

MARISE BUENO ZONTA

AVALIAÇÃO FUNCIONAL EM PACIENTES PORTADORES DE AIDS

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre, no Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná

Orientador: Prof. Dr. Sergio Monteiro de Almeida

CURITIBA

2003

Zonta, Marise Bueno

Avaliação funcional em pacientes portadores de aids/ Marise
Bueno Zonta. – Curitiba, 2003.

xvii, (151)f.

Orientador: Prof. Dr. Sergio Monteiro de Almeida

Dissertação (Mestrado) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade
Federal do Paraná.

1.Síndrome de imunodeficiência adquirida. 2.Avaliação funcional.
3.Capacidade física. 4.Capacidade funcional. I.Título.

NLM WC 503



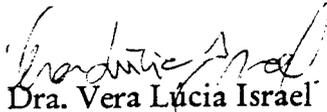
Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna
= Mestrado e Doutorado =

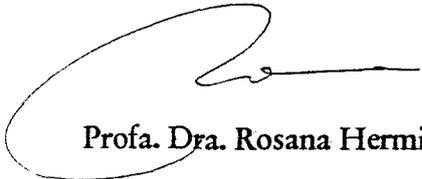
PARECER

PARECER CONJUNTO dos Professores Dra. Vera Lúcia Israel , Dra. Rosana Herminia Scola e Dr. Sérgio Monteiro de Almeida sobre a Dissertação de Mestrado em Medicina Interna da Universidade Federal do Paraná, elaborada por Marise Bueno Zonta, intitulada: "AVALIAÇÃO FUNCIONAL EM PACIENTES PORTADORES DE AIDS"

A Banca Examinadora considerou que Marise Bueno Zonta apresentou trabalho adequado para Dissertação de Mestrado e o defendeu com segurança e propriedade nas arguições que lhe foram feitas, atribuindo-lhe: Conceito "A", correspondente ao Grau "M", sendo pois unanimemente recomendado à Universidade Federal do Paraná que lhe seja concedido o título de MESTRE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE conferido pelo PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA INTERNA - MESTRADO e a publicação da Dissertação em veículo de divulgação conveniente, depois de incorporadas as sugestões apresentadas no decurso das arguições.

Curitiba, 21 de março de 2003.


Profa. Dra. Vera Lúcia Israel


Profa. Dra. Rosana Herminia Scola

Prof. Dr. Sérgio Monteiro de Almeida

À minha mãe, a melhor do mundo, a mais amiga e perfeita, a quem amo profundamente.

Ao meu amado companheiro, Hélio, sempre me estimulando e acompanhando em todos os momentos.

Com amor, Marise.

AGRADECIMENTOS

- Ao Prof. Dr. Sergio Monteiro de Almeida, orientador desta dissertação, por toda sua dedicação e disponibilidade em compartilhar o seu conhecimento, a quem devo a grande oportunidade de desenvolver este estudo. Minha grande consideração, respeito e amizade.
- A toda equipe multidisciplinar da Neurologia, representados pelo Prof. Dr. Lineu César Werneck, pelo apoio e incentivo. Meus sinceros agradecimentos.
- A toda equipe da Infectologia representados pela Prof^a Miriam M. de Carvalho, pela oportunidade de desenvolver minha pesquisa neste departamento. Meu respeito e gratidão.
- A toda equipe de Reabilitação, representada pela fisioterapeuta Heloísa Bobato, chefe do serviço, pela ajuda e pelo incentivo durante todo percurso deste estudo. Em especial, minha amiga Yumi Kumagai, que se disponibilizou a me substituir temporariamente para que eu pudesse finalizar este trabalho. Minha amizade e gratidão.
- Ao Professores Dr. Rogério Andrade Mulinare, Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Medicina Interna da UFPR, na ocasião do meu ingresso, e Dr. José Gastão Rocha de Carvalho, atual coordenador, pela oportunidade da realização deste trabalho.
- À Valéria Tânia A. Knapp e Lúcia Lemiszka, secretárias do Curso de Pós-Graduação em Medicina Interna da UFPR, pela ajuda durante todo percurso deste estudo.

- A toda equipe de Biblioteca de Ciências da Saúde – Sede Centro da UFPR, pela ajuda, e atenção, pelo profissionalismo e estímulo durante todo período deste estudo.
- A toda equipe do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico, pelo apoio e disponibilidade em facilitar a consulta aos prontuários.
- A toda equipe da Neuropediatria, representada pelo Prof. Isac Bruck, pelo incentivo e apoio na realização deste trabalho
- À Unidade de Informática e Estatística, representada pela Prof. Mônica L. Cat, pela ajuda para realização de pesquisas estatísticas paralelas a este estudo.
- À Sra. Márcia Olandosky e ao prof. Ary Elias Sabbag Júnior, pela elaboração da análise estatística desta dissertação.
- À Sra Antônia Schwinden, pela revisão do texto, e à Sra. Áurea Maria Costin e ao Sr. Marcelo José Schnaider, pela editoração.
- A todos os amigos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, expresso meu sincero reconhecimento e gratidão.
- Em especial, a todos os pacientes que colaboraram nesta pesquisa, minha eterna gratidão.

“Digo ao Senhor: Tu es o meu Senhor; outro bem não possuo, senão a ti somente. Tu me farás ver os caminhos da vida; na tua presença há plenitude de alegria, na tua destra delícias perpetuamente” “Pois em Ti está o manancial da vida; na Tua luz vemos a luz.” Salmo de Davi, 16;v.1,2; 36, v.9

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	viii
LISTA DE TABELAS	ix
LISTA DE QUADROS	xv
RESUMO	xvi
ABSTRACT	xvii
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 DEFINIÇÃO DE CAPACIDADE FUNCIONAL	1
1.2 FORMAS DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL	2
1.3 NECESSIDADE DA AVALIAÇÃO FUNCIONAL EM PACIENTES COM AIDS	4
1.3.1 Infecção pelo HIV e Aids	4
1.3.2 Avaliação funcional em pacientes com Aids	7
1.3.3 Incapacidade motora e o paciente com Aids	10
1.4 REABILITAÇÃO E O PACIENTE COM AIDS	16
1.4.1 Abordagem da reabilitação na Aids	16
1.4.2 Fisioterapia: indicações para o tratamento	18
1.4.3 Exercício físico e imunologia	20
2 OBJETIVOS	22
3 CASUÍSTICA E MÉTODOS	22
3.1 CASUÍSTICA	23
3.1.1 Grupo de estudo	23
3.2 MÉTODOS	25
3.2.1 Avaliação Clínica	25
3.2.2 Dados Clínicos e imunológicos	31
3.3 MÉTODO ESTATÍSTICO	31
4 RESULTADOS	32
4.1 AVALIAÇÃO CLÍNICA	32
4.2 AVALIAÇÃO FUNCIONAL	33
4.2.1 Avaliação da capacidade física pela escala de Karnofsky	33
4.2.2 Avaliação da capacidade física pelo escore de Rankin modificado	39
4.2.3 Avaliação funcional pelo Índice de Barthel	45
4.2.4 Avaliação funcional pela escala Medição da Independência Funcional (MIF)	59
5 DISCUSSÃO	83
6 CONCLUSÃO	96
REFERÊNCIAS	97
APÊNDICES	105
APÊNDICE 1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	106
APÊNDICE 2 – DADOS SOBRE OS FATORES DE RISCO DA INFECÇÃO PELO HIV	109
APÊNDICE 3 – DADOS SOBRE O TRABALHO	112
APÊNDICE 4 – SISTEMAS AFETADOS NO INTERNAMENTO	115
APÊNDICE 5 – DADOS SOBRE A ABERTURA DO QUADRO DE AIDS	118

