanas de terapia, o paciente deve continuar recebendo a mesma droga na dose de 5mg/kg EV por dia . A suspensão do tratamento de manutenção dependerá sempre de avaliação específica do órgão afetado (por ex: exame de fundo de olho realizado por oftalmologista mostrando que não há mais lesão em atividade) e da valiação imunológica do paciente.

Os casos de esofagite podem ser tratados apenas com a dose de ataque. A suspensão do Ganciclovir será sempre dependente do resultado da endoscopia de controle realizada após a dose de ataque.

Quando há acometimento gastrointestinal (geralmente colite), costuma ser necessário o tratamento de manutenção. Nestes casos a suspensão da medicação ficará a critério do médico assistente.

O Ganciclovir (também conhecido como DHPG) é um antiviral com atividade contra herpesvírus. A apresentação para uso endovenoso é de frascos com 500 mg. A dose preconizada deve ser diluída em SG 5% ou SF 0.9% ou Ringer Lactato de forma que a concentração não ultrapasse 10mg/ml. Infundir em 1 hora.

Para a manipulação do Ganciclovir é necessário ao menos o uso de máscara, gorro, luva e avental no momento da diluição. O ideal é que a droga seja manipulada em capela de fluxo laminar. Depois de diluído o medicamento pode ser mantido por 12 horas à temperatura ambiente, a partir deste tempo é necessária sua manutenção em geladeira pelas próximas 12 horas. Não usar o medicamento diluído após 24 horas.

Os principais efeitos colaterais são neutropenia e trombocitopenia, que melhoram com a suspensão da droga. Para monitorar esses efeitos tóxicos deve ser colhido hemograma 2 a 3 vezes por semana. Quando a contagem de neutrófilos for < 500 células/mm³ e /ou as plaquetas < 25.000 /mm³ a droga deve sempre ser suspensa. A queda de leucócitos pode ser resolvida com a administração de fator de estímulo a crescimento de colônia de granulócitos (G-CSF). Pode ainda ocorrer toxicidade em SNC (cefaléia, convulsões, confusão e coma), hepatotoxicidade e intolerância digestiva.

Nos casos de retinite o exame de fundo de olho faz parte do monitoramento do tratamento.

Cerca de 10% dos pacientes podem apresentar infecção por CMV resistente ao Ganciclovir. Esses casos devem ser tratados com Foscarnet. A dose de indução é de 60 mg/kg EV a cada 8 horas ou 90 mg/kg a cada 12 horas. A manutenção é feita com 90 a 120 mg/kg 1 vez ao dia.

1.2.2. Tratamento de infecções fúngicas sistêmicas

As micoses sistêmicas em pacientes imunocomprometidos costumam ser grave e podem trazer risco de vida. Nessas situações é necessária terapia inicial agressiva com antifúngicos potentes por via endovenosa. As micoses sistêmicas que mais frequentemente motivam a ADT são a criptococose de SNC, a histoplasmose disseminada e a candidíase resistente aos antifúngicos utilizados por via oral (nistatina, cetoconazol e fluconazol). Os antifúngicos que podem ser utilizados nesses casos por via endovenosa são a Anfotericina B e o Fluconazol injetável.

Anfotericina B

A dose varia de 0.3 mg/kg/dia a 1.0 mg/kg/dia dependendo da micose a ser tratada. Como são muito comuns às manifestações tóxicas nas primeiras administrações do medicamento, há indicação para que essas sejam sempre realizadas no ambiente hospitalar (internação ou Hospital-Dia). O medicamento pode ser administrado no domicílio quando o paciente já está bem adaptado à droga e as manifestações tóxicas sejam toleradas. O tratamento pode ser composto de duas fases: a dose de ataque com administrações diárias ou em dias alternados e manutenção com administrações semanais (1 ou 2 vezes/semana).

As manifestações tóxicas da Anfotericina B são de dois tipos: as que ocorrem durante a administração da droga (calafrios, cefaléia, hipotensão, náuseas e vômitos) e as que ocorrem com o uso continuado da droga (nefrotoxicidade, hipopotassemia, anemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, leucopenia, trombocitopenia e flebite).

Para reduzir os sintomas durante a infusão, a nefrotoxicidade e a perda de potássio, deve-se iniciar o tratamento usando doses baixas e aumentar gradativamente.

Outras medidas importantes:

- Como pré-medicação prescrever ácido salicílico (AAS) 500 mg ou paracetamol 500 mg e prometazina 25 mg por via oral meia hora antes.
- Manter boa hidratação com a infusão de 500 a 1000 ml de SF 0.9% por 1 a 2 horas antes da Anfotericina B.
- Diluir a droga em SG5 % (10ml para cada 1mg). Acrescentar heparina (1000 UI) e hidrocortisona 25 a 50 mg à droga diluída. Classicamente a infusão de Anfotericina B deve ser lenta (4 a 6 horas), no entanto alguns autores observaram que infusões mais rápidas (1 a 2 horas) geram menos efeitos colaterais imediatos.
- Orientar dieta rica em potássio. Muitas vezes é necessário o suplemento de potássio por via oral (cloreto de potássio).

Exames para monitoramento:

- Dosagem de uréia, creatinina, sódio, potássio, ALT, AST, cálcio e magnésio 2 vezes por semana durante o tratamento de ataque e 1 vez por semana na manutenção.
- Hemograma semanal

Fluconazol

O Fluconazol é uma droga que na grande maioria das vezes é usada por via oral. Pode ser administrada por via endovenosa em casos graves. As apresentações para uso injetável são de 200 e de 400 mg/ frasco.

Seus efeitos colaterais são intolerância digestiva, exantema, elevação transitória das enzimas hepáticas, vertigem, hipopotassemia e cefaléia. Tratamentos prolongados podem provocar alopecia.

Monitoramento: dosagem de ALT, AST e potássio semanalmente durante o uso venoso.

1.2.3. Tratamento das neutropenias com G-CSF (Fator estimulante das colônias de granulócitos)

Alguns pacientes que evoluem com neutropenia podem fazer uso de fator estimulante de colônias de granulócitos.

Tem indicação em casos de neutropenia que ocorrem durante medicações mielotóxicas (AZT, Anfotericina, Ganciclovir, quimioterápicos). Deve ser usado quando o número de neutrófilos for < 500 a 750 células/mm³. Os frascos são de 300 mcg. Pode ser administrado EV ou mais comumente por via subcutânea.

A dose usual é de 5 mcg/kg/dia por 5 a 7 dias. Se não houver resposta, a dose pode ser aumentada para 7.5 mcg/kg/dia e até para 10 mcg/kg/dia.

Monitorar com hemogramas diários. Se houver resposta, diminuir a dose para 1 mcg/kg/dia e se a contagem de leucócitos se mantiver >1000 células/mm³ por 3 dias consecutivos, suspender a medicação.

O medicamento deve ser guardado em geladeira. Não congelar.

Efeitos colaterais são raros e incluem dor óssea, disúria leve, alterações reversíveis de função hepática, aumento de ácido úrico e de LDH (ou DHL).

2. Paciente portador de tuberculose

Por se tratar de doença extremamente freqüente na população atendida em ADT e porque seu tratamento adequado também exige adesão e monitoramento dos efeitos tóxicos de esquemas terapêuticos com múltiplas drogas, é importante que as equipes de ADT saibam orientar os pacientes. Para pacientes com extrema dificuldade de adesão existe ainda a possibilidade da equipe planejar uma terapêutica diretamente supervisionada (DOT) que ocorre durante visitas domiciliares feitas 2 a 3 vezes por semana.

Antes de tudo é necessário que as equipes estejam sempre pensando em tuberculose. Qualquer paciente com tosse há mais de três semanas, expectoração, febre ou perda de peso deve ser investigado para tuberculose. Temos de ter sempre em mente que nos portadores de HIV/aids a tuberculose pode ser clinicamente indistinguível de outras doenças. É dever da equipe que acompanha o paciente em casa estar atento para a possibilidade de tuberculose, pois o diagnóstico precoce é importante para a saúde do paciente, segurança de familiares/co-habitantes e da própria equipe. Qualquer paciente em ADT com tosse há mais de três semanas deve ter no mínimo três amostras de

escarro colhidas para exame direto e cultura. Se o paciente não estiver expectorando a coleta deve ser feita após nebulização ultrassônica, também conhecido como escarro induzido. O nebulizador ultrassônico é equipamento simples que toda ADT deve possuir. O tratamento adequado da tuberculose evita o surgimento de casos resistentes aos tuberculostáticos utilizados normalmente.

Muitas vezes o paciente é encaminhado para a ADT com diagnóstico de tuberculose já firmado e cabe à equipe sua orientação. Vejamos os principais efeitos tóxicos das drogas usadas de rotina para tratar tuberculose:

Isoniazida (INH): hepatite (0.3 a 2.6%), neuropatia periférica que pode ser evitada com a administração concomitante de 10 a 50 mg de piridoxina (vit B6), exantema, febre, adenopatia, intolerância gastrointestinal.

Rifampicina (RIP): urina, fezes e lágrimas se tornam alaranjadas, intolerância gastrointestinal, hepatite, icterícia, reação de hipersensibilidade, trombocitopenia, leucopenia.

Pirazinamida (PZA): hepatotoxicidade, hiperuricemia, poliartralgia (40%).

Etambutol (EMB): neurite ótica, reação de hipersensibilidade, neuropatia periférica e intolerância gastrointestinal.

Estreptomicina (STM): lesão do nervo auditivo, lesão renal.

Etionamida (ETH): dor abdominal, náuseas, vômitos, anorexia, cefaléia, hepatite tóxica, polineurites, tonteira, hipotensão arterial, depressão, alterações visuais.

Quando houver indicação de tratamento diretamente observado (DOT), as drogas podem ter suas doses aumentadas (exceção da rifampicina cuja dose máxima diária admitida é de 600 mg) e ser administradas 2 ou 3 vezes por semana. Ver no quadro abaixo a adaptação das doses:

	Dose diária	DOT 2 vezes/ semana	DOT 3 vezes/ semana
INH	5 mg/kg(300 mg) S	15 mg/kg(900 mg) S	15 mg/kg(900 mg) S
RIP	10 mg/kg(600 mg) S	10 mg/kg(600 mg) S	10 mg/kg(600 mg) S
PZA	15-30 mg/kg(2g) S	50-70 mg/kg(4g) S	50-70 mg/kg(3g) S
EMB	15-25 mg/kg(2g) S	50 mg/kg(4g) S	25-30 mg/kg(2.5g) S
SMT	15 mg/kg(1g) S	25-30 mg/kg(1g) S	25-30 mg/kg(1g) S

SDose máxima

Retirado de Manejo Clínico da Infecção pelo HIV (Bartlett JG e Gallant JE) – Johns Hopkins University School of Medicine, 2001-2002

3. Manejo dos anti-retrovirais no paciente em ADT

Com o desenvolvimento de novas drogas que diminuem significativamente a multiplicação do HIV aconteceu uma importante mudança no perfil das pessoas assistidas em ADT. O número de óbitos relacionados à aids diminuiu muito nestes últimos anos, e diminuiu também o número de pacientes com graves seqüelas de infecções oportunistas (por exemplo, cegueira e paralisias por CMV ou Toxoplasmose). Atualmente muitos pacientes são admitidos na ADT para possibilitar o manejo adequado da terapia anti-retroviral. Esses pacientes podem ou não apresentar dificuldades de locomoção. Nessas situações a ADT será necessária para:

- Dar suporte e educar o paciente para melhorar a adesão aos complexos esquemas de medicamentos: orientar quanto a horários, quantidade de comprimidos, conservação dos frascos com medicamentos, interações com alimentos e outras drogas e possíveis efeitos colaterais;
- Supervisionar a administração dos esquemas terapêuticos anti-retrovirais e de outras drogas necessárias ao tratamento e controle de infecções oportunistas e outras doenças;
- Monitorar efeitos tóxicos com exames clínicos e laboratoriais;
- Diagnosticar e tratar os sintomas provocados pelos medicamentos evitando seu agravamento que pode levar à não adesão e/ou internação hospitalar.

É importante que a equipe nesses casos esteja informada e segura que os efeitos adversos dos anti-retrovirais são mais freqüentes e intensos nas primeiras semanas de uso. A tendência é que o paciente se adapte e que os sintomas melhorem. Alguns pacientes podem persistir com alterações (por exemplo, fezes amolecidas poucas vezes ao dia), mas essas não provocam limitações importantes de suas atividades normais, na maioria das vezes não comprometem a qualidade de vida e, portanto nem sempre se constituem em indicações para alteração do esquema anti-retroviral.

A equipe tem um papel muito importante no esclarecimento desses aspectos ao paciente. O paciente e sua família precisam saber que qualquer esquema anti-retroviral ou outro medicamento para evitar ou tratar infecções pode trazer efeitos colaterais e que poderá ser necessário um pouco de tolerância para que a adaptação aos medicamentos ocorra com tranquilidade.

Existem ainda os aspectos emocionais que devem ser sempre avaliados. É comum a resistência a ingerir grande quantidade de medicamentos. Vale a pena rever o esquema anti-retroviral, na tentativa de racionalizar e reduzir o número de drogas. Infelizmente os pacientes que chegam à ADT geralmente estão em fase avançada da infecção e necessitam tratamento com múltiplas drogas.

As combinações de anti-retrovirais (conhecidos popularmente como coquetéis) utilizam três ou mais medicamentos que devem ser tomados em intervalos regulares para garantir o melhor funcionamento das drogas. Além disso, algumas das drogas têm sua absorção alterada na presença ou não de alimentos no estômago.

Cabe à equipe que vai dar suporte domiciliar a esse paciente a revisão de sua prescrição médica e a melhor adaptação possível dos horários dos medicamentos à sua rotina de vida.

Todos os anti-retrovirais podem acarretar efeitos tóxicos para células e metabolismo do paciente. Assim sendo é sempre necessária a realização de exames laboratoriais periódicos para a avaliação desses efeitos.

É importante que os profissionais se mantenham atualizados sobre o uso dos anti-retrovirais, de forma a se interar sobre os intervalos de administração dos medicamentos, as interações com alimentos e entre drogas, possíveis efeitos colaterais e exames laboratoriais necessários ao monitoramento do uso destas drogas.

Tendo em vista a diversidade e velocidade de incorporação de novas drogas no repertório de medicamentos anti-retrovirais sugerimos que os profissionais tenham em mãos as versões atualizadas das “Recomendações para Terapia Anti-Retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV” editado pelo Ministério da Saúde / Programa Nacional de DST e Aids. Este documento é revisado periodicamente pelo Comitê Assessor para Terapia Anti-retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV.

4. Paciente portador de outras doenças crônicas

O aumento da sobrevivência de portadores de HIV/aids e os efeitos tóxicos dos medicamentos anti-retrovirais fazem com que muitos pacientes em ADT desenvolvam resistência periférica à insulina com aumento da glicemia e dislipidemia – aumento de colesterol e triglicérides. Condições estas, que podem ser agravadas pela existência de antecedentes familiares relacionados a diabetes, hipertensão e aos distúrbios do metabolismo das gorduras. Podem ocorrer outras doenças tais como neoplasias e o recrudescimento das hepatites virais relacionadas à recuperação da imunidade. Foge aos objetivos deste texto o tratamento dessas condições. Porém, a equipe de ADT deve estar atenta ao surgimento de sinais e / ou sintomas sugestivos de doenças concomitantes à infecção pelo HIV. Sua ocorrência pode indicar a necessidade de encaminhamento do paciente para avaliação especializada, em particular do nutricionista e cardiologista. Ganha importância neste cenário o conhecimento da história familiar do paciente, doenças ou agravos pré-existentes, estilo de vida e outros que possam agravar ou contribuir para o desencadeamento destas doenças. É imprescindível a realização dos exames laboratoriais de rotina com a finalidade de detectar e intervir precocemente nestes eventos mórbidos.