APÊNDICE 6 – DADOS CLÍNICOS E IMUNOLÓGICOS	121
APÊNDICE 7 – PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO.....	124
APÊNDICE 8 – DADOS SOBRE A FRAQUEZA.....	125
APÊNDICE 9 – QUEIXAS SOBRE DIFICULDADE PARA ATIVIDADES FÍSICAS.....	128
APÊNDICE 10 – DADOS SOBRE OS QUE DEIXARAM O TRABALHO DEVIDO À DOENÇA.....	131
APÊNDICE 11 – QUEIXAS QUANTO AO ENVOLVIMENTO NEUROLÓGICO	133
APÊNDICE 12 – AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.....	136
APÊNDICE 13 – QUADRO DE DADOS DAS AVALIAÇÕES PELAS ESCALAS BARTHEL, RANKIN E KARNOFSKY.....	140
APÊNDICE 14 – QUADRO DE DADOS DA AVALIAÇÃO PELA ESCALA MIF	143
ANEXOS	147
ANEXO 1 – APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA	148
ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO.....	149
ANEXO 2 – SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO PARA INFECÇÃO POR HIV (CDC 1992).....	150
ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO PARA USO DA ESCALA MIF.....	151

LISTA DE ABREVIATURAS

AVD – ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

MIF – MEDIÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

HIV – VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

SK – SARCOMA DE KAPOSI

SNC – SISTEMA NERVOSO CENTRAL

SNP – SISTEMA NERVOSO PERIFÉRICO

AVC – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

PNF – FACILITAÇÃO NEUROMUSCULAR PROPRIOCEPTIVA

CDC – *CENTERS FOR DISEASE CONTROL*

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E IMUNOLÓGICAS DO GRUPO DE ESTUDO
- TABELA 2 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE KARNOFSKY E CARACTERÍSTICAS IMUNOLÓGICAS DO PACIENTE E DA AIDS
- TABELA 3 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE KARNOFSKY E NÍVEIS DE LINFÓCITOS CD4+/ μ L, CD8+/ μ L E RELAÇÃO CD4+/CD8+
- TABELA 4 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE KARNOFSKY E O ENVOLVIMENTO DE UM OU MAIS SISTEMAS NA ABERTURA DO QUADRO DE AIDS
- TABELA 5 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE KARNOFSKY E O ENVOLVIMENTO DO SISTEMA NERVOSO NA ABERTURA DO QUADRO DE AIDS
- TABELA 6 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE KARNOFSKY E O ENVOLVIMENTO DE UM OU MAIS SISTEMAS AO INTERNAR
- TABELA 7 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE KARNOFSKY E O ENVOLVIMENTO DO SISTEMA NERVOSO AO INTERNAR
- TABELA 8 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE KARNOFSKY E A PRESENÇA DE ALTERAÇÃO NA FORÇA MUSCULAR
- TABELA 9 - RELAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE KARNOFSKY E A QUEIXA DE ENVOLVIMENTO NEUROLÓGICO
- TABELA 10 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE KARNOFSKY E A QUEIXA DE FRAQUEZA
- TABELA 11 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE KARNOFSKY E OS GRAUS DE FRAQUEZA

- TABELA 12 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE KARNOFSKY E O TRABALHO
- TABELA 13 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE KARNOFSKY E A ATUAÇÃO OU NÃO EM TRABALHO PESADO
- TABELA 14 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE KARNOFSKY E O FATO DE TER DEIXADO O TRABALHO DEVIDO À INFECÇÃO PELO HIV
- TABELA 15 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE RANKIN MODIFICADA E CARACTERÍSTICAS IMUNOLÓGICAS E DA AIDS
- TABELA 16 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE RANKIN MODIFICADA E OS NÍVEIS DE LINFÓCITOS CD4+/ μ L, CD8/ μ L E CD4+/CD8+
- TABELA 17 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE RANKIN MODIFICADA E O ENVOLVIMENTO DE UM OU MAIS SISTEMAS NA ABERTURA DO QUADRO DE AIDS
- TABELA 18 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE RANKIN MODIFICADA E O ENVOLVIMENTO DO SISTEMA NERVOSO NA ABERTURA DO QUADRO DE AIDS
- TABELA 19 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE RANKIN MODIFICADA E A PRESENÇA DE UM OU MAIS SISTEMAS ENVOLVIDOS AO INTERNAR
- TABELA 20 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE RANKIN MODIFICADA E O ENVOLVIMENTO DO SISTEMA NERVOSO AO INTERNAR
- TABELA 21 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE RANKIN MODIFICADA E A PRESENÇA DE ALTERAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR

TABELA 22 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE RANKIN MODIFICADA E A QUEIXA DE ENVOLVIMENTO NEUROLÓGICO

TABELA 24 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE RANKIN MODIFICADA E OS GRAUS DE FRAQUEZA

TABELA 25 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE RANKIN MODIFICADA E O TRABALHO

TABELA 26 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE RANKIN MODIFICADA E A ATUAÇÃO EM TRABALHO PESADO

TABELA 27 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE RANKIN MODIFICADA E O FATO DE TER DEIXADO O TRABALHO DEVIDO À INFECÇÃO PELO HIV

TABELA 28 – DIFICULDADES ESPECÍFICAS AVALIADAS PELO ÍNDICE DE BARTHEL

TABELA 29 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E O TEMPO, EM MESES, DE INFECÇÃO PELO HIV

TABELA 30 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E O TEMPO, EM MESES, DE DOENÇA

TABELA 31 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E O VALOR DO LOG.CARGA VIRAL C/ML

TABELA 32 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E O VALOR DOS LINFÓCITOS CD4+/ μ L

TABELA 33 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E OS NÍVEIS DE LINFÓCITOS CD4+/ μ L

- TABELA 34 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E O VALOR DOS LINFÓCITOS CD8+/ μ L
- TABELA 35 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E OS NÍVEIS DE LINFÓCITOS CD8+/ μ L
- TABELA 36 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E O VALOR ABSOLUTO DA RELAÇÃO CD4+/CD8+
- TABELA 37 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E OS NÍVEIS DA RELAÇÃO CD4+/CD8+
- TABELA 38 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E O ENVOLVIMENTO DE UM OU MAIS SISTEMAS NA ABERTURA DO QUADRO DE AIDS
- TABELA 39 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E O ENVOLVIMENTO DO SISTEMA NERVOSO NA ABERTURA DO QUADRO DE AIDS
- TABELA 40 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E O ENVOLVIMENTO DE UM OU MAIS SISTEMAS AO INTERNAR
- TABELA 41 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E O ENVOLVIMENTO DO SISTEMA NERVOSO COMO CAUSA DO INTERNAMENTO
- TABELA 42 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E A PRESENÇA DE ALTERAÇÃO NA FORÇA MUSCULAR
- TABELA 43 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E A QUEIXA DE ENVOLVIMENTO NEUROLÓGICO
- TABELA 44 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E A QUEIXA DE FRAQUEZA

- TABELA 45 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E A QUEIXA DE DIFERENTES GRAUS DE FRAQUEZA
- TABELA 46 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E O TRABALHO
- TABELA 47 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E A ATUAÇÃO EM TRABALHO PESADO
- TABELA 48 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E O FATO DE TER DEIXADO O TRABALHO DEVIDO À INFECÇÃO PELO HIV
- TABELA 49 - FREQUÊNCIA DE DEBILIDADES ESPECÍFICAS MEDIDAS PELA ESCALA MIF
- TABELA 50 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E O NÚMERO DE MESES DA INFECÇÃO PELO HIV
- TABELA 51 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO PELA ESCALA MIF E O NÚMERO DE MESES DO DIAGNÓSTICO DE AIDS
- TABELA 52 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E O VALOR DO LOG.CARGA VIRAL C/ML
- TABELA 53 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E O VALOR DOS LINFÓCITOS CD4+/ μ L
- TABELA 54 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E OS NÍVEIS DOS LINFÓCITOS CD4+/ μ L
- TABELA 55 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO PELA ESCALA MIF E O VALOR DOS LINFÓCITOS CD8+/ μ L
- TABELA 56 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E OS NÍVEIS DE LINFÓCITOS CD8+/ μ L
- TABELA 57 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E O VALOR DA RELAÇÃO CD4+/ CD8+

TABELA 58 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E OS NÍVEIS DA RELAÇÃO CD4+/CD8+

TABELA 59 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E O ENVOLVIMENTO DE UM OU MAIS SISTEMAS NA ABERTURA DO QUADRO DE AIDS

TABELA 60 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E A ABERTURA DO QUADRO DE AIDS COM ENVOLVIMENTO DO SISTEMA NERVOSO

TABELA 61 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E O ENVOLVIMENTO DE UM OU MAIS SISTEMAS COMO CAUSA DO INTERNAMENTO

TABELA 62 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E O ENVOLVIMENTO DO SISTEMA NERVOSO NA CAUSA DO INTERNAMENTO

TABELA 63 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E A PRESENÇA DE ALTERAÇÃO NA FORÇA MUSCULAR

TABELA 64 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E A PRESENÇA DE ENVOLVIMENTO NEUROLÓGICO

TABELA 65 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E A QUEIXA DE FRAQUEZA

TABELA 66 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E A QUEIXA DE DIFERENTES GRAUS DE FRAQUEZA

TABELA 67 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E O TRABALHO

TABELA 68 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E A EXECUÇÃO DE TRABALHO PESADO

TABELA 69 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E O FATO DE TER DEIXADO O TRABALHO DEVIDO À DOENÇA

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – ESCALA DE KARNOFSKY PARA CLASSIFICAÇÃO DA
CAPACIDADE FUNCIONAL

QUADRO 2 – ESCALA DE RANKIN MODIFICADA

QUADRO 3 – ÍNDICE DE BARTHEL – ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

QUADRO 4 – MEDIÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

RESUMO

Atualmente, com o avanço nos tratamentos e aumento da sobrevida, a aids tem sido considerada como uma doença crônica progressiva. O aumento da sobrevida muitas vezes está associado à debilidade física que ocorre em consequência da doença, debilidade esta que pode comprometer a independência funcional dos pacientes. A incapacidade funcional é a chave para se entender as consequências da doença e para definir a necessidade de assistência por parte dos serviços de saúde. Os objetivos deste estudo foram documentar e descrever os graus e os tipos de incapacidades funcionais encontradas em pessoas com aids e associar a incapacidade a fatores clínicos e imunológicos relacionados à doença. Foram avaliados 120 pacientes internados com diagnóstico de aids, no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, no período de maio/2000 a julho/2001. Cada paciente foi avaliado apenas uma vez; a avaliação funcional consistiu em entrevista com o paciente, exame retrospectivo do prontuário, exame físico direcionado, e aplicação das escalas de capacidade física e capacidade funcional: Medição da Independência Funcional (MIF), Índice de Barthel, escala de Rankin modificada e a escala de Karnofsky. Na entrevista os pacientes foram questionados quanto à existência de dificuldades físicas, seu início e relação com outros fatores. No exame físico foi avaliada a força de grupos musculares ou músculos específicos. Oitenta e cinco por cento dos pacientes referiram ter dificuldade na atividade física e 70% referiam diferentes graus de fraqueza; metade da população referiu fazer suas atividades normais com esforço; 67% não trabalhavam sendo que 44% deixaram o trabalho devido à doença; a força muscular estava alterada em 43% e 46% apresentavam queixas relacionadas ao sistema nervoso. Pela escala de Karnofsky a média foi de 70% ($\pm 0,19$), mediana de 80% e o índice mais freqüente foi 80% em 63 (52%) pacientes. Pela escala de Rankin modificada 33 (28%) pacientes foram considerados independentes, 72 (60%) considerados parcialmente dependentes e 15 (12%) considerados dependentes. Pelo índice de Barthel 67 (56%) foram considerados independentes, 41 (34%) parcialmente dependentes 12 (10%) dependentes. Pela escala MIF 49 (58%) foram considerados independentes e 36 (42%) dependentes. As áreas de maior dificuldade foram as que exigiam maior esforço físico e equilíbrio: uso de escadas, andar e as transferências. Houve relação estatisticamente significativa entre a incapacidade medida por estas escalas e os valores de log.carga viral c/ml elevados, valores menores do CD4+/ μ l e da relação CD4+/CD8+. Houve também diferença significativa entre a incapacidade e o maior número de meses com diagnóstico de aids, envolvimento de mais de um sistema na abertura do quadro de aids, envolvimento do sistema nervoso como causa do internamento, presença de alteração na força muscular, queixa de envolvimento neurológico, queixa de fraqueza e com o trabalho. Verificou-se por este estudo a presença de um grau significativo de incapacidades em pacientes internados com aids, o que sugere a indicação de medidas preventivas e/ou tratamento visando manter a independência pelo maior tempo possível e melhorar a qualidade de vida nesta população.

ABSTRACT

Currently, with the advance achieved in the treatment of AIDS and an increase in survival rates, this illness is seen as chronic. The increase in survival rates is associated with the physical disability that occurs as a result of the illness, and can compromise the functional independence of the patients. Functional disability is a key to understanding the consequences of the disease and to defining the need for providing services. The purpose of this study is to register and to describe the degree and types of disability seen in persons affected by AIDS, as well as to associate the inability with immunological and clinical data. The study took place at Hospital de Clínicas of the Federal University of Paraná, where 120 inpatients diagnosed to be with AIDS were evaluated in the period of may/2000 July/2002. Each patient was evaluated only once. The functional evaluation consisted of an interview with the patient, a retrospective analysis of the hospital records, of a physical examination, and the application of scales that measures physical ability – Karnofsky and modified Rankin Scale – and functional ability, Functional Independence Measure (FIM) and Barthel Index. During the interview, the patients were questioned about the existence of disabilities, their beginning and relationship with other factors. The physical examination consists of the evaluation of muscular strength. One hundred and two patients (85%) reported impaired physical activity and 70% complained of various degrees of weakness. Half of the population referred to the physical effort required for the performance of all their activities; 67% don't work and 44% gave up their jobs for reasons related to the infection; the muscle strength was altered in 43% and 46% complained about disabling neurological involvement. Based on Karnofsky's scale, the average was 70% ($\pm 0,19$), median of 80%. Eighty percent (80%) was the most frequent ranking, which was found in 63 (52%) of them. According with Rankin's modified scale, 33 (28%) patients were considered independent, 72 (60%) partially dependents and 15 (12%) dependents. In accordance with the Barthel index, 67 (56%) were considered independent, 41 (34%) partially dependent 12 (10%) were dependent. According with the FIM scale, 49 (58%) were considered independent and 36 (42%) dependents. The items most often requiring assistance were stair climbing, walking and transfers, which were the items that called for a greater effort to be performed. There was a statistical correlation between the inability measured by the scales and the higher rates of viral load (log) c/ml, lower rates of CD4+/ μ l counts and CD4+/CD8+. There was also a significant difference between inability and the greater number of months since AIDS had been diagnosed, the involvement of more than one set of systems in the definition of AIDS, involvement of the nervous system in the cause of hospitalization, muscle strength alteration, complaints of neurological involvement, complaints of weakness and with being unemployed. We found a significant degree of inability in patients hospitalized with AIDS, which means that it is important to focus attention on preventing and/or treating in order to keep the patients at the independence level for as long as possible, thus ensuring for them a better quality of life.