As manifestações de algumas doenças crônicas podem ser evitadas com adaptações / mudanças no estilo de vida do paciente. Assistir ao paciente no domicílio facilita à equipe a identificação de fatores de risco e possibilita sua intervenção para prevenção e promoção da saúde.

2 . ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A ADESÃO

Valvina Madeira Adão

Joselita M. M. Caraciolo

As conquistas decorrentes do tratamento anti-retroviral trouxe a aids um caráter crônico, não apenas pelo grande impacto na mortalidade, mas principalmente pela melhoria na qualidade de vida alcançada, permitindo aos portadores reinserção social, com retorno à vida laborativa e afetiva. Embora existam outras razões para a falência da terapia anti-retroviral, a adesão é um fator crítico para o seu sucesso e se constitui hoje na maior ameaça a estas conquistas. Uma baixa adesão não permite que a droga se

mantenha no nível sérico adequado para manter a supressão viral, e consequentemente vírus resistentes começam a emergir. Nesta situação além das opções terapêuticas tornarem-se limitadas, o próprio aumento da viremia pode favorecer o recrudescimento da doença.

Adesão ao tratamento deve ser entendida como um processo dinâmico no qual pacientes e profissionais têm responsabilidades. Aderir ao tratamento para os profissionais da saúde, muitas vezes, constitui o ato de tomar todas as drogas prescritas: na dose certa, no horário correto, seguindo dieta ou jejum, diariamente e por um período de tempo indeterminado. Este conceito técnico expresso com clareza assinala o rigor das mudanças de vida ao qual o paciente se vê sujeito, embora não traduza a complexidade de usar medicamentos. Para os pacientes está implícito, não apenas mudança de rotinas, mas também, em muitos casos, mudança de atitudes, tanto perante sua própria pessoa, como na sua relação com a soropositividade e com o meio.

Este capítulo pretende abordar alguns aspectos relevantes para o entendimento da dinâmica do tratamento da infecção HIV/aids, com o objetivo de fornecer subsídios que permitam ampliar a capacidade operacional dos serviços em lidar com as questões específicas envolvidas na adesão aos anti-retrovirais.

Os obstáculos para se conseguir o uso adequado dos medicamentos são variados e envolvem dificuldades desde o manejo do esquema ao próprio impacto da aids na vida do indivíduo. Do ponto de vista didático, tentaremos discorrer sobre elas distintamente, entendendo que muitas vezes os fatores estão entrelaçados e que a dinâmica difere de pessoa a pessoa.

FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO AOS ANTI-RETROVIRAIS:

1. RELACIONADOS À DOENÇA

- A doença é crônica e não tem cura, até o momento. Isto muitas vezes deixa o indivíduo sem perspectivas de vida e sem esperanças;
- O fato da infecção pelo HIV/aids ter longo período assintomático dificulta a aceitação da “doença” e consequentemente do tratamento. Sentir-se e apresentar-se saudável faz com que o indivíduo questione o diagnóstico: como tomar tantos remédios para tratar uma patologia que não se sente portador? Nos indivíduos assintomáticos a doença é uma realidade distante e nesta fase o que de fato o aproxima dela é a tomada de medicamentos, especialmente quando ocorrem efeitos colaterais. Tomar remédio significa estar doente, e a baixa adesão neste caso pode traduzir uma recusa por sentir-se doente;
- A doença remete o portador a um mundo de medo e incertezas, medo de situações desconhecidas, de ter que se confrontar com o vírus e com o adoecer. O que vai acontecer comigo?;
- A doença é estigmatizante e expõe o portador a julgamentos e estigmas sociais. Por receio destas reações, o indivíduo que tem aids frequentemente não revela o diagnóstico de aids a ninguém;
- Exclusão e isolamento: algumas vezes é voluntário, ou seja, por medo da reação das pessoas o portador de HIV/aids opta pela solidão, o que aumenta ainda mais a pressão que sente;
- Forte sobrecarga emocional: pelo que a doença representa, portar aids causa

um impacto de difícil elaboração. O fato de o vírus estar sempre presente é percebido pelo paciente como uma ameaça constante, o que confere uma dinâmica cíclica aos seus portadores, cujas emoções e sentimentos abrangem raiva, culpa, remorso, arrependimento, medo, tristeza, angústia, castigo, depressão, negação, isolamento, barganha e aceitação.

2. RELACIONADOS AO TRATAMENTO

- Concretização da doença: quando o diagnóstico da aids não foi bem elaborado, foi negado ou esquecido, o momento da oferta dos anti-retrovirais torna a doença uma realidade que “deve” ser encarada. Neste momento inclusive, o indivíduo pode experimentar emoções semelhantes às da descoberta do diagnóstico. Especialmente nos pacientes assintomáticos a ingestão constante de remédios coloca-os frente a questionamentos que os obrigam a buscar em si justificativas para aderir ao tratamento. O medicamento torna o HIV presente no cotidiano do indivíduo;
- Lembrança da condição de mortalidade: a aids por ser incurável lembra ao seu portador que nós somos mortais e, às vezes, este impacto pode ser paralisador. É preciso trabalhar esta questão e vincular o medicamento a proposta de vida, de estabilidade clínica e emocional;
- Exposição da condição de soropositividade: tomar os remédios, ou mesmo guardá-los em casa ou porta-los, é entendido pelo paciente como sendo uma ameaça na medida que pode revelar sua condição de portador do vírus direta ou indiretamente;
- Necessidade de reorganização da vida em decorrência da complexidade do esquema terapêutico: o uso dos anti-retrovirais impõe limites nos horários e hábitos alimentares, na medida que exige o manejo adequado de pelo menos três medicamentos que podem ter quantidades e horários diferentes e que podem ter relações distintas com a alimentação para a boa absorção das drogas. Seguir o esquema terapêutico requer uma grande disciplina por parte do doente na medida que requer reorganização da própria vida com estabelecimento de limites, mudanças de horários, enfim, de uma nova rotina e estilo de vida.. Por isto é importante procurar propor um esquema que interfira o mínimo possível nos hábitos. O objetivo é adequar o tratamento ao estilo de vida do paciente e não o contrário;
- Efeitos colaterais: a ocorrência destes também ameaça a manutenção do tratamento, principalmente nos indivíduos assintomáticos. É necessária uma boa compreensão dos objetivos do tratamento, bem como abordagem adequada destes efeitos, para evitar a baixa adesão. A intolerância às drogas e a permanência por longo período dos efeitos colaterais indesejáveis, mesmo quando são leves, favorecem o uso inadequado dos anti-retrovirais;
- Tratamento por tempo indeterminado e sem perspectivas de interrupção das drogas até hoje: tradicionalmente ingere-se remédios quando se está doente, quando a saúde não está bem, e isto sempre se dá por um tempo limitado. Isto não acontece na infecção HIV/aids, principalmente com o soropositivo, onde a doença é uma realidade distante, e o que de fato o aproxima dela é a tomada dos medicamentos;
- O tratamento não visa a cura e a proposta terapêutica é de controlar a doença através da inibição da replicação viral: a constatação de que a terapia não confere a cura, embora não se constitua tão explicitamente como

uma dificuldade (para pacientes e profissionais), com certeza influencia negativamente pelo menos no momento da introdução do tratamento, na medida em que esta “decepção” leva a uma regressão na qual o indivíduo se vê novamente questionando perspectivas de vida, ou mesmo o objetivo do tratamento;

- Castigo: o indivíduo sente-se castigado pelo fato de ter se exposto e adquirido o vírus e a terapia anti-retroviral é uma punição pelo fato e pela forma de haver se contaminado;
- Quantidade de comprimidos a ser ingerido por dia ou na mesma tomada: um grande número de comprimidos facilita uma maior intolerância gástrica e mal estar. Este mal estar, por vezes, influencia na alimentação, na execução das atividades rotineiras, etc. Outro aspecto que também se relaciona é que, freqüentemente, as pessoas do convívio desconhecem o diagnóstico da soropositividade e é difícil encontrar justificativas diárias para “tomar tantos comprimidos”.

3. RELACIONADOS AO PACIENTE

- Aceitação da doença e da forma de contaminação; aceitar o diagnóstico e a doença é crucial no processo da adesão. A maneira como o indivíduo adquiriu a Aids também influi neste processo na medida que se relaciona diretamente com o afeto, com as práticas sexuais, com a sexualidade e com o uso de drogas. Assumir o tratamento requer, também, elaborar a forma de contaminação;
- Medo: a soropositividade lança o indivíduo num mundo povoado de incertezas e medos. Um dos mais frequentes é o medo de ser identificado: os anti-retrovirais podem expor a condição sorológica. Muitos acreditam que tomar os remédios ou mesmo guardá-los na geladeira, pode traduzir para amigos e familiares, que são portadores do vírus da aids. Isto dá muita insegurança na medida que receiam a reação das pessoas, e, portanto, quando não dá para tomar escondido, não tomam aquela dose. Existe uma outra forma de medo relacionado ao ato de tomar os remédios: o receio de ter que se confrontar com o vírus. Os medicamentos evidenciam a soropositividade. Há também o medo que os medicamentos provoquem alguma transformação física, como: alteração na coloração da pele, queda de cabelos, lipodistrofia etc. É grande também, o medo de adoecer pelos efeitos colaterais: neuropatias, diarreias, vômitos, úlceras, etc.;
- Baixo salário e escolaridade: quanto menor a renda e a escolaridade maior a probabilidade de não adesão;
- Uso social de álcool: por um lado existe muita fantasia sobre o efeito que uma dose de qualquer bebida (destilada ou não) pode fazer no organismo, e por outro lado, a pressão social para que o indivíduo mantenha seus hábitos é grande. Por receio dos efeitos diretos do álcool e dos questionamentos que possam surgir se recusar a bebida (“você está tomando algum remédio?”) o paciente opta por não tomar o remédio naquele dia ou nos finais de semana;
- Uso de drogas: os estudos que avaliam a adesão entre os dependentes químicos têm resultados divergentes, no entanto, parece não haver diferença na taxa de adesão desta população e a de não usuária de drogas. Os dados nos levam a acreditar que aparentemente não é o uso da droga que interfere na adesão, mas

o estilo de vida que o usuário apresenta. O grau de desorganização em que se encontra parece ter maior influência que o uso da droga em si. A relevância deste dado aponta para necessidade de se trabalhar na reestruturação sócio afetiva do indivíduo, quando este estilo for “caótico”.

- Nível de conhecimento: quanto maior a percepção sobre a doença maior é a autonomia e responsabilização sobre a própria vida. É importante que o paciente seja sempre bem informado quanto ao tratamento, necessidade de uma boa adesão, efeitos colaterais, resultados de exames laboratoriais, enfim sobre tudo que estiver relacionado com a sua saúde;
- Fragilização por oscilações clínicas e laboratoriais: a presença de intercorrências clínicas, a queda de CD4 e/ou elevação da carga viral abalam a confiança no tratamento e precipitam novos questionamentos em relação ao mesmo;
- Solidão: não revelar a soropositividade confere um conflito interpessoal que acarreta angústia e sofrimento. A falta de apoio e de ter alguém para compartilhar, dificulta a adesão;
- Depressão: há trabalhos que demonstram importante interferência da depressão, inclusive há significativa melhora na adesão após o tratamento da depressão;
- Esquecimento: o paciente pode simplesmente esquecer a dose, no entanto quando isto é recorrente, ou seja quando ele é incapaz de se lembrar das tomadas sugerimos avaliar se há outras questões envolvidas neste esquecimento;
- Segredo social: muitas vezes o diagnóstico está bem elaborado, o indivíduo convive bem com ele, no entanto não o revelou socialmente. Isto requer que haja uma certa privacidade na hora das tomadas e ocasionalmente pode não ser possível;
- Auto estima: exerce influência importante no uso adequado dos medicamentos. Uma baixa auto estima compromete a adesão;
- Ambiguidade: nem sempre reconhecer o benefício do tratamento significa afastar o medo dos efeitos colaterais e do adoecer por estes próprios efeitos. Há momentos que o indivíduo sente que sua integridade física e emocional está ameaçada pela terapia. Querer se tratar e reechar o tratamento são sentimentos que podem andar juntos.

4. INERENTES À RELAÇÃO PACIENTE - EQUIPE

- Confiança na equipe de saúde e principalmente no médico: o nível de conhecimento que o profissional possui sobre a patologia é importante na medida que o saber técnico gera segurança e confiança tanto em relação ao profissional quanto ao próprio tratamento. Para seguir a prescrição é necessário confiar na competência do profissional;
- Vínculo: o estabelecimento de vínculo e a qualidade deste com a equipe, e fundamentalmente com o médico é determinante no processo da adesão;
- Linguagem utilizada durante a consulta: o discurso deve ser claro, objetivo e adequado a cada um, para facilitar uma melhor compreensão das informações;
- Postura do profissional: ter uma boa relação com a equipe que o acompanha é vital. Ser acolhedor, não emitir julgamentos e principalmente não punir, cria

um ambiente favorável para que o paciente consiga discutir suas dificuldades com segurança, permitindo a identificação dos problemas e a adequação do esquema, evitando desta forma a baixa adesão. É importante que todos os profissionais, principalmente o médico assistente, tenham a postura de aconselhador. O aconselhamento deve permear todos os atendimentos.

5. RELACIONADOS AO SERVIÇO

- Tempo de duração da consulta médica: realizar investigação clínica, orientar quanto aos exames e medicamentos, discutir as dificuldades em relação aos mesmos, etc. não pode ser feito rapidamente. A probabilidade de o paciente seguir uma prescrição feita por um médico que o atendeu apressadamente, e nem o olhou nos olhos, é mínima;
- Acesso do paciente ao serviço de saúde: quando o paciente apresenta intercorrências que ele atribua aos medicamentos, deve receber esclarecimentos e as intervenções necessárias. O risco de interrupção do tratamento até a consulta agendada é grande. Por isto o fluxo de atendimento deve ser previsto de forma que o serviço consiga acolher o paciente segundo as necessidades identificadas, mesmo que seja fora do seu agendamento de rotina;
- Existência de trabalhos voltados para a adesão: grupos, consultas de enfermagem e/ou farmacêuticos, grupo de cuidadores, etc.;
- Envolvimento de todos os profissionais no processo: ter equipe capacitada e motivada para intervir em qualquer momento que o paciente demande, ajuda a reforçar as informações fornecidas nos vários momentos da assistência;
- Reuniões de equipe: estruturar discussões multiprofissionais ajuda na disseminação do conhecimento, uniformização da linguagem, além de integrar a equipe;
- Medicação fracionada: esta estratégia pode ser muito útil para ser utilizada em pacientes que necessitem monitoramento de seu tratamento mais rigoroso, por exemplo: pacientes que estejam em assistência domiciliar terapêutica; faltosos na instiuição; moradores de rua que frequentemente têm dificuldades em guardar seus pertences, etc.;
- Rotina de assistência domiciliar bem definida: especificamente para os serviços que têm esta modalidade assistencial, a equipe pode adotar um processo de trabalho mais específico. Estar dentro da casa do paciente, e em contato íntimo com seus cuidadores deve ser aproveitado como uma situação privilegiada para se aprofundar o trabalho de adesão. Várias questões podem ser foco da atenção da equipe: deixar em local visível do cuidador o horário da medicação; discutir aonde os remédios ficarão guardados (em mala, caixa de sapato, gaveta); identificar as sobras de remédio e investigar as razões; investigar o uso de remédios caseiros e até que ponto isto interfere no tratamento anti-retroviral; investigar a dinâmica familiar e em que medida o cuidador/família ajuda ou dificulta as tomadas dos medicamentos; avaliar a alimentação do paciente; identificar dificuldades na relação do paciente com o cuidador e planejar intervenções de mediação.

Para exemplificar algumas das questões expostas neste texto, relacionaremos aqui algumas frases de pacientes, que simbolizam a complexidade da terapia anti-retroviral na vida dos que apresentam dificuldades em aderir ao tratamento:

- “Tomo o remédio pelo medo de ficar em uma cadeira de rodas, apesar de odiar remédio... agora acostumei é uma experiência triste, mas está ligado à minha qualidade de vida”.
- “Tomar o remédio é conviver com o vírus” ...”é assumir que tenho o vírus”.
- “Tomar o remédio é assumir que tenho o vírus...Tenho medo que meus pais vejam e descubram que tenho o vírus...aí eles vão saber quem sou.”
- “Tenho medo de tomar os remédios, por causa dos efeitos colaterais”.
- “Só vou tomar o remédio quando ficar doente”.
- “Se eu tomo o remédio tenho que assumir que sou doente”.
- “Se eu levar o remédio para casa, todos vão saber quem sou”.
- “O coquetel faz a gente criar rituais, ficar escravo do relógio para não perder a hora do remédio”.
- “Não tomo no serviço, porque vão descobrir o que tenho”.
- “Não posso tratar aquilo que não acredito...”
- “Eu tinha nojo de mim e de outras pessoas que eram soropositivas.... Quando eu soube que estava doente, fui ficando ruim, ruim, ruim mesmo.. com o tempo tive que assumir a soropositividade para poder melhorar”.
- “Eu sei que não dá pra continuar tomando deste jeito... eu tô sujeito a uma doença oportunista... quando tava doente tomava o remédio certinho. Os efeitos colaterais eram mais suaves... depois que melhorei e não me sentia mais doente, comecei a brigar com ele. Hoje tenho uma raiva daquele remédio... mas será que tenho mesmo esta doença?”
- “Estou me sentindo bem, tomo os remédios e começo a passar mal”.
- “Enfrentar o exame de genotipagem nos coloca diante de morte possíveis, muito parecidas com as que surgem frente ao diagnóstico, frente ao tratamento, durante o tratamento.... a esperança anunciada durante o tratamento começa a diminuir na resistência.”
- “Descobri que sou mortal”.
- “Aguardar o resultado da carga viral é angustiante.”
- “Agora posso tomar o remédio, construí um quarto no fundo do quintal só para mim, e ainda deixo o remédio trancado em um baú e levo a chave”.
- “A vontade de viver é mais importante que os remédios”.
- “A gente só consegue contar para os outros quando supera os próprios preconceitos... Isto tudo vem com o tempo e parte do princípio da própria aceitação”.
- “...Três vezes ao dia lembro que vou morrer...”
- “...O meu medo era de que alguém da família descobrisse e eu sofresse o preconceito... separassem copo, toalha... quando contei foi como se tivesse tirado um peso de cima de mim”.
- “...O benefício é maior do que os efeitos colaterais...eu tenho crises renais... já sei... vou para o PS, peço logo um buscopan na veia, logo a dor passa, isto é melhor do que ter uma oportunista”.
- “...Eu não tinha problemas com as medicações... vim pro grupo porque queria conversar com pessoas que eram soropositivas. Só meu médico e minha esposa sabiam.. Eu precisava saber como é ser soropositivo. Queria conhecer pessoas, conversar... dividir...”

Considerações:

- A dinâmica envolvida no tratamento torna a adesão aos anti-retrovirais um processo complexo, onde a manutenção do uso adequado dos medicamentos é o grande desafio, tanto para as instituições quanto para os próprios pacientes, e, portanto requer enfrentamento sistematizado, organizado e interdisciplinar.
- As causas da não adesão são diversas e para intervir é necessário, sem dúvida, simplificar os esquemas medicamentosos, além de procurar identificar o significado da doença e do remédio na vida do paciente, para poder trabalhá-los adequadamente.

3. DOR EM PACIENTES COM HIV/AIDS

Elisa Miranda Aires

I. Introdução

Apesar das inúmeras dificuldades em definir exatamente o que seja dor, esta é uma experiência humana quase universal, causadora de grande sofrimento e é no seu alívio que o compromisso de ser médico encontra a essência de sua vocação. A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define este sintoma como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão”. Sabe-se que há uma associação entre mecanismos físicos e psíquicos responsáveis pela dor.

Cerca de 67% dos doentes com câncer avançado apresentam algum sintoma doloroso durante sua doença e 36% têm dor severa. Alguns estudos sugerem existir um subtratamento da dor em aproximadamente 42% destes pacientes. O alívio da dor causada pelos tumores malignos é uma das prioridades estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual tem publicado normas simples de orientação terapêutica que alcançam uma eficácia média de 75%.

II. Dor na Aids

Pouco tem sido publicado a respeito da dor nos pacientes com aids. Sua prevalência, em estudos internacionais, tem sido de 30 a 90% das casuísticas e varia, entre outras coisas, de acordo com o estágio clínico da doença: 45% em pacientes classificados como assintomáticos (A3- CDC-1993), 55% em oligossintomáticos (B3) e 67% em pacientes com aids propriamente dita (C3).

Sims e Meyer descreveram, na aids, algumas características distintas da dor oncológica:

- a aids é uma doença multissistêmica desde o início e por toda sua evolução, podendo acometer simultaneamente vários órgãos e sistemas, o que potencialmente predispõe a um maior número de dores;
- as complicações infecciosas são as principais causas de dor e, portanto, são potencialmente tratáveis;

- há grande número de comorbidades psiquiátricas e demenciais, dificultando a avaliação e tratamento da dor ;
- o grande número de remédios utilizados continuamente facilita o aparecimento de intolerância gástrica e implicam mais interações medicamentosas;
- há maior suscetibilidade dos pacientes a efeitos colaterais, hipersensibilidade e reações adversas a drogas;
- muitos pacientes são usuários de drogas ilícitas, dificultando o uso regular e correto de opióides;
- há uma maior falta de estrutura social de apoio, o que também dificulta o manejo da dor;
- há mudanças rápidas nos esquemas de tratamento, sendo necessário ao médico manter-se constantemente atualizado sobre a doença, sua evolução clínica e as implicações novas opções terapêuticas;
- são raros os especialistas em dor inserido na equipe multidisciplinar de atendimento a pacientes com aids.

III. Principais causas de dor em pacientes HIV/Aids

A etiologia da dor varia muito de um serviço para outro.

Na literatura as principais síndromes dolorosas são: neuropatia periférica (principalmente neurite por herpes zoster e Cytomegalovirus, por drogas e polineuropatia sensorial pelo HIV), sarcoma de Kaposi, cefaléias de diversas etiologias, dor orofacial, dor abdominal, artralgias e mialgias.

As dores podem ser:

- diretamente relacionadas a infecção pelo HIV ou consequentes a imunossupressão
- devido ao tratamento do HIV ou infecções relacionadas
- não relacionadas ao HIV ou a seu tratamento

As causas das dores são geralmente conhecidas, mais comumente devido a infecções e, portanto, potencialmente tratáveis.

Guias publicados pela OMS para o tratamento da dor em pacientes com câncer têm sido utilizados com sucesso para o tratamento da dor em pacientes com aids. Estudos indicam, porém, que na prática até 85% destes pacientes recebem tratamento analgésico inadequado e menos de 8% são medicados com opióides para aliviar eventos de dor severa.

IV. Principais tipos de dor

- dor somática- relacionada a uma região de injúria tissular (pele, músculo, outros tecidos moles ou osso)
- dor visceral- relacionada a uma víscera lesada ou estrutura mesentérica
- dor neuropática- lesão nervosa e/ou padrão bem reconhecido de dor (ex. dor radicular) ou descrita como disestesia
- cefaléia (classificada a parte pela fisiopatologia mais complexa)

V. Avaliação da dor

Não é possível tratar bem a dor se não se fizer uma boa avaliação da mesma. Para que isto ocorra é necessário que algumas regras sejam obedecidas:

- acreditar no paciente
- história detalhada da dor - local, distribuição, qualidade, severidade (medir por escalas padronizadas- ver anexo), frequência, fatores de melhora e piora
- exame físico detalhado
- avaliação psicossocial- principalmente depressão que pode diminuir o limiar de tolerância a dor
- avaliação laboratorial e radiológica mínima- para tentar um diagnóstico etiológico
- reavaliações periódicas

VI. Tratamento

O subtratamento da dor tem sido muito frequente em vários países e, geralmente, deve-se a:

- ignorância médica no uso de analgésicos
- medo de drogadição (pacientes e médicos)
- dificuldades burocráticas na prescrição de opióides

A dor tem sido subtraída na aids em até 85% dos pacientes, conforme estudos em países desenvolvidos.

O tratamento da dor na aids segue as mesmas orientações que do da dor no câncer, ou seja:

- tratamento o mais simples e eficaz possível
- tratamento de acordo com intensidade da dor (escalas de dor)
- tratamento de acordo com o diagnóstico da dor
- utilizar medicação com horário fixo (evitar esquemas “se necessário”)
- utilizar medicação preferentemente por via oral (inclusive morfina)
- monitorar continuamente a resposta à terapêutica analgésica, com posteriores modificações quando necessário
- dosagem particularizada para cada doente (respeitando a dosagem máxima permitida)

Para iniciar o tratamento devemos avaliar:

- Intensidade da dor: (vide escada da OMS e tabelas em anexos.)
 - dor de fraca intensidade (EVD= 1-3)- degrau 1- analgésicos comuns ou antiinflamatórios não-hormonais;
 - dor de moderada intensidade (EVD=4-6): degrau 2- opióides fracos (codeína ou tramadol)
 - dor de forte intensidade (EVD=7-10): degrau 3- opióides fortes (morfina, oxycodona).

- Qualidade da dor: pode ajudar no diagnóstico etiológico e associação de adjuvantes (drogas auxiliares)

Principais adjuvantes:

- dor neuropática (dores de origem em nervos periféricos ou sistema nervoso central) - antidepressivo (amitriptilina) e/ou anticonvulsivantes (carbamazepina ou gabapentina); neurolépticos (clorpromazina)
- dor em cólica - antiespasmódicos,
- cefaléia por hipertensão intracraniana - corticóides
- dores de metástases ósseas - corticóides

Resumindo:

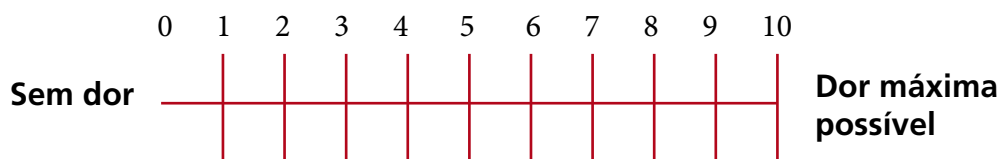
- Caso o paciente tenha dor devemos avaliar a intensidade e qualidade da dor.
- De acordo com a intensidade utilizamos os analgésicos conforme a escada da OMS e, de acordo com a qualidade da dor, utilizamos um adjuvante adequado.
- Lembrar que a analgesia deve ser feita com horário fixo, evitando-se esquemas “se necessário” e deve ser reavaliada e adequada constantemente.

VII. Anexos

Escala de avaliação verbal

- () sem dor () dor fraca () dor moderada
 () dor intensa () dor insuportável

Escala visual analógica



Escala de tratamento de dor da OMS

Aumento da dor

1 Não opióide
= Adjuvante

2 Opióide para dor leve à moderada
= Não opióide +- Adjuvante

3 Opióide para dor moderada a severa
= Não-opióide = Adjuvante

Tabela dos principais analgésicos/ AINH utilizados no Brasil

Analgésicos Não-Opiáceos para Tratamento da Dor

Medicamento	Dose para Adulto (mg/dose VO)	Intervalo (horas)	Dose Máxima Por dia (mg)	Comentários
Salicilatos Aspirina	500.1.000	4-6	6.000	1.Irritação gástrica e sangramento 2.Diminuição irreversível da agregação plaquetária Sem efeito antiplaquetário em doses baixas
Acetaminofen	500-1.000	4-6	4.000	Hepatotóxico se mantidas altas doses
anti-inflamatórios não-esteróides (AINE):		4-6 12 12	3.200 1.250 30	1. São capazes de diminuir a agregação plaquetária. 2. Podem provocar irritação gástrica. 3. Podem causar insuficiência renal. 4.Podem causar distúrbios no SNC.
Ibuprofeno (Motrin, Artril)	200-400	6-8 6-12 24	300 200 20	
Naproxeno* (Naprosyn)	500 inicial 250			
Piroxican* (Feldene)	subsequente			
Cetoprofeno* (Profenid)	10 50			
Diclofenaco* (Voltaren)	50-100 20			
Tenoxicam** (Tilatil)				

* Existe em forma injetável

** Pode ser usado por via venosa

Opióides mais utilizados no Brasil

Nome Farmacológico/ Receptor	Dose	Início	Duração	Dose máxima
Agonistas fracos Cloridrato de tramadol	VO,IM,IV 50-100mg/dose (0,75-2mg/kg) 4-6 x	VO- 30 min EV- 15 min	4-6h	400mg
Agonistas fracos Fosfato de codeína	VO 30-60mg/dose (0,5-1mg/kg) – 4- 6 x	15-30min	3-6h	240mg
Agonistas potentes Sulfato de morfina (VO)	VO- iniciar com 10 mg/dose (ou 0,2 mg/kg) e aumentar conforme necessidade- 4-6x/d VO-liberação lenta (baseada na dose calculada da morfina de ação rápida)	15-60min	2-7h	Não há
Cloridrato de morfina (IM/EV)	Iniciar com 2 mg (ou 0,02mg/kg/dose) e aumentar conforme necessidade	IV < 1min	IV/IM/SC 2-7h	Não há
Meperidina/ Petidina (IM/EV)- não utilizar em dores de duração maior que 3 dias	25-100mg(0,5-2mg/kg)-4-6x	IM- 1-5 min. IV<1min.	1g0,5mg/kg/h	900 mg

EQUIVALÊNCIA DE DOSES PARA ALGUNS OPIÓIDES SEGUNDO A VIA DE ADMINISTRAÇÃO

AGENTE	VO	IM
Sulfato de morfina	60	10
Fosfato de codeína	200	130
Tramadol	100	100

Equivalência de dose em relação a 10mg morfina

4. PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS APLICÁVEIS NA ADT

Ana Cássia dos Reis
Tânia Regina Corrêa de Souza

A Assistência Domiciliar Terapêutica - ADT utiliza a mesma tecnologia médica - hospitalar em nível domiciliar. Observamos a necessidade de definir procedimentos para a assistência integral em domicílio de forma a garantir a segurança e simplicidade do manejo do paciente.

As ações e procedimentos desenvolvidos no domicílio podem ser: preventivas, educativas, adaptativas, diagnósticas e terapêuticas.

Ações preventivas e educativas

As ações preventivas e educativas em DST/aids devem ter como marco referencial teórico a noção do processo saúde e doença como resultado de determinantes sociais, culturais, econômicos, comportamentais, epidemiológicos, demográficos e biológicos.

Devem ser dirigidas ao indivíduo, cuidador e familiares, considerando-se os aspectos relacionados à situação de risco, vulnerabilidade, aconselhamento, adesão à medicação, cuidados pessoais, orientação familiar, biossegurança domiciliar e comunitária.

Na ADT, essas ações devem ter como objetivo a promoção da auto-estima e responsabilidade social e individual sobre a saúde.

Ações adaptativas

Ações adaptativas podem ser definidas como todo acontecimento ou fenômeno que contribui para a adaptação de um organismo ao meio. Quando pensamos em ADT, estamos falando de ações que visam a acomodação ou adaptação às novas circunstâncias. Essas adaptações podem ser necessárias tanto para a família como no ambiente.

A família, a partir da doença, se desestrutura, e necessita de um período para reorganização. Quando o paciente (termo utilizado pelo profissional, pois para a família ou cuidador ele será sempre o marido, filho, pai...) passa a ser assistido na ADT, há uma mudança nas relações familiares e na rotina doméstica.

A equipe de saúde deve estar atenta principalmente na inversão das relações de poderes, relação de dependência e questões relacionadas à intimidade do paciente, para poder planejar ações adaptativas, que visem redefinir as relações familiares ou entre paciente e cuidador.