1 INTRODUÇÃO

A capacidade funcional representa um aspecto muito importante na saúde global de um indivíduo e é um dos fatores determinantes na sua qualidade de vida (O'DELL, 1996). A saúde de um indivíduo é medida pelo seu envolvimento na realização das tarefas diárias no seu ambiente; o ser humano não pode ser separado de sua interação com o ambiente, tanto físico como social ou cultural - casa, trabalho, escola (PIZZI,1989).

1.1 DEFINIÇÃO DE CAPACIDADE FUNCIONAL

Para definir o conceito “funcional” para uso clínico e de pesquisa, pode-se dividi-lo em três categorias ou dimensões. O termo “função física” representa a performance sensório-motora de um indivíduo. Função física é a dimensão que recebe mais atenção dos fisioterapeutas. Andar, subir escadas, fazer o serviço de casa, fazer compras e preparar as refeições são todos exemplos de função física. Tarefas que dizem respeito às atividades diárias fundamentais, como autocuidado ou mobilidade básica, usualmente são definidas como atividades básicas da vida diária (AVDs). Tarefas mais complexas como limpar a casa são chamadas AVDs instrumentais. A maneira como uma pessoa lida com a tensão relativa ao dia-a-dia representa a categoria de “função emocional”. Nível de ansiedade, satisfação e felicidade, são todos componentes da função emocional. “Função social”, a última categoria, refere-se à interação social e ao desempenho das obrigações sociais. Estar empregado fora de casa e as relações com familiares são exemplos de função social (DEYO,1984).

Neste estudo a ênfase foi dada na avaliação física-funcional. Na classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre “incapacidade humana”, incapacidade é definida como sendo qualquer restrição ou perda da habilidade para realizar uma atividade da maneira ou com a competência considerada normal para o

ser humano (WOOD,1975). Em geral, medir a incapacidade física-funcional é medir a dificuldade na mobilidade e no autocuidado (O'DELL et al., 1991a).

1.2 FORMAS DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A importância do status funcional na medicina de reabilitação levou, nos anos 50, ao desenvolvimento e aprimoramento de escalas que avaliam a função, um processo que continua até hoje (DEYO, 1984).

A escala de Karnofsky foi originalmente desenvolvida para pacientes com câncer e tem sido utilizada nas decisões clínicas e estimativas de prognóstico para esta população desde sua publicação em 1948. Ela avalia a capacidade física com ênfase na função e na independência; a graduação é dada entre zero (morte) e 100% (normal, sem queixas ou evidências de doença) (KARNOFSKY et al., 1948). Atualmente é bastante utilizada como instrumento de avaliação em pacientes infectados pelo HIV (O'DELL et al., 1991b) (quadro 1).

A escala de Rankin foi desenvolvida em 1957 para estudos prognósticos de doença cerebrovascular (RANKIN, 1957). Ela avalia a independência nos graus de um, capaz de executar as atividades habituais, a cinco, severa incapacidade, requerendo cuidados constantes (quadro 2). Posteriormente passou a ser utilizada de forma mais abrangente, incluindo testes terapêuticos para neuropatias periféricas; foi também modificada com a inclusão do grau zero, que corresponde à categoria sem sintomas (GRANT; O'BRIAN; DICK, 1999).

O conceito de AVD tem sido amplamente usado e adaptado na literatura de reabilitação. Foram publicadas 25 escalas para avaliação de AVDs entre 1950 e 1970, cuja maior ênfase é a função física e músculo-esquelética. Entre as escalas mais utilizadas está o índice de Barthel, que foi desenvolvido em 1955 e continua sendo um dos instrumentos mais importantes para mensuração da incapacidade e da independência (DEYO, 1984).

Essa escala avalia 10 itens nas atividades da vida diária e é bastante simples para ser aplicada medindo a habilidade que o paciente tem para cuidar de si mesmo. Se aplicada mais vezes com o mesmo paciente, vai avaliar sua evolução (CHINO, 1990). Os valores dados para cada item são baseados no tempo e na quantidade de assistência física requerida se o paciente for incapaz de realizar a atividade. O valor máximo não é atribuído mesmo quando o paciente necessita assistência mínima ou supervisão ou se não pode realizar a atividade em segurança sem a presença de uma outra pessoa. Considerando o tempo necessário para atender a um paciente incontinente e o de não ser socialmente aceito, a continência recebe um valor maior (MAHONEY; BARTHEL, 1965) (quadro 3).

A escala “Medição da Independência Funcional” (MIF) é, atualmente, um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a qualidade básica das AVDs em pessoas com incapacidade (GRANGER; HAMILTON, 1987). Ela foi desenvolvida em 1983 pelo Congresso Americano de Reabilitação Médica e Força Tarefa da Academia Americana de Medicina e Reabilitação para desenvolver um sistema uniforme de coleta de dados na reabilitação médica, hoje padronizada nos Estados Unidos (HEINEMANN et al., 1994). Na época, o índice de Barthel estava sendo considerado restrito; havia um consenso de que um instrumento mais longo seria melhor na avaliação neurológica. Um estudo comparativo em 2001 mostrou que o instrumento mais longo gera informações com mais qualidade, mas não necessariamente melhora a medição (HOBART et al., 2001).

O propósito da escala MIF é ser sensível a mudança num indivíduo durante um período de tratamento (HALL; JOHNSTON, 1994). A finalidade maior é sua utilização para avaliar o resultado do tratamento, por exemplo, sendo aplicada na internação e na alta hospitalar (LINACRE et al., 1994).

Essa escala avalia 18 itens dentro de sete áreas mais abrangentes: autocuidado (atividades da vida diária), locomoção, mobilidade (transferências), controle de esfínteres, comunicação e cognição social (OTTENBACHER et al., 1996). Cada item específico é medido de um (totalmente dependente) a sete (totalmente independente), baseado na observação. Todo item de escore seis indica a necessidade do uso de

algum tipo de apoio, e escores abaixo de cinco indicam uma necessidade cada vez maior de assistência humana. O escore máximo é 126 e indica um indivíduo que não requer assistência tanto mecânica quanto humana em qualquer das 18 áreas. Para este propósito a utilidade da MIF está na habilidade de resumir os tipos e os graus de incapacidade. Ela não avalia o problema de base responsável pelo déficit mas somente se o déficit existe. Nas áreas de cognição social e comunicação, a medição oferece apenas uma visão global da capacidade neuropsicológica e de comunicação, respectivamente (Quadro 4).

1.3 NECESSIDADE DA AVALIAÇÃO FUNCIONAL NOS PACIENTES COM AIDS

1.3.1 Infecção pelo HIV a aids

O Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) foi primeiramente reconhecida em junho de 1981. Desde então a doença tem sido descrita em mais de 200 países. A OMS estima que uma em cada 250 pessoas, entre 15 e 49 anos de idade, deva estar infectada pelo vírus da imunodeficiência humana, o HIV (BERGER, SIMPSON, 1997).