O ambiente é também extremamente importante para o desenvolvimento do projeto terapêutico. É construído ao longo de toda a vida levando-se em conta as expectativas pessoais, normas sociais e culturais, padrões estéticos, funcionalidade e condições econômicas.

Lembramos aqui algumas de suas funções:

- Favorecer o desenvolvimento das atividades;
- Facilitar segurança, independência, conforto e comunicação;
- Ser facilitador na recuperação do paciente.

O processo de avaliação das necessidades de modificação ambiental é composto por:

- Classificação do status funcional do paciente, ou seja, avaliar as necessidades reais do paciente e que benefícios tais modificações poderão trazer;
- Avaliação ambiental, que consiste numa observação detalhada da edificação, do mobiliário e do paciente desempenhando as atividades no ambiente.

Definido o problema, é aconselhável discutir as alternativas encontradas com o paciente e com a família, porque sempre essas modificações alteram a estética do ambiente e possuem custo. Assim, nenhuma intervenção é recomendada sem a concordância do paciente/cuidador/família.

Muitas vezes nos deparamos com fatores estruturais que interferem no acompanhamento do paciente, e então algumas ações adaptativas se fazem necessárias para o sucesso do tratamento. No quadro a seguir, veremos alguns exemplos desses fatores e sugestões de ações adaptativas:

	FATORES ESTRUTURAIS	SUGESTÕES
<ul style="list-style-type: none"> • Causem insegurança 	<ul style="list-style-type: none"> • Tapetes • Tipos de piso 	<ul style="list-style-type: none"> • Removê-los ou prendê-los ao chão • Não encerar, usar sapatos de borracha ou pisos antiderrapantes
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultem o acesso e a locomoção 	<ul style="list-style-type: none"> • Escadas sem corrimão • Degraus sem sinalização 	<ul style="list-style-type: none"> • Instalar de preferência dos dois lados • Identificar as bordas dos degraus com faixa amarela
<ul style="list-style-type: none"> • Limitem o desempenho 	<ul style="list-style-type: none"> • Disposição dos móveis • Excesso de mobília 	<ul style="list-style-type: none"> • Redistribuir a mobília no espaço deixando as áreas de circulação livres.
<ul style="list-style-type: none"> • Causem desconforto 	<ul style="list-style-type: none"> • Roupas apertadas ou molhadas • Sede/fome • Frio/calor • Iluminação/temperatura • Ruídos 	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar todas as causas externas que possam incomodá-lo (indicar o uso de cortinas, evitar superfícies lustrosas, interruptor de luz próxima à cama, etc.), e satisfazer suas necessidades básicas.
<ul style="list-style-type: none"> • Agridam a autonomia e a privacidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de divisória dos cômodos • Box do banheiro • Bacia do banheiro 	<ul style="list-style-type: none"> • Estar atento a ambientes divididos por cortinas ou armários. • Substituir porta por cortina • Instalar barras de apoio e ter bancos de transferência

Procedimentos diagnósticos e terapêuticos

A possibilidade de realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos no domicílio está vinculada à habilidade e capacitação técnica dos profissionais para executarem procedimentos mais ou menos invasivos, obedecendo às normas de biossegurança e proteção do paciente.

Vários aspectos devem ser observados no momento de se executar um procedimento diagnóstico ou terapêutico no domicílio: **as condições do ambiente, o preparo e a experiência da equipe que irá executá-lo e as condições clínicas do paciente. Além disso, gostaríamos de lembrar que todos os procedimentos devem ser registrados no prontuário**, e para sua realização devem ser utilizados os princípios técnico-científicos, evitando contaminação das amostras e o risco de infecção para o paciente.

Consideramos a seguir, alguns procedimentos possíveis de serem realizados no domicílio:

A- PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS	INDICAÇÕES	RECOMENDAÇÕES
<p>Coleta de sangue (Hemograma, Bioquímica e outros)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Febre; • Infecções locais e de etiologia não esclarecida; • Controle de tratamento; • Rotina; • Intercorrência clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o paciente quanto à realização e/ou colaboração no procedimento. • Identificar os tubos de forma correta e legível. • Coletar material suficiente para realização do exame. • Uso obrigatório de Equipamentos de Proteção Individual – EPI (luvas, óculos, avental e máscara). • Registrar no pedido e prontuário hora e data da coleta, temperatura (quando o paciente estiver febril) e toda reação adversa ao procedimento. • Encaminhar as amostras ao laboratório o mais breve possível ou manter acondicionado em temperatura adequada (Bolsa térmica quando houver longo percurso).
<p>Coleta de amostras com swab nas regiões:</p> <ul style="list-style-type: none"> • orofaringe; • nasofaringe; • ocular; • auditiva; • anal; • uretral; • feridas; • cateteres e drenos (ponta do cateter) 	<ul style="list-style-type: none"> • Laringites e faringites recorrentes; • Presença de secreções, pruridos e odores não característicos; • Sinais de infecção; • Colonização por <i>Staphylococcus</i> resistente à oxacilina (MRSA). 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o paciente quanto à realização e/ou colaboração no procedimento. • Usar princípios técnico-científicos para evitar a contaminação cruzada da amostra e traumatizar o local da coleta. • Quando indicação de exames de cateteres e drenos encaminhar amostra para análise. • Quando necessário utilizar material estéril. • Registrar no pedido e no prontuário toda reação adversa ao procedimento (uso de medicação, quantidade não suficiente, entre outras informações necessárias). • Identificar os pedidos e amostras de forma correta, para evitar o extravio das mesmas. • Encaminhar as amostras ao laboratório o mais breve possível.

<p>Exame de fundo de olho</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação de queixas oftalmológicas; • Acompanhamento de lesões em tratamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de colírio midriático antes do procedimento; • Observar as técnicas para o procedimento (diminuir a luz do ambiente); • Orientar paciente que após o exame, ocorrerá diminuição transitória da acuidade visual.
<p>Coleta de materiais biológicos</p> <p>Urina – Exame de sedimento e elementos anormais (urina I)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cultura • Proteinúria de 24 hs • Clearance de creatinina <p>Fezes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parasitológico • Cultura • Pesquisa leucócitos • Pesquisa de sangue oculto • outros 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente com clínica sugestiva de infecção do trato urinário; • Pós-cateterização de demora; • Terapia com imunossuppressores; • Insuficiência renal aguda; • Constipação; • Diarréia; • Efeitos relacionados à medicação sobre a função intestinal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o paciente quanto ao tipo de exame a ser realizado (urucultura, coprocultura, coleta nas 24 hs e outros); • Orientar quanto aos cuidados básicos de higiene para não contaminar as amostras; • Respeitar os princípios técnicos científicos, quando coletar amostras de sonda vesical, para evitar contaminação de amostra e possível infecção ao paciente; • Acondicionar exames em geladeira quando necessário, orientando a família e/ou paciente para manter longe dos alimentos e encaminhar ao laboratório assim que possível; • Registrar no pedido e no prontuário toda reação adversa aos procedimentos.
<p>Biopsia de pele</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lesões cutâneas sem diagnóstico definido; 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar junto a equipe a indicação deste procedimento em domicílio; • Coletar material somente profissional capacitado para isso.
<p>Punção de coleção purulenta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lesão purulenta fechada 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar condições do procedimento (flutuação); • Observar técnicas de assepsia; • Utilizar material estéril • Acondicionar e transportar adequadamente o material. • Coletar material somente profissional capacitado para isso.

<p>Coleta de Escarro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tosse produtiva • Dor torácica • Dispneia • Perda de peso • Sudorese noturna • Controle de tratamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o paciente e família quanto a realização e/ou colaboração no procedimento. • Estimular o paciente para a coleta de amostra de escarro e não de saliva. • Coletar a amostra sempre que possível no período da manhã. • Realizar quando necessário uma nebulização ultrassônica para facilitar a expectoração da amostra. • Realizar quando necessário coleta de amostra por aspiração traqueal.
<p>Punção lombar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cefaléia intensa • Comportamento verbal e motor alterado • Distúrbios neurológicos • Obter amostras de líquido cefalorraquidiano. • Controle de tratamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar criteriosamente junto a equipe a indicação deste procedimento em domicílio. • Coletar material somente profissional capacitado para isso. • Orientar o paciente quanto a realização e/ou colaboração do procedimento. • Proporcionar ambiente adequado para a coleta e atendimento rápido para intercorrências. • Realizar procedimento com técnica e material estéril. • Encaminhar ao laboratório o material o mais breve possível. • Garantir transporte e atendimento hospitalar em situações de urgências e/ou emergências.

·B – PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

<p>OXIGENOTERAPIA</p> <p>Os gases medicinais são muito utilizados como medida de suporte. O mais comumente usado é o oxigênio (O₂). A administração de oxigênio medicinal é de finalidade terapêutica.</p> <p>A oxigenoterapia pode ser feita também com água em ebulição, tomando-se o cuidado de não se queimar.</p> <p>O oxigênio precisa ser administrado umidificado e manter sempre o nível de água no mínimo 2/3 de capacidade do umidificador, utilizando de preferência água destilada. Ao trocar a água do recipiente, desprezar a água restante para evitar meio de cultura.</p> <p>O oxigênio pode ser administrado por intermédio de: cânula nasal (óculos) – usada quando não é necessária uma grande quantidade de O₂. Cateter nasal – depende do n° e a quantidade de O₂ a ser administrado. Máscara facial – quando é necessário uma grande quantidade de oxigênio contínuo.</p>	<p>RECOMENDAÇÕES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manter o conforto do paciente, realizando higiene nasal sempre que necessário; • Verificar o local com frequência para evitar possível trauma, trocando os cateteres de narinas; • Promover períodos de descanso no uso de óculos e máscaras; • Evitar o acúmulo de água nas extensões; • Quanto ao uso de nebulizadores, respeitar as normas assépticas na administração de medicamentos e higiene; • Quando do uso de torpedos de O₂, verificar as normas técnicas de segurança e consultar empresas legalmente habilitadas. • Quando houver necessidade de uso contínuo, considerar a possibilidade de se utilizar um concentrador de O₂.
<p>CATETERES INTRAVENOSOS</p> <p>Muitas medicações necessitam de cateter venoso profundo. Este recurso também pode ser utilizado em pacientes sem acesso venoso periférico.</p> <p>Cateteres profundos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intra-cath • Porth – a – cath 	<p>RECOMENDAÇÕES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar criteriosamente junto com a equipe a indicação deste procedimento; • Usar sempre técnica asséptica e material estéril; • Avaliar o nível de entendimento do paciente/família quanto à manutenção dos cateteres de média ou longa permanência; • Observar sinais de infecção local; • Na implantação deste tipo de acesso é necessário o procedimento de pequena cirurgia em ambiente hospitalar ou ambulatorial. <p>A equipe deve estar familiarizada com técnicas de manutenção desses acessos.</p>

<p>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS</p> <p>Sendo uma atribuição de grande responsabilidade da equipe de enfermagem, requer conhecimento quanto à farmacologia e as patologias associadas referentes a ação, dose, preparo, reações adversas entre outros procedimentos peculiares.</p> <p>As vias de administração são determinadas com o tipo de droga e absorção podendo ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • via oral; • via cutânea (transdérmica -TD); • via parenteral (IM, SC, ID, EV) 	<p>RECOMENDAÇÕES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar as medicações com conhecimentos e técnicas corretas. • Observar e evitar situações que causem trauma tissular. • Respeitar as técnicas assépticas, diminuindo as possibilidades de infecções, principalmente em procedimentos parenterais. • Observar validade, aspecto e coloração dos medicamentos. • Observar reações alérgicas e manter referência para atendimento de urgências e emergências. • Anotar em prontuário todas as reações adversas e quando possível comunicar ao médico responsável. • Ao utilizar Bomba de Infusão, estar atento a programação correta do equipamento; verificar corrente elétrica compatível e limpeza do equipamento, se necessário.
<p>NUTRIÇÃO ENTERAL</p> <p>Método utilizado com via de acesso dos alimentos ao estômago ou intestino delgado. É utilizado quando o paciente apresenta alguma impossibilidade de deglutir ou estado nutricional comprometido ou debilitado.</p> <p>As vias de acesso mais utilizadas são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nasogástrica; • Nasoenteral; • Gastrostomia. <p>As indicações dessas vias de acesso devem levar em consideração a patologia de base, o estado clínico, a duração prevista do suporte nutricional, tolerância do paciente e sua imagem corporal.</p>	<p>RECOMENDAÇÕES</p> <ul style="list-style-type: none"> • As SNG podem ser inseridas ou removidas em domicílio, desde que o local seja favorável à realização do procedimento, por profissional capacitado. • As SNE necessitam, obrigatoriamente, de RX de controle após sua colocação. • Orientar o paciente ou familiar/cuidador o procedimento a ser realizado, registrar o tipo, tamanho, data, horário e via de inserção para facilitar o controle de troca quando necessário; • Observar o tempo preconizado para o uso de cada sonda.

<p>ASPIRAÇÃO TRAQUEAL</p> <p>Este procedimento envolve a remoção de secreção de traquéia e dos brônquios por meio de uma sonda inserida na traquéia que pode ser acessada pela boca ou por traqueostomia.</p>	<p>RECOMENDAÇÕES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer indicações para a aspiração, os sinais e sintomas de infecção, a importância da hidratação adequada e a utilização de uma terapia adjunta (fisioterapia respiratória, nebulização e oxigenoterapia). • Favorecer suporte de atendimento hospitalar e de enfermagem quando necessário. • Observar e registrar tipo e quantidade de secreção aspirada, cor, característica, consistência e odor, bem como tolerância e reação do paciente. • Minimizar o máximo possível a realização do procedimento.
<p>HEMOTRANSFUSÃO DOMICILIAR</p> <p>A hemotransfusão em domicílio é um procedimento que está se expandindo do âmbito hospitalar para o domicílio, obedecendo as normas de recomendações a respeito.</p> <p>Devido às complicações que podem apresentar, este procedimento só pode ser realizado por profissional qualificado e que esteja presente durante todo o período de realização da infusão (médico e enfermeiro). O ambiente deve favorecer condições físicas e ter equipamentos para atender as reações adversas. Garantir transporte e atendimento hospitalar em situações de urgência/emergência.</p>	<p>RECOMENDAÇÕES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar sempre técnica asséptica rigorosa quando manusear o cateter. • Observar sinais de bacteremia como: temperatura, calafrios, mal-estar e níveis alterados de consciência. • Verificar e acompanhar com rigor exames laboratoriais e o teste rápido de glicose. • Observar sinais de infecção local: dor, calor, rubor e edema. • Anotar as informações contidas na bolsa no prontuário domiciliar. • Avaliar o nível de entendimento do paciente e/ou família, outras atividades rotineiras, o ambiente doméstico, a facilidade de hospitais e serviço de enfermagem e outros sistemas de cuidados em casa.
<p>MONITORIZAÇÃO DE SONDAS VESICAIS</p> <p>As sondas vesicais são utilizadas para aliviar a distensão da bexiga causada por retenção de urina ou de outras patologias, ou situações onde são necessários registros do débito urinário.</p> <p>Por serem inseridas com uso de técnica estéril são indicadas quando a necessidade for absoluta, por ser um procedimento que favorece o risco de infecções.</p>	<p>RECOMENDAÇÕES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar o paciente e/ou família em todos os aspectos relacionados à manutenção diária da sonda, incluindo cuidados com a pele, sinais e sintomas de infecção ou obstrução do trato urinário e a importância adequada da ingestão de líquidos, quando permitido. • Manter registro de: tamanho e tipo de sonda vesical e quantidade, cor e característica da urina. • Realizar controle de manutenção através de exames de urina e período de troca.

5. TRATAMENTO DE FERIDAS

Ana Cássia dos Reis

Evanil Alves Marques

1. AVALIAÇÃO DE PACIENTES (Fatores sistêmicos a considerar/documentar)

<p>a. Estado de Nutrição/ Hidratação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aparência geral • Perda de peso-Obesidade • Turgor de pele • História da Dieta • Altura/Peso • Desnutrição protéico-calórica • Deficiências em vitaminas/minerais • Estado atual-necessidades metabólicas? <ul style="list-style-type: none"> Trauma Infecção Febre Queimaduras • Valores de exames laboratoriais (vide método utilizado por laboratório) <ul style="list-style-type: none"> Albumina Proteínas totais Transferrina sérica Contagens de linfócitos totais Pré-Albumina <p>b. Doenças/Afecções Crônicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica) • Cardiopatia arteriosclerótica • Uremia • Disfunção gastrintestinais 	<p>c. Oxigenação/Perfusão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprometimento respiratório <p>Hipoxia Hipoxemia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprometimento circulatório <p>Hipovolemia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doença vascular periférica • Tabagismo • Edema • Trauma • Sepsia • Radiação <p>d. Estresse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estresse • Dor • Déficit de sono • Apoio familiar <p>e. Idade</p> <p>f. Estado de Continência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urinária • Fecal <p>g. Estado Imune</p> <ul style="list-style-type: none"> • Processo oncológico • Quimioterapia • HIV 	<p>h. Outras Considerações</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documentar as necessidades médicas de produtos ou serviços utilizados • Obter a solicitação do médico/enfermeiro para os produtos e serviços • As solicitações deverão especificar: <p>Tipos de Curativos-Curativo Dimensões do curativo Número de curativos a serem utilizados em cada vez Frequência das trocas de curativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver um plano de tratamento e documentar os resultados.
---	---	--

2. AVALIAÇÃO DE FERIDAS

<ul style="list-style-type: none"> • Posicionar o paciente sempre da mesma maneira para obter uma avaliação mais precisa • Antes da avaliação, proceder à limpeza adequada da ferida. <p>a. Localização Anatômica</p> <ul style="list-style-type: none"> • DIMENSÕES em centímetros <p>Comprimento-Direção da cabeça para os pés</p> <p>Largura-Direção lado a lado</p> <p>Profundidade-Local mais profundo da ferida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considere o uso de planimetria (traçado da ferida) <p>b. Estágio & Descrição</p> <p>Úlceras de Pressão</p> <p>I. Eritema da pele intacta que não empalidece. Nas pessoas com tons de pele mais escuros, a úlcera poderá ter uma aparência persistentemente vermelha, azulada ou com tonalidade arroxeadas. Poderão ser notadas alterações na temperatura da pele, consistência dos tecidos ou sensibilidade.</p> <p>II. Perda cutânea de espessura parcial, envolvendo a epiderme e/ou derme. Superficial, bolha/vesícula ou cratera superficial.</p> <p>III. Espessura total envolvendo lesão ou necrose de tecido subcutâneo.</p> <p>IV. Espessura total com destruição extensa; necrose tecidual ou lesão em músculos, ossos ou estrutura de suporte.</p>	<p>c. Espessura Parcial/Total</p> <p>Espessura Parcial Limita à epiderme ou porção superior da derme.</p> <p>Espessura Total Estende-se além da pele, para dentro do tecido subcutâneo, músculo ou tecido ósseo.</p> <p>d. Exsudato (Secreção)</p> <p>Avaliar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantidade - Nenhum/ pouco/ moderado/ intenso • Tipo - Seroso/ serossanguinolento/ purulento • Odor - Nenhum/ desagradável/ adocicado/ pútrido <p>f. Tecidos envolvidos no leito da ferida</p> <p>Epitelial-róseo “perolado”</p> <p>Granulação-vermelho carne</p> <p>Desvitalização</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esfacelo/mole, amarelo • Necrótico/úmido - negro, marrom ou cinza • Escara/seca, espessa, negra <p>Espaço Morto - túneis/ escavações (subminados)/ tratos de fístulas.</p>	<p>g. Pele ao redor da ferida</p> <p>Normal</p> <p>Hipertrofiada/ Calosidade/ Espessada</p> <p>Macerada ou úmida</p> <p>Desnudada</p> <p>Bordas de ferida enroladas</p> <p>h. Sinais de Infecção</p> <p>Endurecimento/ tumoroso</p> <p>Febre/ calor</p> <p>Eritema/ rubor</p> <p>Edema/ edema</p> <p>i. Fotodocumentação</p> <p>Posicionar sempre da mesma forma</p> <p>Solicitar consentimento após informação fornecida ao paciente</p> <p>Régua/ Data/ Iniciais do paciente visíveis</p> <p>Não tocar na ferida</p>
---	---	--

3. FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PORTADOR DE FERIDAS

Data: ____/____/____ Caso: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Registro: ____ Sexo: _____ Idade: ____ anos Ocupação: _____
 Estado Civil _____ Naturalidade: _____ Composição Familiar: _____
 Médicos Responsáveis: _____ Endereço: _____ CEP: _____ Fone: _____ Fax: _____
 Motivo do Encaminhamento: _____ Encaminhado por: _____

PERFIL SÓCIO-CULTURAL

Condições Higiênicas () Boas () Razoáveis () Precárias
 Alimentação: _____ Hidratação Oral: _____ Sono / Repouso: _____
 Eliminação Intestinal: _____ Eliminação Vesical: _____
 Etilismo: _____ Tabagismo: _____ Alergias: _____

EXAME GERAL

Doença de Base () Diabetes Tipo I () Drepanocitose () Diabetes Tipo II ()
 Dça Neurológica ()
 Arteriosclerose () Insuf. Arterial () Insuf. Venosa () Outros _____
 Doença associada: _____
 Medicamentos em Uso: _____
 Exames: Hemoglobina ____g% Glicemia ____g% Albumina ____g/dl Cultura da ecreção ____
 Exame Físico: Peso ____Kg Altura ____m IMC ____Kg/m² Pressão Arterial ____mm/hg
 Pulso _____ bpm

EXAME DA FERIDA

Tipo de Ferida _____ Localização: _____
 Comprometimento Tecidual () Superficial () Profunda parcial () Profunda total
 Maior Extensão: Vertical ____cm Horizontal ____cm Profundidade: ____cm
 Presença de Tecido Necrótico: () Não () Sim _____ %
 Sinais de Infecção: () Não () Sim Quais _____
 Exsudato: () Não () Sim
 Odor () Ausente () Discreto () Acentuado
 Característica () Serosa () Sero Sanguinolenta () Sanguinolenta () Purulento
 Volume () Ausente () Pouco (1pct. gaze) () Moderado (3pct. gaze) () Acentuado
 (+3pct. gaze)
 Dor/Escore () 0-ausente () 1-leve () 2-moderada () 3-intensa
 Sinais e Sintomas Locais

Úlcera Venosa	Úlcera Arterial	Pé Diabético
() Hiperpigmentação	() Claudicação	() Anidrose
() Lipodermatoesclerose	() Ausência de Pêlos	() Sensibilidade da Extremidade
() Edema	() Cianose	() Fissuras
() Varizes	() Hipotermia	() Rachaduras
() Sinais de Eczema		() Deformidades
() Outros _____	() Outros _____	() Outros _____

Tempo de Existência: _____

Cuidados realizados no domicílio: _____

CONDUTAS

Tratamento Indicado: _____ Orientações: _____

Fonte: Projeto de Extensão Atendimento ao Portador de Ferida Crônica e Papel do Bolsista
 Escola de Enfermagem e Hospital das Clínicas - UFMG
 Autores: Borges, EL; Oliveira, VG e Lima, VLAN.

4. TRATAMENTO DE FERIDAS

COBERTURA	INDICAÇÃO	MODO DE USAR	MODE DE AÇÃO	TROCAS	ADVERTÊNCIA
Ácidos Graxos Essenciais (AGE) Lipídio insaturado rico em Ácido Linoléico	Todos os tipos de lesões, infectadas ou não, desde que desbridadas previamente	Irrigar a lesão com SF 0,9% Aplicar AGE por toda área da ferida e cobrir com cobertura secundária.	Promove quimiotaxia para leucócitos, facilita a entrada de fatores de crescimento na célula, promove mitose e proliferação celular.	Uma vez ao dia ou se necessário.	Não é agente desbridante, porém estimula o desbridamento autolítico.
Carvão Ativado Tecido de Carvão 100% de Carbono e Nitrato de Prata.	Feridas infectadas, exsudativas, com presença de tecido necrótico.	Irrigar a lesão com SF 0,9%, aplicar o carvão e cobrir com cobertura secundária.	Remove as bactérias do exsudato pelo carvão e ação bactericida da prata. Ajuda o desbridamento autolítico.	Cada 72 h ou se necessário.	Não utilizar em áreas de granulação, doadoras de enxerto ou em queimaduras.
Papaína Enzimas Proteolíticas existentes no látex do mamoeiro.	Todos os tipos de lesões com tecido necrótico ou em cicatrização.	Preparar a solução em frasco de vidro. Irrigar a lesão e deixar gaze embebida na solução.	Promove desbridamento não traumático, tem ação bactericida e antiinflamatória.	Uma vez ao dia ou se necessário.	Obs. Diluição: 10% em necrose, 6% muito exsudato purulento, 4% médio exsudato, 2% pouco exsudato.
Hidrocolóides Partículas hidroativas em polímero inerte impermeável.	Lesões não infectadas superficiais/ profundas com ou sem exsudato. Áreas doadoras e incisões cirúrgicas.	Irrigar a lesão com SF 0,9%. Secar as bordas e aplicar hidrocolóide. Fixar bem as bordas.	Promove barreira protetora. Isolamento térmico, meio úmido ótimo, desbridamento autolítico, granulação e epitelização.	Cada 72 h ou se necessário	Não utilizar em: lesão infectada, úlcera grau 4, queimaduras 3o. grau, vasculite, lesão fúngica tuberculosa.
Alginato de Ca Fibras de Alginato de Ca puro.	Lesões exsudativas, com sangramentos, áreas doadoras de enxertos.	Desbridar e irrigar a lesão com SF 0,9%. Irrigar a cobertura e aplicar diretamente sobre a lesão.	Estimula agregação plaquetária e macrófagos; ativa fatores de coagulação, queratinócitos e fibroblastos. Tem alto poder de absorção.	Cada 72 h ou se necessário.	Não utilizar em: implantes cirúrgicos, queimaduras de 3.o grau ou lesões pouco exsudativas.
Hidrogel Gel de PVP* em H2O sustentado por estrutura fibrosa e polietileno.	Feridas limpas exsudativas ou não. Queimaduras.	Irrigar a lesão com SF 0,9%. Secar as bordas e aplicar hidrogel. Fixar bem as bordas ou aplicar cobertura secundária.	Aloja metabólitos, aumenta a permeabilidade local e migração celular, mantém o meio úmido e remove substâncias tóxicas.	Cada 72 h ou se necessário.	Não utilizar em: lesão infectada, úlcera grau 3 e 4.
Filme transparente com membranas de poliuretano	Lesões não infectadas que não sejam profundas (grau 2).	Irrigar a lesão com SF 0,9%. Secar delicadamente a área e aplicar a cobertura.	Reduz o risco de infecção bacteriana formando uma barreira de proteção. Mantém o meio úmido acelerando o processo de cicatrização.	Cada 72 h ou se necessário.	Películas adesivas podem ser associadas a outros produtos.
Colágeno Partículas hidrofílicas de colágeno de origem bovina.	Todos os tipos de lesões, infectadas ou não, com ou sem exsudato.	Irrigar a lesão com SF 0,9% e aplicar o colágeno. Usar cobertura secundária.	Remove o excesso de exsudato, diminui o edema e a inflamação, estimula a granulação, promove meio ótimo para leucócitos.	Diária	Lesões com pouco exsudato devem ser irrigadas previamente.

Silicone Gel de silicone adesivo.	Para lesões em fase de maturação (já cicatrizadas)	Lavar a cicatriz com água e sabão. Enxaguar bem e aplicar o gel.	Previne a formação de cicatriz hipertrófica e a formação de quelóides.	Semanal	Pode ficar até 2 semanas
Cleancer Surfactante e emoliente.	Todos os tipos de lesões	Irrigar a lesão antes da colocação da cobertura.	Promove o desbridamento, remove resíduos de coberturas e diminui a colonização da lesão.	Usar em todas as trocas	Ficar atento à toxicidade dos componentes ao tecido em granulação.

VII

Biossegurança

1 - Orientações para profissionais de saúde, pacientes e familiares

2 - O que fazer com o lixo produzido durante a assistência domiciliar?



BIOSSEGURANÇA

1. Orientações para profissionais de saúde pacientes e familiares

Profissionais de saúde

- Lavar as mãos com água e sabão antes e depois da manipulação do paciente
- Usar luvas descartáveis sempre que houver manipulação que permita contato com sangue e fluídos corporais
- Usar máscara para proteção de boca e nariz, quando o paciente apresentar sintomas respiratórios, ou realizar procedimentos em que haja possibilidade de respingos de sangue e outros fluidos corporais.
- Usar avental ou guarda-pó para proteger as roupas, quando houver contato com grande quantidade de sangue e fluidos corporais.
- Não encapar agulhas e seringas já utilizadas
- Não reutilizar agulhas e seringas
- Manter-se atento durante a manipulação de objetos afiados, perfurocortantes. Após o seu uso, desprezar esses objetos em recipientes apropriados, de parede rígida e com tampa.
- Ampolas de medicamentos de dose única devem ser desprezadas em local apropriado, após a sua aplicação, mesmo em caso de haver sobras.
- Praticar a rotina de coletar os recipientes com material contaminado, e transportá-los, com todas as precauções devidas, para as unidades de saúde.
- Em caso de acidente com agulhas ou objetos cortantes contaminados, lave imediatamente o local com água e sabão e procure, o mais rápido possível, o coordenador da equipe da ADT ou a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (C.C.I.H.) do seu serviço, para avaliação e encaminhamento da situação. Para maiores detalhes das condutas técnicas e administrativas, consultar o Manual de Recomendações para Atendimento e Acompanhamento de Exposição Ocupacional a Material Biológico: HIV e hepatites B e C.

<http://www.aids.gov.br> em documentos e publicações.

Pacientes e familiares

- Usar luvas de borracha (que poderão ser lavadas, desinfetadas e reutilizadas, enquanto estiverem em bom estado) nas tarefas domésticas em que haja contato com sangue ou secreções.

- Não permitir que o grupo de convívio do paciente compartilhe com ele os seus objetos de uso pessoal – roupas íntimas, toalhas de banho, escovas de dente; e principalmente, navalhas ou aparelhos de barbear.
- Utensílios de cozinha requerem higiene especial somente no caso de contato com lesões sangrantes no paciente.
- Proteger o colchão e os travesseiros de uso do paciente com capas plásticas que deverão ser limpas regularmente, com água, sabão e desinfetantes.
- Condicionar papéis sujos, absorvente higiênicos, preservativos e gazes em sacos plásticos, e desprezá-los em recipientes adequados – latas de lixo com tampa.
- Recipientes coletores para objetos perfurocortantes, agulhas e seringas devem ser rígidos e resistentes (galões de plástico ou metal, latas com tampa, descartex) e mantidos fora do alcance das crianças e animais domésticos.

Higiene em superfícies

- Álcool a 70%- fricção por 10”; realizar três aplicações.
- Hipoclorito de sódio a 1%, deixando por 30 minutos (evitar superfícies metálicas).

Higiene de peças de roupas

- Usar sabões ou soluções de limpeza, desde que circulem por todo tecido.
- Quando possível e disponível, usar máquina de lavar.
- No processo de lavagem de roupas com sangue e secreções, seguir os seguintes passos:
 - a) manipular a roupa com luvas de borracha;
 - b) deixar de molho em solução de hipoclorito de sódio (água sanitária), na medida 1:4, durante 30 minutos; e
 - c) lavar a roupa normalmente.

Atenção: nunca reutilizar a água em que a roupa ficou de molho, seja para banhos, lavagem de louças, limpeza do domicílio ou banho de animais domésticos.

Higiene da cozinha

- Os utensílios devem ser lavados com água e sabão
- Lavagem diária – ou no mínimo semana – do chão da cozinha, com água e sabão.