A América Latina ocupa o terceiro lugar na epidemia da aids sendo o Brasil o país com maior número de portadores, com aproximadamente 600 mil. Diferente da notificação dos casos de aids, os dados de portadores do HIV são estimados; as pesquisas no Brasil estimam em aproximadamente 12.800 o número de crianças de zero a 14 anos, vivendo com HIV no ano 2000 (BRASIL, 2002).

Em média, a pessoa infectada pelo HIV demora entre oito a dez anos para começar a desenvolver os sintomas da doença, só então ela é notificada como caso de aids. A partir de 1986 os hospitais são obrigados a informar ao Ministério da Saúde todos os casos de aids e as infecções pelo HIV. Segundo dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, de abril a junho de 2002, o número de casos

de aids no Brasil é de 222.356 pessoas (de 1980 a setembro de 2001). Em Curitiba, no mesmo período, o número de casos de aids é de 4.226 (BRASIL, 2002).

A aids não se limita à esfera puramente biológica. Fatores sociais, políticos e econômicos são extremamente relevantes; as perspectivas de tratamento e sobrevivência de um contaminado dependem muito do país onde vive. A partir de 1996, quando o governo brasileiro começou a distribuir gratuitamente o coquetel anti-retroviral, o crescimento da epidemia se estabilizou numa média de 20 mil novos casos por ano, até 1999. Em 2000, houve início de declínio, com o registro de 15 mil novos casos. O primeiro semestre de 2001 confirmou a queda, embora os números só possam ser considerados definitivos após três anos de notificação (BRASIL, 2002).

O Boletim Epidemiológico (julho a setembro de 2001) do Ministério da Saúde trouxe modificações significativas da hierarquização das categorias de exposição dos casos de aids. Observou-se redução da participação das categorias homo/bissexual, de 27,7% para 23,4%, ao mesmo tempo em que houve incremento das categorias de exposição heterossexual, de 27,4% para 32,3%, e uso de drogas injetáveis, que passou de 18,1% para 20,6% no total de casos notificados. Entre menores de 12 anos, a transmissão do vírus da mãe para o filho é responsável por 90% dos casos notificados (BRASIL, 2002).

Cerca de 50% das pessoas com aids já foram a óbito. Estudos tipo coorte, avaliando a progressão para aids nos pacientes assintomáticos infectados pelo HIV, mostraram que o risco de desenvolver a doença aumenta com o tempo de infecção (LEFRÈRE et al., 1989; PEDERSEN et al., 1989).

O HIV, agente etiológico da aids, é um retrovírus que pertence à subfamília “lentiviridae”, e induz à depleção das células CD4+, provocando uma severa imunodeficiência (DE SIMONE et al., 1996). As células não infectadas não são destruídas pelo próprio vírus, mas pela resposta imunológica a ele (LEWIS, 1989).

A infecção pelo HIV tem a propensão, por meio da ação direta do vírus ou das doenças oportunistas e neoplasias, de envolver múltiplos órgãos e sistemas, produzindo uma grande variedade de condições debilitantes (LUNDGREN, 1990; VERONESI et al., 1994). Apesar de continuar sendo uniformemente fatal, o

tratamento das disfunções imunológicas e das complicações secundárias resultou no aumento da sobrevida dos pacientes infectados, passando a doença a ser tratada como crônica progressiva (MCCORMICK et al., 1991; LIFSON, HESSOL, RUTHERFORD, 1992; GLOBE; HAYS; CUNNINGHAM, 1996).

Conforme a sobrevida aumenta, o número de pessoas vivendo com aids e debilidade física também tem aumentado (O'DELL, 1996). Isto é especialmente verdade quando se considera o número de complicações neurológicas, neuromusculares, cardíacas e pulmonares associadas à infecção sintomática pelo HIV (O'DELL; DILLON, 1992). O aumento da sobrevida associado à debilidade física conseqüente à doença pode comprometer a independência do paciente, sua vida profissional e produtividade, gerando problemas sociais e econômicos, que afetam tanto o paciente individualmente quanto o próprio sistema de saúde (O'DELL; SASSON, 1992).

O manejo da aids está centrado no controle e na prevenção de futuras infecções pelo HIV juntamente às estratégias de tratamento para aqueles que já estão infectados, tanto sintomáticos como assintomáticos (O'DELL et al., 1991a). O tratamento das complicações agudas, que podem comprometer a vida do paciente, tem recebido mais atenção do que o tratamento que antecipa as futuras seqüelas crônicas. Mas, com o aumento da sobrevida, a incapacidade física causada pela infecção do HIV, juntamente com o impacto econômico e psicológico da doença sobre o paciente, tem se tornado uma preocupação cada vez maior.

Manter os pacientes como indivíduos produtivos é importante tanto para o próprio indivíduo como para a sociedade e, sob esta perspectiva, o tratamento da aids deve envolver não apenas o manejo médico intenso, mas também cuidados específicos de diferentes profissionais da saúde. Entre eles, os da reabilitação receberão cada vez mais encaminhamentos para avaliação e tratamento de dificuldades físicas em pessoas com infecção por HIV (SLIWA; SMITH, 1991; REINSTEIN, 1994).

1.3.2 Avaliação Funcional em pacientes com aids

Em geral, os motivos mais comuns para a avaliação da capacidade funcional são a descrição, investigação com avaliação, e monitoração. Os dados descritivos normalmente são utilizados para estabelecer um padrão que possa ser usado para determinar as necessidades da comunidade e a colocação de objetivos para o tratamento de pacientes. A investigação com avaliação seria uma revisão detalhada de dados da função para guiar decisões sobre a natureza do problema e planos específicos de tratamento. A monitoração envolve medições repetitivas para detectar mudanças no fenômeno durante determinado tempo (JETTE; CLEARY, 1987).

Por exemplo, a escala PDMS (Peabody Developmental Motor Scale) foi usada para avaliar o desenvolvimento motor em crianças com a infecção pelo HIV, comparando com crianças sem incapacidades e de idades similares. A partir desse estudo concluiu-se que o tratamento para essas crianças deve enfatizar estratégias de intervenção geralmente utilizadas para estimular todas as habilidades motoras grossas (SMITH; DANOFF; PARKS, 2002).

A função imunológica, o tempo das infecções oportunistas e o tempo de sobrevivência foram e continuam sendo temas bastante abordados nas pesquisas com o HIV (CLEARY et al., 1993). O interesse em descrever a variedade e a prevalência de incapacidades na população com aids, com a intenção de melhorar o atendimento e qualidade de vida dos pacientes, também tem gerado uma série de estudos (LEVINSON; O'CONNELL, 1991; O'DELL et al., 1991a; O'DELL et al., 1996). Mas, considerando que a habilidade para realizar as tarefas de autocuidado é o maior determinante da necessidade de assistência formal ou informal, relativamente poucos trabalhos têm sido realizados abordando a incapacidade funcional de forma mais extensiva e investigando seus fatores preditivos. Ainda menos informações estão disponíveis sobre a história natural da incapacidade na infecção pelo HIV, ou seja, nas trajetórias do desempenho funcional observadas durante a evolução da doença nas pessoas infectadas (CRYSTAL; SAMBAMOORTHY, 1996).

Considerando que o prolongamento da sobrevida estará acompanhado pelo aumento da incapacidade física nos portadores do HIV, a avaliação funcional é necessária tanto do ponto de vista do cuidado ao paciente como da pesquisa clínica.