Higiene do banheiro

- Lavagem diária com hipoclorito de sódio a 1% (1:10). Para o vaso sanitário, recomenda-se maior concentração, de 2% a 2,5%.

2. O QUE FAZER COM O LIXO PRODUZIDO DURANTE A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR?

Evanil Alves Marques

Mie Okamura

Segundo Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N° 306, de 07/12/04 e da Resolução N° 358 de 29/04/05 do Conselho Nacional do Meio Ambiente - CONAMA os resíduos provenientes das diferentes atividades exercidas pelo ser humano, são classificados em cinco grupos, conforme o risco que apresentam à saúde e ao meio ambiente, sendo denominados Resíduos de Serviço da Saúde - R.S.S.:

Resíduos Grupo A – Com risco devido à presença de agentes biológicos.

Resíduos Grupo B – Com risco devido às suas características químicas.

Resíduos Grupo C – Com risco devido à radioatividade.

Resíduos Grupo D – Que são considerados COMUNS e não se enquadram nos grupos anteriores.

Resíduos Grupo E – Perfurocortantes.

A preocupação com os RSS assume três vertentes: evitar contaminação ambiental, evitar infecções hospitalares e evitar acidentes ocupacionais com os funcionários envolvidos nos procedimentos hospitalares, coleta e transporte de resíduos.

No ambiente doméstico, ocorre a produção de resíduos comuns - grupo D. Entretanto, quando desenvolvemos atividades na ADT, pode-se somar a esses, outros resíduos dos grupos A, B e E, com presença, respectivamente de agentes biológicos, químicos e perfurocortantes.

Sendo a ADT uma prestação de serviço, oferecida por uma Instituição de Saúde, esses resíduos devem ser interpretados como RSS, seguindo, portanto as orientações preconizadas pela implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS, que se apresenta como marco orientador tanto para os gestores do Sistema de Saúde em geral, como uma contribuição significativa para a cultura do manejo e tratamento dos R.S.S., integrantes de toda extensão do SUS.

Embora os R.S.S. representem menos de 5% do volume de todos os resíduos urbanos recolhidos pela municipalidade, quando conjugados com os resíduos alimentares (cerca de 10%), convertem-se em fonte de alimentação para insetos e roedores, podendo transformar todo o volume gerado, em resíduo infectante.

Partindo do princípio que só uma pequena parte dos resíduos derivados da atenção à saúde necessita de cuidados especiais, uma adequada segregação diminui definitivamente a quantidade de R.S.S. contagiados, impedindo a contaminação dos resíduos gerados.

Para segregar corretamente os R.S.S., é necessário partir de uma classificação precisa, adotando a orientação normativa do CONAMA que estabelece todas as etapas do encaminhamento dos resíduos, desde a geração, segregação, identificação, acondicionamento, coleta interna, transporte interno, armazenamento, tratamento, coleta externa, transporte externo até a disposição final.

O envolvimento dos profissionais dos estabelecimentos de saúde num processo de sensibilização e aprofundamento sobre o tema R.S.S. e a sua relação com o Meio Ambiente é fundamental para as mudanças de hábitos necessários que deverão passar pelo entendimento de temas básicos, como:

- Desenvolvimento Sustentável - que garante a manutenção da qualidade dos recursos naturais para futuras gerações.
- Princípio do 3R – Reduzir/Reciclar/Reutilizar.
- Segregação dos **Resíduos COMUNS** que passam pelo processo de separação de materiais conforme seus caracteres, a saber:
 - vidro, metal, plástico, papel = **Reciclagem**
 - Orgânico = **Compostagem**

Os trabalhadores de limpeza correm maior risco no manejo dos R.S.S. porque:

- são os que mais manipulam os R.S.S.
- não conhecem o tamanho do risco que enfrentam, nem as normas de segurança e higiene para preveni-los e
- são os mais afetados pela inadequada separação dos R.S.S.

Existe uma atitude de descuido muito comum por parte de todos, tanto de quem operacionaliza quanto de quem gerencia. Daí a importância desse P.G.R.S.S. que nos faz pensar em como encaminhar os resíduos, independentemente da procedência intra e extra estabelecimento gerador.

A ANVISA, por meio do RDC N° 306, de 07/12/04 define que os resíduos do grupo E, gerados pelos serviços de assistência domiciliar, devem ser acondicionados e recolhidos pelos próprios agentes de atendimento ou pessoa treinada para a atividade e encaminhados ao estabelecimento de saúde de referência.

Portanto, é responsabilidade da equipe de ADT a orientação quanto aos R.S.S. produzidos no domicílio, bem como o traslado do material que deverá ser acondicionado, conforme tabela abaixo:

Classificação dos R.S.S. (RDC ANVISA nº 306, de 07/12/2004 e Resolução CONAMA nº 358 de 29/04/2005).

GRUPO	CARACTERIZAÇÃO	PRODUZIDO NA ADT	ACONDICIONAMENTO
(A) Biológico	<p>Resíduos que apresentam risco à saúde pública e ao meio ambiente devido à presença de agentes biológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • inóculo, mistura de microorganismo e meios de cultura inoculados provenientes de laboratório clínico ou de pesquisa, bem como, outros resíduos provenientes de laboratórios de análise clínicas; • vacina vencida ou inutilizada; • filtros de ar e gases aspirados da área contaminada, membrana filtrante de equipamento médico hospitalar e de pesquisa, entre outros similares; • sangue e hemoderivados e resíduos que tenham entrado em contato com estes; • tecido, membranas, órgãos, placentas, fetos, peças anatômicas; • animais inclusive os de experimentação e os utilizados para estudos, carcaças, e vísceras, suspeitos de serem portadores de doenças transmissíveis e os morto à bordo de meios de transporte, bem como, os resíduos que tenham entrado em contato com estes; • excreções, secreções, líquidos orgânicos procedentes de pacientes, bem como os resíduos contaminados por estes; • resíduos advindos de área de isolamento; • resíduos provenientes de áreas endêmicas ou epidêmicas definidas pela autoridade de saúde competente. 	<p>Gase, algodão, equipos, frascos de soro, luvas, máscaras, esparadrapo, kits de linhas arteriais endovenosas. Gase, algodão, equipos, luvas, frasco de soro, máscaras, esparadrapo. Fezes, urina Lençóis, aventais, gase, algodão, fraldas, ataduras;</p>	<p>Saco de lixo branco leitoso com símbolo infectante, acondicionado em caixa rígida (papelão) para transporte ao serviço de saúde com segurança.</p>
(B) Químico	<p>Resíduos que apresentam risco à saúde pública e ao meio ambiente devido as suas características químicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • drogas quimioterápicas e outros produtos que possam causar mutagenicidade e genotoxicidade e os materiais por elas contaminados; • medicamentos vencidos, parcialmente interditados, não utilizados, alterados e medicamentos impróprios para o consumo, antimicrobianos e harmônios sintéticos; • demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da NBR 10.4 da ABNT (tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos). 	<p>Mercúrio dos termômetros</p>	<p>Saco de substância tóxica e deve ser segregado em depósito para lixo infectante (não deve ser misturado como infectante)</p>
(C) Risco devido à radioatividade	<ul style="list-style-type: none"> • enquadram-se neste grupo os resíduos radioativos ou contaminados com radionuclídeos, provenientes de laboratórios de análise clínicas, serviços de medicina nuclear e radioterapia, segundo a Resolução CNEN 6.05. 	<p>Pilhas, baterias</p>	<p>Não deve ser misturada com nenhum outro tipo de lixo. O ideal seria o acondicionamento em containers com proteção de chumbo.</p>
(D) Risco considerado comum	<p>São todos os demais que não se enquadram nos grupos descritas anteriormente.</p>	<p>Vidro, metal, plástico e papel. Orgânico</p>	<p>De acordo com as orientações dos serviços locais de limpeza urbana, utilizando sacos impermeáveis.</p>

<p>GRUPO E Perfurocortantes</p>	<p>Materiais perfurocortantes ou escarificantes provenientes de estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, tais como: Lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas; tubos capilares; micropipetas; lâminas e lamínulas; espátulas; e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.</p>	<p>Escalpes, agulhas, seringas, ampolas, lancetas,</p>	<p>Recipiente rígido, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa e devidamente identificado, atendendo aos parâmetros referenciados na norma NBR 13853/97 da ABNT, sendo expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para o seu reaproveitamento. As agulhas descartáveis devem ser desprezadas juntamente com as seringas, quando descartáveis, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente. Devem ser preenchidos em até 2/3 de sua capacidade de forma a garantir o transporte seguro até a unidade de tratamento.</p>
-------------------------------------	--	--	--

Bibliografia de Apoio Técnico

- AGUILAR, MJ e ANDER-EGG, E. Avaliação de Serviços e Programas Sociais. Petrópolis, RJ: Vozes, 2ª, 1995, p. 31.
- BARTLETT JG and GALLANT JE – Manejo Clínico da infecção pelo HIV Johns Hopkins University School of Medicine, 2001-2002
- BENJAMIN W. – Obras Escolhidas –Magia e Técnica, Arte e Política. Editora Brasileira
- BRASIL. Conselho Nacional do Meio Ambiente/CONAMA. Resolução nº 358 de 29/04/2005. Publicada no Diário Oficial da União em 04/05/2005. Brasília, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. RDC ANVISA nº 306, de 07/12/2004 Publicada no Diário Oficial da União em 10/12/2004. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS (1999). Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) – Guia de Procedimentos em HIV/AIDS. Brasília
- BRASIL. Ministério da Saúde; Projeto REFORSUS (2001) Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. Brasília
- BREITBART, W; MC DONALD, MV; ROSENFELD BD et al. Pain in ambulatory AIDS patients. I: Pain characteristics and medical correlates. Pain 1996; 68: 315
- BRIGGS, John e PEAT, F. David. A Sabedoria do Caos. Rio de Janeiro: Campus, 2000, p.31.
- BROMBERG, M. H. P. F. (1998) A psicoterapia em situações de perdas e luto. São Paulo: Editora Psy
- CARPENITO, L.J. et al. – Diagnóstico de Enfermagem – 6 ed., São Paulo, Artmed, 1997.
- CHULIA, S. Hospitalización, domiciliaria. Medicina General. 2001; 37: 738-42 Companhia das Letras
- DEBRAY R. – A vida e Morte da Imagem –Uma história do Olhar no Ocidente. Ed Vozes.
- DECLAIR, V. , Apostila de “Curso de Atualização na Prevenção e Tratamento das Lesões de Pele” – pag. 16.
- Difusão Paulista de Enfermagem – Manual Prático do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem – São Paulo, Rideel, 1996.
- DUARTE, YEDA APARECIDA OLIVEIRA; DIOGO, MARIA JOSÉ DÉLABOUX, Atendimento Domiciliar – Um Enfoque Genotológico, Ed. Atheneu - SP/2000.
- GLEZ, M.D.D. et al. – Hospitalización a Domicílio, Espanha, Hoeschst, 1998.
- HENNEZEL M. E MONTIGNY J. – L'amour ultime – à l'extrémité de la vie. Ed Hatier

- HEWITT, DJ; MC DONALD, M; PORTENOY, R et al. Pain syndromes and etiologies in ambulatory AIDS patients. *Pain* 1997; 70:117
- JOHNSON & JOHNSON, Medical, Guia para Seleção de Curativos para Feridas.
- KIPPER, D.; CLOTET, J. Princípios da Beneficência e Não-Maleficência. In: Iniciação a Bioética, Conselho Federal de Medicina, Brasília, 1.998.
- KOCH, R. M. et al. – Técnicas Básicas de Enfermagem – 19 ed., Curitiba, Século XXI, 2002.
- KOVÁCS, M. J. Morte e Desenvolvimento Humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
- KUBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- LARUE, E; FONTAINE A; MCOLLEAU, SM. Underestimation and undertreatment of pain in HIV disease: multicentre study. *BMJ* 1997; 314: 23
- LAURENT, S. Manual de Cuidados Paliativos, Maputo, Julho 2000.
- LEÓN-COLOMBO,T; SEGURA-MARTÍN,T; VIVANCOS-MORA,J. Hospitalización versus asistencia domiciliar en el ictus. *Rev. Neurol.* 1997; 25 (143):1126-29
- MENEZES RA. Síndromes dolorosas. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.
- MORAES, Vinícius de. Soneto da Fidelidade. IN Literatura Comentada – Vinícius de Moraes. São Paulo: Abril Educação, 1980, p. 34.
- MUNÓZ, D.R.; FORTES, P.A.C. O Princípio da Autonomia e O Consentimento Livre e Esclarecido. In: Iniciação a Bioética, Conselho Federal de Medicina, Brasília, 1.998.
- NETO J. C. M. – Museu de tudo e depois. Ed. Nova Fronteira
- NOVAIS. F. A Org. Laura de Mello e Souza. História da vida privada no Brasil.
- O'NEIL, WM; SHERRARD, JS. Pain in human immunodeficiency virus disease: a review. *Pain* 1993; 54: 3
- O M S – Tuberculose et VIH – Manuel Cinique – 1996
- PARKER, R., BASTOS C., GALVÃO J., PEDROSA J. S. – A AIDS no Brasil
- PARKES C. M. - Luto – Estudos sobre a perda na vida adulta. Summus editorial
- PESSINI, L. Bioética: Horizonte de Esperança Para Um Novo Tempo. Editorial O Mundo da Saúde. Edição Especial v.23 n.5. EDUNISC. São Paulo, 1.999.
- KIPPER, D.; Clotet, J. Princípios da Beneficência e Não-Maleficência. In: Iniciação a Bioética, Conselho Federal de Medicina, Brasília, 1.998.
- RIBEIRO, C.A. Considerações Gerais sobre Aspectos Éticos e Legais da Assistência Domiciliar. *Revista Brasileira de Homecare.* São Paulo, 2.000.
- SANTOS, T M dos e SILVA, AMCS da. “Assistência Domiciliar Terapêutica: Uma Experiência Home Care em Aids, no SUS”. Monografia de conclusão de curso de especialização em – Políticas e Práticas Sociais em Saúde. Vitória : Departamento de Serviço Social - CCJE – UFES, 1999.
- _____ IN Anais do Fórum 2000: I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/Aids e DST – V. I – p. 84.
- Secretaria de Estado da Saúde, Programa Estadual de DST/AIDS. Biossegurança – Atualidades em DST/AIDS. São Paulo, 2003.
- SHERWIN B. N. – Como Morremos-Reflexões sobre o último capítulo da vida. Ed. Rocco.
- SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner/Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico, 8 ed., São Paulo, Guanabara Koogan, 1998.
- SINGER, EJ; ZORILLA C; FEHY-CHANDON B et al. Painful symptoms reported by ambulatory HIV infected men in a longitudinal study. *Pain* 1993; 54: 15

- SIQUEIRA, J.E. O Princípio da Justiça. In: Iniciação a Bioética, Conselho Federal de Medicina, Brasília, 1.998.
- SILVA, AMCS da. “Relatório do Programa ADT/SESA. Período: da Implantação a Março/2003”. Vitória : ADT Vitória-ES, 2003.
- _____ “Assistência Domiciliar Terapêutica – ADT: Um Olhar Centrado no Indivíduo no seu Contexto Social” IN Boletim Epidemiológico DST/Aids/ES - Aids: a Solidariedade faz a Diferença, Nº 5- Semana Epidemiológica até 47, Maio de 2000 a Novembro de 2000, p. 9.
- SOUSA J. B. A – Papel do Psicólogo na Assistência Domiciliar Terapêutica. Revista Insight.
- SOUZA, TRC. & SHIMMA, E. Os lutos da aids. Jornal Brasileiro de Aids, 2004; volume 5 – n.4: p.155-157.
- SOUZA, TRC. Os Lutos da aids: da desorganização a reconstrução de uma nova vida. Dissertação de mestrado. São Paulo: PPG – CCD – SES – Saúde Coletiva, 2005.
- TEIXEIRA MJ; PIMENTA CAM. Tratamento farmacológico da dor. Rer Med, São Paulo, 1997; 76: 59
- III Encontro Multidisciplinar sobre Cuidados Paliativos. Comunicação Pessoal, São Paulo, agosto de 2000.
- Treinamento em cuidados paliativos, Treinamento De Cuidados Paliativos em DST/AIDS, Ministério da Saúde, Porto Alegre, maio de 2001.
- VERRASTRO, T. et al. Hematologia e Hematerapia, São Paulo, Atheneu, 1998.
- WILSON,A.; PARKER, H.; JAGGER, C.; SPIERS, N.; JONES, J. PARKER, G. Randomised controlled trial of effectiveness of Leicester hospital at home scheme compared with hospital care. BMJ, 1999; 319: 1542-6
- World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative care. Geneva, World Health Organization, 1990.