O fato de a aids ser considerada uma doença crônica progressiva sugere que, num determinado tempo, vai haver uma grande variabilidade na saúde e na função entre as pessoas com infecção pelo HIV. A incapacidade funcional é a chave para se entender as conseqüências da doença e para definir, por exemplo, a necessidade de assistência por parte dos serviços de saúde. O conhecimento da progressão natural da doença e dos padrões de transição no desempenho funcional poderia, por exemplo, auxiliar o planejamento em saúde, a determinação de indenizações, o prognóstico e a estimativa quanto aos cuidados necessários nas pessoas afetadas (HEINEMANN et al., 1993).

Alguns estudos, como o de O'DELL et al. (1991a), avaliam a capacidade física por meio do uso de escalas padronizadas. A avaliação funcional, no caso, foi realizada com a escala MIF, por ocasião da alta do setor de emergência hospitalar, em 37 pacientes com aids. Verificou-se que 60% dos pacientes requeriam ajuda humana em pelo menos uma das 18 áreas avaliadas na escala; 32% requeriam ajuda humana em cinco ou mais áreas; 51% e 38% requeriam ajuda humana em subir escadas e andar, respectivamente. Alimentação e banho requeriam ajuda em 33% e transferência para a banheira ou chuveiro em 25% da amostra. A incapacidade estava associada à longa duração do diagnóstico de aids e duração do internamento. Alguns indivíduos avaliados permaneceram funcionalmente independentes até 30 meses após a abertura do quadro de aids. Baseados neste achado cogitou-se a necessidade de avaliação e intervenção por parte dos profissionais de reabilitação. Com os dados de uma avaliação funcional, o desafio é traduzir a incapacidade mensurada em serviços específicos.

Outros estudos descrevem os tipos de déficit encontrados e a intervenção aplicada, como no caso do estudo publicado por O'CONNELL e LEVINSON (1991). Esses autores avaliaram o encaminhamento consecutivo de 51 pacientes à reabilitação com o objetivo de documentar as necessidades, em termos de reabilitação, nessa

população. Os problemas encontrados incluíram falta de condicionamento físico (27%) e disfunção neurológica (45%); as disfunções eram diversas e incluíam hemiparesia, disfunção cognitiva e demência, mielopatia e neuropatia periférica. As dificuldades relacionadas foram: dificuldade na mobilidade (76%), dificuldade com o autocuidado (57%), disfunção cognitiva (29%) e dor incontrolável (37%). Também são descritas as intervenções de reabilitação que foram utilizadas.

O'DELL (1990) revisou 25 consultas fisiátricas consecutivas a pacientes com aids, que apresentavam uma grande variedade de complicações. A etiologia das limitações funcionais incluía: hemiparesia, contratura de tecidos moles, fadiga, neuropatia periférica, dor e dificuldades cognitivas. As intervenções incluíram encaminhamento para fisioterapia em 72%, e para terapia ocupacional em 68% dos pacientes. Outro estudo avaliou a necessidade de reabilitação em 30 pacientes internados e infectados pelo HIV. Destes 26 (86.7%) foram encaminhados à fisioterapia, sendo que as intervenções foram dirigidas para falta de condicionamento, dor nas neuropatias periféricas e fadiga (O'DELL, 1993b).

Alguns estudos de caso têm sido descritos como no caso da hemiparesia na infecção do HIV (O'DELL; SASSON, 1992) e enfatizam a incapacidade física, a necessidade da familiarização dos profissionais de reabilitação com os aspectos que levam às incapacidades funcionais na aids e sua atuação.

Um estudo tipo coorte investigou o nível, o tempo da doença e a estabilidade da incapacidade funcional numa população portadora assintomática do HIV e mostrou uma piora contínua no *status* funcional dos pacientes (CRYSTAL; SAMBAMOORTHY, 1996). Outro estudo tipo coorte avaliou a incapacidade em 20 atividades, que representavam oito categorias funcionais, e a relacionou a vários fatores como tempo de diagnóstico de aids e contagem de linfócitos CD4+. Uma das conclusões é a variabilidade de função motora na aids e a necessidade de estudos futuros mostrando a eficácia de intervenções apropriadas por parte da reabilitação (O'DELL et al., 1996). A avaliação da incapacidade também é utilizada para relacionar ao uso específico de alguma medicação, como no caso dos inibidores de protease. Percebeu-se nesse estudo que o uso da medicação estava associado à

diminuição na incapacidade física e do número de internamentos (LAVALLE et al., 2000).

No caso da reabilitação, transformar os dados de uma escala de avaliação funcional em serviços específicos se refere ao tratamento propriamente dito. A partir de um melhor entendimento das causas da incapacidade, do tratamento médico e expectativa no prognóstico, os profissionais de reabilitação poderão aplicar seu conhecimento específico para melhorar a capacidade funcional e a qualidade de vida nesta população.

1.3.3 Incapacidade funcional e o paciente com aids

A. Condições Debilitantes

Fadiga, diminuição da resistência, perda de peso, edema, cegueira e dificuldade para deglutir, podem todos contribuir para incapacidades funcionais (O'CONNELL, 1990). Durante o curso da doença, qualquer sistema do organismo pode ser afetado direta ou indiretamente pelo HIV (KAYE, 1989). Os sintomas podem ser causados diretamente pela toxicidade do vírus, o que é muito comum nas doenças neurológicas. As desordens na absorção e as diarreias podem também ser um resultado direto do envolvimento do sistema gastrointestinal. Logo no início da infecção pelo HIV podem ocorrer as doenças auto-imunes associadas com a desregulação do sistema imunológico. No entanto, a maioria das dificuldades da doença é devida às infecções oportunistas e neoplasias que ocorrem em função da imunodeficiência causada pelo HIV (O'CONNELL, 1990).

A grande maioria dos pacientes com aids coloca a fraqueza como o fator mais importante que os impede de continuar suas atividades de trabalho, lazer e autocuidado (LEVINSON; O'CONNELL, 1991). A própria natureza de doença crônica já tem a fraqueza como sintoma universal (SIMPSON; ADAM; BENDER, 1988). A fraqueza pode ser um fator significativo de limitação funcional nos pacientes

afetados (O'DELL, 1993a). Pode estar associada ao síndrome consumptivo, comum nestes pacientes, que consiste numa perda de peso significativa e involuntária, maior que 10% do peso corporal básico, somada a diarreia ou fraqueza crônica (SIMPSON et al., 1990).

Fadiga e mialgia também são comuns no paciente com aids (MILLER et al., 1991). Na fase aguda da infecção pelo HIV, a fadiga é eminente; o estudo de DARKO et al. (1996) documentou queixa de letargia e mal-estar em 66,7% dos homossexuais que se tornaram HIV positivos. A fadiga pode limitar substancialmente não só a mobilidade, mas também as atividades da vida diária e a comunicação (O'DELL ; DILLON, 1992). Sintomas constitucionais como febre, suor noturno e perda de peso também são comuns e podem tanto estar relacionados ao HIV como a infecções sobrepostas (O'CONNELL, 1990).

O sistema respiratório é o alvo da infecção oportunista mais grave e maior causa de morbidade e óbitos na aids, que é a pneumonia causada pelo *Pneumocystis carinii* (PINCHING, 1988). Cerca de 60% a 90% dos pacientes com aids desenvolvem a pneumocistose durante a evolução da doença e cerca de 60 % deles tem este diagnóstico como abertura do quadro de aids. A pneumonite difusa é outra complicação, geralmente causada por citomegalovírus, *Cryptococcus neoformans*, micobacterioses e Sarcoma de Kaposi (SK). Alguns fungos como a *Nocardia* sp., *Aspergillus* sp. e *Histoplasma capsulatum* também podem causar pneumonia difusa (VERONESI et al., 1994).