Referências Eletrônicas

Programa Nacional de DST e Aids

www.aids.gov.br

Unidade Técnica de Assistência CN-DST/AIDS

www.aids.gov.br

Assistência Domiciliar Terapêutica

www.aids.gov.br/assistencia/assist_adt1.htm

Custos diretos do tratamento da aids no Brasil: metodologia e primeiras estimativas

www.aids.gov.br/assistencia/fipe/fipe.htm

Estudo do Ministério da Saúde com pacientes em regime de ADT

www.aids.gov.br/assistencia/aids1/relativ-anexo3.htm

Exposição ocupacional a material biológica:hepatite e HIV/aids

www.aids.gov.br/assistencia/manual_exposicao_ocupa.htm

Casa de apoio a pacientes HIV/aids

www.aids.gov.br/c-geral/casa_indice.htm

Bancos de dados de notificação de novos casos e óbitos por HIV/aids

www.aids.gov.br/public.htm

www.saude.gov.br/sps/daps.htm

www.datasus.gov.br

Programa Estadual de DST/Aids – SP

www.crt.saude.sp.gov.br

Biblioteca virtual do Programa Estadual de DST/Aids – SP

www.crt.saude.sp.gov.br/biblioteca

Programa de Agentes Comunitários de Saúde

www.saude.gov.br/pacs.htm

Programa de Saúde da Família

www.saude.gov.br/psf.htm

Conselho Federal de Medicina

www.cfm@rudah.com.br

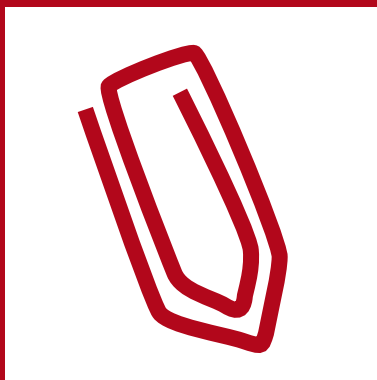
Conselho Federal de Psicologia

www.psicologiaonline.org.br/conselho.html

Conselho Federal de Serviço Social

www.cfess.org.br

<http://www.medscape.com/pages/editorial/resourcecenters/public/hivantiretrovirals/rc-hivantiretrovirals2>



Anexos

Anexo A

- *Impressos para Organização do Serviço (Prontuário Domiciliar)*

Anexo B

- *Instrumentos de Avaliação*

Anexo C

- *Avaliação da satisfação do Usuário*

Anexo D

- *Cuidado do corpo após a morte pelo método de vela ou técnica egípcia ou tamponamento egípcio*



Anexo A

Sugestões de Impressos para Organização dos Serviços (Prontuário Domiciliar)

1. SOLICITAÇÃO PARA AVALIAÇÃO DE ADT

R.G.: _____

NOME: _____

RESIDÊNCIA _____

BAIRRO: _____

TELEFONE _____

FALAR COM: _____

NEC. SIGILO () S () N

RESUMO CLÍNICO: _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____

Visita agendada para: ____/____/____ horas: _____

Profissional: _____

PARECER: _____

2. TERMO DE COMPROMISSO (SIMPLIFICADO)

LEIA ATENTAMENTE OS ESCLARECIMENTOS E SE ESTIVER DE ACORDO, ASSINE EM BAIXO.

Funcionamento da Assistência Domiciliar:

- O paciente é atendido após avaliação do Serviço, que leva em conta o estado geral, o tratamento necessário e a participação da família e/ou cuidador;
- A ADT só é possível com a colaboração da família e/ou cuidador, na realização dos cuidados com alimentação, higiene e medicação, conforme prescrito;
- Quando uma consulta médica ou exame específico não for possível no domicílio, é de responsabilidade do familiar e/ou cuidador trazer o paciente ao serviço;
- É de responsabilidade da família zelar pelo prontuário domiciliar ;
- O paciente receberá ALTA nas seguintes situações:
 - melhora clínica
 - transferência para PS ou Hospital
 - falta de colaboração da família
 - óbito

EM CASO DE URGÊNCIA PROCURAR PRONTO-SOCORRO MAIS PRÓXIMO DE SUA RESIDÊNCIA, OU CHAMAR PELO TELEFONE 192.

(Nome do paciente) _____
Eu, _____ RG n° _____ (grau de parentesco) _____, comprometo-me a seguir as orientações preconizadas pela equipe da ADT no que diz respeito à responsabilidade da família/cuidador.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

(assinatura)

A EQUIPE DA ADT SE COMPROMETE A:

- Acolher o paciente e a família/cuidador em suas dificuldades em lidar com os limites ocasionados pela doença. Para isso, oferecemos:
 1. Atendimento aos seus pacientes no período das 8:00 às 18:00 hs, de 2º a 6º feira, conforme conduta proposta pela equipe.
 2. Orientações sobre cuidados do paciente no domicílio.
 3. Telefone e endereço de contato para esclarecimentos de dúvidas que a família ou paciente possam vir a ter:
(dados do serviço)

3. TERMO DE COMPROMISSO PARA ADMISSÃO (Elaborado pela ADT – Campinas/SP)

O ADT presta serviço de assistência domiciliar multiprofissional integral à pacientes com HIV/AIDS, encaminhados pelos diversos serviços de saúde do município de Campinas.

É um prolongamento à domicílio dos cuidados ambulatoriais e hospitalares; é um serviço de apoio integral ao paciente e família.

Suas atividades incluem visitas domiciliares da equipe, individuais ou conjuntas; elaboração de um projeto terapêutico individualizado a cada paciente/família; atividades de educação e saúde na comunidade do paciente.

CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO NO ADT

- Residir na cidade de Campinas;
- Ser paciente HIV/AIDS cadastrado em Ambulatório de Infectologia de Serviço Público ou ONG;
- Concordância do paciente e familiares e sua colaboração para assumir as responsabilidades decorrentes deste atendimento, identificando um cuidador;
- Condições mínimas do domicílio de infra-estrutura que permita higiene corporal e ambiental: água e luz;
- Dificuldades de acesso aos ambulatórios ou leito-dia por motivo orgânico, psicológico ou social;
- Encaminhamento formal através de formulário específico;
- Visita de avaliação pela equipe do ADT para a discussão de inclusão.

CRITÉRIOS PARA ALTA

- Melhora;
- Óbito;
- Falta de colaboração da família/paciente; Obs.: alta temporária – transferência para Pronto Socorro ou hospital quando necessário.

EQUIPE DO ADT

- Coordenadora:
- Médicas Infectologistas:
- Enfermeira:
- Auxiliares de Enfermagem:
- Assistente Social:
- Psicóloga:
- Auxiliar Administrativo:
- Motoristas:
- Nutricionista:

Você será atendido(a) por todas as categorias profissionais, mas deverá ter como equipe de referência os seguintes profissionais:

FUNCIONAMENTO DO ADT

Horário de funcionamento:

Sede da equipe:

O ADT NÃO É ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. Os atendimentos de urgência terão como referência o Pronto Socorro do serviço de origem.

No seu caso :

Esses serviços serão utilizados no encaminhamento para leito-dia, internações hospitalares e exames de alto custo (com cobertura do SUS).

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Em caso de emergência, chamar 192;

Na residência ficará um prontuário com todas as informações e orientações;

Em caso de urgência, internação ou óbito, entrar em contato com a equipe do ADT pelo telefone:, dentro do horário de funcionamento;

Levar sempre o prontuário do domicílio nas urgências. Ele facilitará o atendimento ao paciente;

Qualquer intercorrência deve ser imediatamente comunicada à equipe do ADT;

Em caso de óbito, após a constatação do mesmo, deve-se entrar em contato com a

Qualquer dúvida/reclamação, dirigir-se à coordenação do ADT;

A assistência domiciliar só será possível mediante a colaboração da família e do cuidador, estando ciente e de acordo com o tratamento proposto, observando o paciente 24 horas por dia e ficando alerta para situação de piora do estado geral do paciente.

Estando ciente e concordando com todas as informações explicitadas, identificamos como cuidador(a) do(a) paciente, o Sr (a), residente à rua/avenida nº....., Bairro....., fone, que se compromete à partir deste momento, a seguir as orientações preconizadas pelo ADT no que diz respeito às responsabilidades da família, e se compromete em ser o elo de ligação entre o paciente/família e a equipe do ADT, responsabilizando-se não só pelos cuidados, mas também em repassar as informações recebidas da equipe aos familiares.

Campinas,de de

Assinam o acordo:

EQUIPE DO ADT

.....

Coordenadora do ADT

.....

Representante Técnico

PACIENTE / FAMÍLIA

.....

Paciente (Facultativo)

.....

Cuidador ciente (Lido e Entendido)

4. ADICIONAL PARA CASAS DE APOIO

TERMO DE COMPROMISSO PARA ADMISSÃO (Elaborado pela ADT – Campinas/SP)

Declaro que estou ciente das normas de atendimento expressas no documento geral: Termo de Compromisso para Admissão.

Torna-se claro que existem outros compromissos que devem ser esclarecidos e ser de responsabilidade da instituição..... e do responsável que assina este termo.....

São eles:

A responsabilidade sobre o paciente....., é do Sr. (a) , RG nº , como já foi descrito em documento anterior.

A discussão do projeto terapêutico deve ser feita com o Sr. (a)..... , RG nº , endereço , o qual decidirá junto com a equipe da ADT sobre o mesmo.

Fica claro que qualquer alteração da medicação ou aplicação da prescrição feita por médico ou voluntário de sua instituição, é de sua inteira responsabilidade, e deve ser imediatamente comunicada, sob pena de perda do atendimento na ADT.

Assumo também o compromisso de somente utilizar os medicamentos e materiais de consumo levados à esta casa para os pacientes da ADT, no caso o Sr. (a) , que a partir deste momento estão em controle.

Campinas,.....dede

Assinam o acordo:

EQUIPE DO ADT

.....
Coordenadora do ADT

.....
Representante Técnico

INSTITUIÇÃO

.....
Responsável ciente (Lido e Entendido)

6. HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

Paciente: _____

RG.: _____ Data : __/__/__

JEJUM	
	JANTAR
ALMOÇO	

8. TERMO DE EMPRÉSTIMO DE MATERIAL

Eu, _____ RG n° _____

_____ de _____
(Grau de parentesco) (Nome do paciente)

estou recebendo a título de empréstimo os seguintes materiais do PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR, abaixo relacionados:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

São Paulo, ____ de _____ de ____.

(Assinatura)

*Em 02 vias

9. AUTORIZAÇÃO PARA SAÍDA DE MATERIAL

Está autorizado o (a) Sr. (a) _____

, da equipe de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), a sair com os seguinte materiais abaixo relacionados:

a.
b.
c.
d.
e.

O (s) mesmo (s) serão destinados ao uso com o pacientes _____

SP, ____/____/____

(Assinatura e carimbo)

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO	LEGENDA
<p>Nº : Número de ordem</p> <p>Nome: Nome por extenso</p> <p>Idade: - Até 11a 11m 29d em anos e meses Acima de 12 anos em anos</p> <p>Sexo: - (M) Masculino - (F) Feminino</p> <p>Nº prontuário: - Nº de registro na unidade onde está vinculada a ADT</p> <p>Km / Tempo: - Km – média da distância em km percorrido da unidade à residência - Tempo – média em hora/minuto do tempo gasto da unidade até a residência</p> <p>Motivo do encaminhamento: - Motivo principal pela qual o paciente foi encaminhado</p> <p>Preencher de acordo com a legenda.</p> <p>Diagnóstico: - Preencher de acordo com a legenda, a doença em tratamento no momento da inclusão.</p> <p>Tratamento no momento da internação: - Tratamento específico com anti-retrovirais: -(S) Sim (N) Não.</p> <p>Data do encaminhamento: - Dia, Mês e ano que o encaminhamento foi recebido pela equipe da ADT</p> <p>Fonte do encaminhamento: - Serviço que encaminhou o paciente (nome da instituição).</p> <p>Data da avaliação: - Data em que a equipe avaliou o paciente no domicílio.</p> <p>Conduta proposta: - (I) Incluso (NI) Não incluso</p> <p>Motivo da recusa: - Especificar porque o paciente não foi aceito.</p> <p>Motivo de Admissão : - Motivo principal pela qual o paciente foi incluso.</p> <p>Preencher de acordo com a legenda.</p>	<p>MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO/ADMISSÃO:</p> <p>01 – Dificuldade de deambular 02 – Síndrome consumptiva 03 – Dificuldade na aderência 04 – Limitação social 05 – Limitação psicológica 06 – Alta hospitalar 07 – Medicação EV / IM 08 – Outros cuidados de enfermagem 09 – Outros. Especificar</p> <p>DIAGNÓSTICO</p> <p>01 - Neurotoxo ativa (fase de ataque) 02 - Neurocripto ativa (fase de ataque) 03 - Micobactéria atípica – ativa 04 - CMV em fase de ataque 05 - Diarréia crônica ativa 06 - Pneumocistose (fase de ataque) 07 - Lesões cutâneas generalizadas 08 - Outras infecções agudas 09 - Caquexia sem etiologia esclarecida 10 - Tbc em tratamento supervisionado 11 - Neuro Tb em tratamento 12 - Neurotoxo em profilaxia secundária + seqüela 13 - Neurocripto em profilaxia secundária + seqüela 14 - CMV em profilaxia secundária + seqüela 15 - Micobactéria em fase de manutenção 16 - Seqüelas do SNC por HIV ou outras complicações decorrentes destas infecções (atrofia cortical severa, leucoencefalopatia, etc) 17 - Hepatites crônicas B e C/ medicamentosa 18 - Neoplasias: S.K, linfomas, CA de colo e outros 19 - Deficiências físicas ou mentais não relacionadas ao HIV (cegueira, paralisias, demências) 20 - Abuso de drogas</p>

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO	LEGENDA
<p>Nº: Número de ordem</p> <p>Nº do Prontuário: - Nº de registro na unidade onde está vinculada a ADT</p> <p>Nome: - Nome por extenso</p> <p>Idade: - Até 11a 11m 29d em anos e meses - Acima de 12 anos em anos</p> <p>Sexo: - (F) Feminino - (M) Masculino</p> <p>Data de Admissão: - Dia, mês e ano em que o paciente foi incluído na ADT.</p> <p>Óbito: - Dia, mês e ano do óbito, causa e local.</p> <p>Alta: - Dia, mês e ano da alta e destino (local para onde o paciente foi encaminhado).</p> <p>Motivo preencher de acordo com a legenda.</p> <p>Readmissão: - Dia, mês e ano que o paciente retornou a ADT.</p> <p>* É CONSIDERADO ÓBITO NA ADT SE O PACIENTE FALECER NO DOMICÍLIO OU NO TRANSPORTE PARA O HOSPITAL.</p> <p>**EM OUTRAS SITUAÇÕES (PS, HOSPITAL, CASA DE APOIO) TAMBÉM APONTAR O ÓBITO, MESMO EM MÊS SUBSEQUENTE.</p> <p>***QUANDO O PACIENTE FOR HOSPITALIZADO AGUARDAR 72 HORAS PARA CONSIDERAR DATA DE ALTA NO ADT.</p>	<p>MOTIVO DE ALTA</p> <p>01 – Resolução do motivo de admissão. Especificar.</p> <p>02 – Falta de cuidador ou cuidador inadequado</p> <p>03 – Falta de condições básicas no domicílio</p> <p>04 – Recusa do tratamento pelo paciente</p> <p>05 – Piora clínica, implicando necessidade de maior tecnologia hospitalar</p> <p>06 – Outros. Especificar.</p>

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Data: - Dia, mês e ano do atendimento.