Quanto à tuberculose, estudos recentes mostram que o risco de adoecimento em indivíduos HIV+ reduziu-se em aproximadamente 10 vezes, e que a taxa de ocorrência de novos casos de tuberculose em pacientes atendidos pelos serviços especializados em doenças sexualmente transmissíveis (DST)/aids no Brasil apresentou uma redução de até 75%, quando comparada aos índices encontrados antes do advento da terapia anti-retroviral combinada (BRASIL, 2002).

Um dos primeiros e mais freqüentes sinais de imunodeficiência na infecção pelo HIV é a candidíase mucocutânea. As lesões orais podem tornar a mastigação e a deglutição difíceis e dolorosas. Lesões de pele como a psoríase ou as causadas por

fungo são comuns; as causadas pelo *Herpes zoster* podem ser dolorosas e disseminadas, limitando a mobilidade do paciente (O'CONNELL, 1990).

Os problemas mais importantes no sistema gastrointestinal ocorrem na fase bastante adiantada da aids pela limitação da ingestão adequada de nutrientes. A esofagite causada principalmente pela *Candida sp.* ou infecção herpética pode tornar a deglutição extremamente dolorosa ou impossível. Diversas causas podem levar à diarreia e má-absorção, sendo que a maioria delas não tem boa resposta ao tratamento. A debilidade funcional está usualmente relacionada à perda de peso, fraqueza e diminuição da resistência que a acompanham. As necessidades de um paciente com diarreia crônica podem gerar limitações tanto na vida profissional como em outras oportunidades do paciente (O'CONNELL, 1990).

Muitos pacientes são anêmicos e têm baixa contagem de plaquetas e células brancas. Os sintomas são fadiga, falta de ar, diminuição da concentração, manchas roxas e sangramento fácil, além da maior facilidade para infecções, no caso de leucopenia. A anemia e a leucopenia são importantes efeitos colaterais do uso do AZT (O'CONNELL, 1990).

Outra dificuldade associada à medicação é o síndrome da redistribuição de gordura, causada por antiretrovirais, principalmente inibidores de protease, em altas doses. A síndrome se caracteriza pelo aumento na quantidade de gordura no abdômen, parte posterior do pescoço e peito, e uma perda de gordura subcutânea na face e nas extremidades. O aumento da gordura abdominal está relacionado à resistência a insulina, hipertensão e doença coronariana acarretando mais um fator de morbidade e mortalidade na população com aids (ROUBENOFF, 1999).

O SK é um tumor altamente vascular, que se manifesta, em 90% dos pacientes acometidos, por lesões na pele. Em geral, os problemas físicos causados pelas lesões do SK cutâneo são pela localização das lesões em áreas de pressão como, por exemplo, na sola dos pés. Elas podem limitar a deambulação pela dor, sangramento e infecção. No entanto, o fator mais associado à morbidade é a disseminação nos órgãos viscerais e linfonodos. A obstrução da drenagem linfática pode causar edema progressivo nas extremidades inferiores, causando dificuldade para colocar sapatos e

roupas, desconforto pelo alongamento na pele e risco aumentado das infecções de pele. O peso do edema nos membros inferiores pode, por si só, ser um problema para um paciente fraco e limitar sua deambulação (O'CONNELL, 1990).

O sistema músculo-esquelético está comprometido secundariamente à infecção pelo HIV em cerca de 72% dos pacientes (KAYE, 1989). As dificuldades motoras podem ser incapacitantes levando, frequentemente, os pacientes à reabilitação (HIRSH; SMITH, 1988; ROSEN; STRAX; BAKST, 1988). Fraqueza para subir escadas ou levantar-se da cadeira com fadiga pode sugerir uma miopatia (GALANTINO; LEVI, 1988). Outro fator debilitante é a fraqueza muscular associada com as neoplasias que incluem vários tipos de miopatias, polimiosite, desordens da função neuromuscular, miopatias metabólicas e miopatias secundárias a desordens de secreções endócrinas. A etiologia dos efeitos diretos ou indiretos do processo paraneoplásico na função muscular é desconhecida na maioria dos casos, como também, no paciente com a infecção pelo HIV (GALANTINO, 1991).

A infecção pelo HIV tem sido associada com vários tipos de artrite, sendo os mais freqüentes o síndrome de Reiter e a artrite reativa (KAYE, 1989). O síndrome de Reiter é uma doença do grupo das espondilartropatias soronegativas para o fator reumatóide que se caracteriza por apresentar uma oligoartrite assimétrica, sacroileite freqüentemente unilateral associada ou não a alterações muco-cutâneas. A artrite causada por este síndrome é aguda e envolve principalmente os joelhos, pés e tornozelos, embora qualquer articulação periférica possa estar afetada. Há uma proliferação sinovial acentuada, associada a um derrame, podendo causar uma séria debilidade. Uma artrite erosiva similar àquela da artrite reumatóide ocorre em alguns casos, acarretando sérias deformidades, particularmente nos pés (LUNDGREN, 1990). Este tipo de artrite parece ser particularmente destrutiva e difícil de tratar nos pacientes infectados pelo HIV (O'CONNELL, 1990).

Dor incontrolável é uma das causas freqüentes de encaminhamento dos pacientes à reabilitação (O'CONNELL; LEVINSON, 1991). As causas possíveis para a maioria dos síndromes de dor e seus locais são complexas. A dor das neuropatias e miopatias é prevalente em muitos processos de doença e pode limitar a locomoção e a

independência do paciente (O'DELL et al., 1991a). A perda muscular rápida leva a mudanças posturais que podem criar os pontos-gatilho de dor. No paciente com infecção pelo HIV muitas vezes a dor poderá ser consequência do tratamento medicamentoso, usado para tratar tanto o vírus HIV como as complicações secundárias à infecção (O'DELL, 1993a).

B. Complicações Neurológicas no Paciente com aids

O vírus HIV é linfotrópico e neurotrópico; ele atravessa a barreira hematoencefálica podendo ser encontrado no sistema nervoso central (SNC) logo após a soroconversão (BERGER; SIMPSON, 1997). Ele também afeta o SNC e sistema nervoso periférico (SNP) por mecanismos de ordem tanto direta como indireta, sendo que ambos os sistemas são lesados independentemente no paciente com infecção pelo HIV (GIESEN et al., 2002).

A habilidade de o HIV afetar múltiplos órgãos e sistemas, especialmente o SNC, resulta numa grande variedade de síndromes clínicas. A doença neurológica no paciente infectado pelo HIV, tanto adultos (O'DELL; DILLON, 1992) como crianças (MAC DOUGALL, 1998; DIAMOND, 1989; BRUCK et al., 2001), não é apenas comum mas é, freqüentemente, incapacitante e de risco. Pelo menos 40 a 50% dos adultos e 70 a 80% das crianças com aids têm alguma disfunção neurológica clínica, e cerca de 80% dos pacientes com aids apresentam anormalidades neuropatológicas na autópsia (PETITO, 1988).

As complicações neurológicas da infecção pelo HIV foram divididas pela apresentação clínica e incluem encefalopatia global, processos neurológicos focais com ou sem efeito de massa, desordens medulares, neuropatias periféricas e miopatias (BERGER; SIMPSON, 1997). Elas podem ocorrer desde as fases mais precoces da infecção pelo vírus HIV, até os estágios mais avançados e as complicações podem se apresentar, clinicamente, com uma grande variedade de combinações diferentes, dependendo do local e da severidade da lesão. Pela possibilidade de o envolvimento

neuroológico preceder o desenvolvimento da imunodeficiência ou ocorrer mais cedo no curso da doença, pode se encontrar um indivíduo incapacitado com uma expectativa de vida na ordem de anos (LEVINSON; O'CONNELL, 1991).