Nome:- nome por extenso

Nº. do prontuário: - nº. de registro na unidade onde está vinculada a ADT.

M = Médico

E = Enfermeiro

SS = Serviço Social

P = Psicólogo

AE = Auxiliar de enfermagem

Outros = especificar os profissionais que forem registrados nesta coluna

Fazer um (X) no(s) profissional(ais) que realizou(aram) o(s) procedimento(s).

Procedimento no Domicílio: - listar os procedimentos/atividades realizadas no domicílio.

Procedimentos Extra Domicílio: - listar todas as atividades realizadas na unidade , ou em outras instituições, relacionadas ao paciente.

Observação : para outras atividades não relacionadas ao paciente utilizar o mesmo espaço da planilha e listar (reunião técnica, visita à instituição, palestras, etc.) deixando em branco a lacuna nome e número. do prontuário do paciente.

<p>INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO:</p> <p>Unidade: - Nome da Unidade/Município Mês: - Mês da coleta de dados No. Prontuário:- Número de registro na unidade onde está vinculada a ADT Nome: - Iniciais do paciente Sexo: - (F) Feminino - (M) Masculino Data de nascimento: - Dia, mês e ano Data Diagnóstico de HIV: - Dia, mês e ano do primeiro exame de HIV (+). Quando ignorado colocar 00.00.10 Tratamento no momento da internação:- Tratamento específico com anti-retrovirais: - (S) Sim (N) Não Data de Admissão ADT: - Dia, mês e ano que o paciente foi incluído na ADT Diagnóstico: - Preencher de acordo com a legenda, a doença em tratamento no momento da inclusão. Motivo de Admissão: - Motivo principal pelo qual o paciente foi incluído. Preencher de acordo com a legenda. Alta: data, motivo, destino - Dia, mês e ano da alta - Preencher de acordo com a legenda - Local para onde o paciente foi encaminhado (excluir óbito). Óbito: data, causa, local - Dia, mês e ano do óbito; causa do óbito e local. Pacientes do mês anterior: - pacientes remanescentes dos meses anteriores, que ainda permanecem em atendimento no mês do monitoramento. Pacientes admitidos no mês: - pacientes incluídos no ADT no mês do monitoramento.</p> <p>LEGENDAS :</p> <p>MOTIVOS DE ADMISSÃO</p> <p>01 – Dificuldade de deambular 02 – Síndrome consumptiva 03 – Dificuldade na aderência 04 – Limitação Social 05 – Limitação Psicológica 06 – Alta hospitalar 07 – Medicação EV / IM 08 – Outros cuidados específicos de enfermagem. 09 – Outros. Especificar.</p> <p>MOTIVO DE ALTA</p> <p>01 – Resolução do motivo de admissão. Especificar. 02 – Falta de cuidador ou cuidador inadequado 03 – Falta de condições básicas no domicílio 04 – Recusa do tratamento pelo paciente 05 - Piora clínica, implicando necessidade de maior tecnologia hospitalar 06 - Outros. Especificar.</p>	<p>LEGENDA</p> <p>01 - Neurotoxo ativa (fase de ataque) 02.-Neurocripto ativa (fase de ataque) 03 - Micobactéria atípica - ativa 04 - CMV em fase de ataque 05 - Diarréia crônica ativa 06 - Pneumocistose (fase de ataque) 07 - Lesões cutâneas generalizadas 08 - Outras infecções agudas 09 - Caquexia sem etiologia esclarecida 10 - Tbc em tratamento supervisionado 11 - Neuro Tb em tratamento 12 - Neurotoxo em profilaxia secundária + seqüela 13 - Neurocripto em profilaxia secundária + seqüela 14 - CMV em profilaxia secundária + seqüela 15 - Micobactéria em fase de manutenção 16 - Seqüelas do SNC por HIV ou outras complicações decorrentes destas infecções (atrofia cortical severa, leucoencefalopatia, etc) 17 - Hepatites crônicas B e C/ medicamentosa 18 - Neoplasias: S.K, linfomas, CA de colo e outros 19 - Deficiências físicas ou mentais não relacionadas ao HIV (cegueira, paralisias, demências) 20 - Abuso de drogas</p>
<p>* É CONSIDERADO ÓBITO NA ADT SE O PACIENTE FALECER NO DOMICÍLIO OU NO TRANSPORTE PARA O HOSPITAL. ** EM OUTRAS SITUAÇÕES (PS, HOSPITAL, CASA DE APOIO) TAMBÉM APONTAR O ÓBITO, MESMO EM MÊS SUBSEQUENTE. *** QUANDO O PACIENTE FOR HOSPITALIZADO AGUARDAR 72 HORAS PARA CONSIDERAR DATA DE ALTA NA ADT.</p>	

Anexo C

SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA E PALIATIVA - ADTP

Paciente _____ pront. n° _____
 Nome do entrevistado _____
 Grau de parentesco _____ data ___/___/___

I – Avaliação do acesso ao serviço, equipamentos e materiais

1. O tempo decorrente entre a solicitação de ADTP e a visita de avaliação foi:

- () adequado (<72 h)
 () inadequado (>72 h)

2. O tempo decorrente entre uma visita e outra foi:

- () adequado às necessidades do paciente
 () inadequado às necessidades do paciente

Porque _____

3. O n° de visitas dos profissionais foi:

	Adequado às necessidades do paciente	Inadequado às necessidades do paciente
Médico		
Enfermeira		
Auxiliar de enfermagem		
Assistente Social		
Psicólogo		
Fisioterapeuta		
Nutricionista		

4. Conseguir empréstimo de equipamentos (cadeira de rodas, comadre, compadre (patinho), colchão caixa de ovo, e outros) para auxiliar no tratamento foi:

muito difícil

difícil

fácil

muito fácil

Porque _____

5. Obter encaminhamentos a recursos comunitários tais como Casa de Apoio, abrigo temporário, cestas básicas, benefícios previdenciários e outros, foi:

muito difícil

difícil

fácil

muito fácil

Porque _____

6. O acesso a medicações/materiais descartáveis foi:

adequado às necessidades do paciente

inadequado às necessidades do paciente

Porque _____

7. Com relação à marcação, realização e resultado de exames, o tempo de espera foi:

adequado às necessidades do paciente

inadequado às necessidades do paciente

Porque _____

8. Com relação ao acesso à equipe, você considera o telefone/secretária eletrônica:

satisfatório (atendeu às expectativas plenamente)

regular (atendeu parcialmente)

insatisfatório (não atendeu às expectativas)

Porque _____

II – Avaliação da clareza das informações oferecidas aos usuários

1. A equipe orientou com clareza quanto à preparação para exames, mudança de prescrição e estado clínico?

sempre às vezes nunca

Porque _____

2. A equipe se expressava com clareza?

sempre às vezes nunca

Porque _____

3. Os familiares/cuidador receberam informações claras e compreensíveis sobre o tratamento do paciente?

sempre às vezes nunca

Porque _____

4. Os familiares/cuidador receberam informações claras e compreensíveis sobre o estado clínico do paciente?

sempre às vezes nunca

Porque _____

5. Em relação às atividades e atendimentos oferecidos pela equipe você se considera:

desinformado

pouco informado

informado

bem informado

Porque _____

III – Avaliação da qualidade da relação com os profissionais

1. A equipe demonstrou interesse em resolver os problemas apresentados pelo paciente e cuidador?

sim não

Porque _____

2. Como você vê a ida de vários profissionais de saúde ao seu domicílio?

Algumas vezes tirou a sua liberdade

Poucas vezes tirou a sua liberdade

Não tirou a sua liberdade

Porque _____

3. Quanto ao interesse pelo caso, consideram à equipe como:

disponível

pouco disponível

Porque _____

4. Com relação ao paciente e cuidador, a equipe demonstrou ser:

- afetiva e responsável
 não afetiva mas responsável
 não afetiva e não responsável

Porque _____

IV – Grau de satisfação

1. Considerando os fatores acima, a assistência domiciliar prestada ao paciente foi:

- satisfatório (atendeu às expectativas plenamente)
 regular (atendeu parcialmente)
 insatisfatório (não atendeu às expectativas)

Porque _____

2. A equipe da ADTP cumpriu os acordos pré-estabelecidos:

- conforme agendado
 irregularmente
 não cumpriu

Porque _____

3. Os profissionais da equipe no desempenho de suas tarefas, demonstram ser capacitados e ter habilidades para atuarem no domicílio de forma:

- insatisfatória
 regular
 satisfatória
 muito satisfatória

Porque _____

4. Dê uma nota de 0 a 10 pela assistência recebida (____) na ADTP.

5. Cite 3 aspectos positivos do atendimento da equipe de ADTP.

6. Cite 3 aspectos negativos do atendimento da equipe de ADTP.

7. Que sugestões você daria à equipe da ADTP para melhorar a qualidade da assistência?

Nome do entrevistador _____

Data ___/___/___

ANEXO D

CUIDADO DO CORPO APÓS A MORTE PELO MÉTODO DA VELA OU TÉCNICA EGÍPCIA OU TAMPONAMENTO EGÍPCIO

Argelda Maria Cortes Guimarães

A enfermagem consiste, segundo BOEHS, PATRÍCIO (1990) E DEMENEGHI (1997), na arte de cuidar, na individualidade da pessoa cuidada e do cuidador. O cuidar e o cuidado têm sido enfocados como uma característica única e essência da prática da enfermagem e envolve resgatar o bem estar do ser humano, sua saúde ou prepará-lo para o enfrentamento da morte (WALDOW, LOPES, MEYER, 1995).

A dimensão do cuidar e do cuidado, entretanto, extrapola o enfrentamento da morte e tem continuidade no pós-morte, uma vez que é a enfermagem que cuida do corpo, depois do grande desfecho.

Os procedimentos de preparo do corpo, o tamponamento das cavidades, a violação da intimidade daquele ser, sempre pareceu primitivo, constrangedor, trazendo muita angústia.

Ao propor esse estudo, pretendi contribuir para o saber científico da enfermagem e para a qualidade da assistência da mesma. Resgatar o conhecimento sobre um método pouco difundido, controverso, mas viável, simples, fácil de realizar, pouco dispendioso e aparentemente eficaz, pareceu-me uma contribuição importante, uma vez que um procedimento utilizado até então empiricamente, poderia vir a ser empregado com uma base teórica-científica comprovada e então aceito pela comunidade de enfermagem. Iniciei então uma busca bibliográfica com o objetivo de responder a alguns questionamentos, principalmente os relacionados a sua sustentação científica, à sua legitimidade, à sua eficácia e à sua origem. Entretanto, não foi possível localizar nenhuma publicação ligada à enfermagem ou a outra área do conhecimento sobre a matéria.

A experiência pessoal de preparar o corpo seguindo esse procedimento teve resultados positivos, tanto no que se refere à execução do método em si, quanto à sua eficácia, embora não tenha realizado observação sistemática e de cunho comprobatório.

Quando ocorre a participação do familiar no preparo do corpo, muitos não sabem que além de dar banho, vestir, colocar no caixão, ornamentar com flores e véu, deve ser realizado o tamponamento das cavidades com algodão, o que pode gerar um impacto negativo. Usando o “método da vela” o constrangimento diminui, não é necessário expor o corpo, torna-se mais fácil a maquiagem (um dos serviços prestados pela agências funerárias), quando solicitada pela família. Como não é utilizado o algodão para tamponar as narinas, o corpo mantém a aparência mais natural e menos chocante para a família.

O procedimento para o preparo do corpo após constatação do óbito pelo médico, consiste:

1. manter a cama na posição horizontal
2. calçar as luvas de procedimento
3. colocar o corpo em posição dorsal
4. estender os braços e pernas do paciente ao longo do leito
5. soltar a roupa de cama
6. manter a cabeça sobre o travesseiro
7. manter as pálpebras fechadas
8. retirar os cobertores, desprender os lençóis, mantendo o corpo coberto com o lençol de cima
9. retirar a roupa do paciente, colocando em saco plástico, entregar a família ou encaminhar a lavanderia, conforme rotina do hospital
10. remover tubos (equipos intravenosos, Cateter Nasogástrico, Cateter Vesical)
11. remover drenos, se necessário
12. realizar curativos, se necessários
13. realizar higiene corporal e do couro cabeludo, tricotomia facial, se necessário
14. aspirar boca e nariz (retirando toda secreção)
15. colocar a prótese dentária, se houver
16. pingar 3 gotas de vela na cicatriz umbilical
17. fixar o queixo com atadura de crepe (manter a boca fechada)
18. imobilizar as mãos sobre o corpo amarrando-as com atadura de crepe
19. imobilizar os pés juntos com atadura de crepe
20. identificar o corpo do paciente
21. encaminhar ao necrotério envolvido em mortalha.

COLABORADORES

ANA CÁSSIA DOS REIS – CRT DST/AIDS – SP

ANGELA MARIA CAULYT SANTOS DA SILVA – ADT-SESA-ES

ARGELDA MARIA ACORTES GUIMARÃES – FACULDADE SANTA
MARCELINA – SP

CÁRITAS RELVA BASSOS – CRT DST/AIDS - SP

EDUARDO RONNER LAGONEGRO – CRT DST/AIDS – SP

ELISA MIRANDA AIRES – I.I.E.R – SP

EVANIL ALVES MARQUES - CRT DST/AIDS – SP

IARA MARIA FERREIRA G. DA SILVA – SAE SANTANA – SMS-SP

JOÃO BOSCO ALVES DE SOUZA – CRT DST/AIDS – SP

JOSÉ RICARDO PIO MARINS – CRT DST/AIDS – SP

JOSELITA MARIA DE MAGALHÃES CARACIOLO - CRT DST/AIDS – SP

KÁTIA GALBINSKY – PN DST/AIDS

MARIA LETÍCIA SANTOS CRUZ – HSE RIO DE JANEIRO - RJ

MIE OKAMURA - PN DST/AIDS

REGINA CÉLIA G.M. MENDES RISSI – CR DST/AIDS DE CAMPINAS – SP

SIMONE NUNES ÁVILA – ADOT – SMS - PORTO ALEGRE - RS

VALVINA MADEIRA ADÃO - CRT DST/AIDS – SP

1ª OFICINA DE VALIDAÇÃO – GRUPO IDEALIZADOR DO MANUAL

ANGELA MARIA CAULYT SANTOS DA SILVA – ADT-SESA-ES

CLEDY ELIANA DOS SANTOS – PN DST/Aids

IARA MARIA FERREIRA G. DA SILVA – SAE SANTANA – SMS-SP

MARIA LETÍCIA SANTOS CRUZ – HSE RIO DE JANEIRO - RJ

REGINA CÉLIA G.M. MENDES RISSI – CR DST/AIDS DE CAMPINAS – SP

SIMONE NUNES ÁVILA – ADOT – SMS - PORTO ALEGRE - RS

TÂNIA REGINA CORRÊA DE SOUZA – CE DST/Aids – SP

2ª OFICINA DE VALIDAÇÃO

DIONNE BEZERRA ROLIM – SESA – FORTALEZA - CE

EDMARA CLAUDIO DA SILVA VICENTINI – ADT – LONDRINA – PR

ELVIA MADALENA COELHO – ADT – GOIÂNIA – GO

EVANIL ALVES MARQUES - CRT DST/AIDS – SP

LÍLIA CRISTINA MACEDO FREIRE – UFPE – RECIFE - PE

SÍLVIA REGINA DONDA FORTI – ADT – BAURU – SP

TÂNIA REGINA CORRÊA DE SOUZA – CE DST/Aids – SP