A doença que afeta o sistema nervoso como consequência do HIV pode ser classificada entre aquelas que são resultados diretos do vírus (primárias) e aquelas que estão relacionadas a outra etiologia identificável (secundárias) (LEVY; BREDESEN; ROSENBLUM, 1988). As de origem primárias incluem meningite, encefalopatias, mielopatias, polineuropatias e miopatias. Entre as encefalopatias o déficit cognitivo é uma seqüela comum da infecção; houve redução em sua frequência, mas continua a existir, apesar do uso corrente de potentes terapias anti-retrovirais (MCARTHUR, 1997 ; SCHIFITTO et al., 2001).

O SNP é afetado em no mínimo 15% dos pacientes com aids sendo que as neuropatias são a manifestação neurológica mais comum; as neuropatias e miopatias podem complicar todos os estágios da infecção pelo HIV (DALAKAS; PEZESHKPOUR, 1988; PARRY, 1988). Três formas mais importantes de neuropatia periférica não associada a complicações de infecções secundárias, como a radiculite por herpes zoster, têm sido descritas em pacientes com infecção pelo HIV. Elas são: 1) neuropatia puramente sensitiva, vista predominantemente em pacientes com aids ou complexo relacionado à aids (ARC); 2) mononeuropatias, que ocorrem predominantemente em pacientes com ARC, e 3) polineuropatias desmielinizantes inflamatórias, tanto agudas (Síndrome de Guillain-Barré) e crônicas, vistas principalmente em pacientes positivos para o HIV (CORNBATH, 1988).

As de origem secundárias estão relacionadas à anormalidade da imunidade celular que acompanha a aids, são as complicações de infecções oportunistas em geral relacionadas com a reativação de infecções prévias. Entre as mais comuns estão a toxoplasmose cerebral, a meningite por criptococos, a infecção por citomegalovírus, a leucoencefalopatia multifocal progressiva e o linfoma primário de SNC, relacionado com Epstein Barr Vírus. Outras causas de doença neurológica em associação com a imunossupressão causada pela infecção do HIV incluem complicações relacionadas às medicações e complicações cerebrovasculares (BERGER; SIMPSON, 1997).

As desordens que afetam o SNC estão entre as causas mais comuns de incapacidade nos pacientes com aids (LEVINSON; MERRITT, 1993). A função neuromuscular pode estar afetada levando à fraqueza, dificuldades na marcha, parestesias e deterioração muscular (GALANTINO; LEVI, 1988). Os aspectos clínicos do envolvimento neurológico podem incluir hemiparesia ou hemiplegia, quadriparesia ou quadriplegia, paraparesia ou paraplegia, radiculopatias e condições neuropáticas difusas envolvendo os seguintes déficits: diminuição do controle dos movimentos, diminuição da amplitude dos movimentos pelo desuso, sensação diminuída, distonias musculares, postura inadequada dos membros, problemas com a coordenação e equilíbrio, propriocepção, cinestesia, mobilidade na cama, transferências e marcha, que diminuem a autonomia e a função global do indivíduo (ROSENSWEET; FINK, 1992).

1.4 REABILITAÇÃO E O PACIENTE COM AIDS

1.4.1 Abordagem da reabilitação na Aids

A infecção pelo HIV pode afetar qualquer sistema do organismo, portanto a equipe de reabilitação pode ser composta, em momentos diferentes, por fonoaudióloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, neuropsicóloga, assistente social, entre outros (O'CONNELL, 1990). A abordagem da equipe deve ser no sentido do objetivo de “viver com a aids”, e o paciente precisa assumir um papel ativo e positivo para alcançá-lo (PINCHING, 1988).

Para muitas doenças crônicas como a aids, para as quais a cura ainda não é possível, o objetivo do tratamento deve estar centrado em preservar a função e limitar os sintomas, mantendo a independência e a qualidade de vida no melhor nível possível, dentro da comunidade (HARRIS ; HENDLER; SIPSKI, 1990). A avaliação da incapacidade e a intervenção da reabilitação têm implicações específicas para cada estágio da doença causada pelo HIV com a intenção de prevenir ou retardar a

incapacidade conseqüente á doença, diminuir o desconforto e também diminuir a necessidade de cuidadores (BARBOSA, 1991).

A reabilitação deve ser uma preocupação de toda equipe, e a necessidade de ajuda para as atividades da vida diária precisa ser avaliada em cada paciente. Pacientes com aids que tenham déficits potencialmente reversíveis devem ser colocados num plano de reabilitação que os estimule a permanecer deambulando e viver suas vidas da melhor maneira possível (MOCSNY, 1993).

A heterogeneidade e complexibilidade das condições clínicas e prognóstico no paciente com infecção pelo HIV requerem uma avaliação bastante detalhada pelo médico e terapeutas antes do início das terapias de reabilitação. Baseada nesta avaliação e nas necessidades do paciente e sua família ou cuidadores, a equipe multidisciplinar vai determinar os objetivos funcionais específicos e o plano de tratamento (LEVINSON; O'CONNELL, 1991).

A avaliação e o tratamento para a população com aids são ao mesmo tempo semelhantes e diferentes do que para outros pacientes. A abordagem é diferente pois normalmente se espera uma melhora linear na função do paciente, mas, com os pacientes portadores de aids, o terapeuta deve esperar períodos de progressão e possíveis períodos de regressão em que deverá mudar seus objetivos, dependendo da severidade das infecções oportunistas e do estágio da doença (ROSENSWEET; FINK,1992). Por outro lado, a abordagem é semelhante pois o profissional utiliza a mesma avaliação funcional para determinar o déficit do paciente e planejar seu tratamento que, muitas vezes, segue os modelos de reabilitação já existentes (FURTH; MALOOF; FLYNN, 1988) .

Os cuidadores devem ser trazidos ao processo de reabilitação o mais cedo possível recebendo apoio e encorajamento por parte da equipe. O fato de estar sendo confrontado com o cuidado a indivíduos com doenças terminais e piora nos déficits físico e cognitivo, coloca um peso significativo tanto em nível emocional como físico e financeiro nos cuidadores. Sentimentos desagradáveis como a ira em relação ao paciente, depressão, desesperança, solidão são normais de serem encontrados, e o cuidador precisa perceber e saber lidar com eles (LEVINSON; MERRITT, 1993).

GUTTERMAN (1990) enfatiza que a reabilitação deve considerar que pessoas com aids vão experimentar não só a perda da independência física, mas também dor, dificuldades com a memória e julgamento, ansiedade e depressão, mudanças ou perdas de sua posição ou papel, perda da auto-estima, perda de amigos e perda da comunidade, entre outras.

No caso da doença terminal, o enfoque da reabilitação não é diferente do envolvido em outras doenças como o câncer, por exemplo. Existe a necessidade de se estabelecer objetivos realísticos para dar qualidade de vida nos últimos meses ou dias do paciente (AUERBACK; JANN, 1989).

1.4.2 Fisioterapia: Indicações para o tratamento

Os principais objetivos para o fisioterapeuta são a restauração do indivíduo incapacitado ao seu nível máximo de função, tanto física como mental, social e vocacional e a prevenção da incapacidade (JETTE; CLEARY, 1987). Desde a década de 80 o fundamento da Fisioterapia valoriza a funcionalidade da pessoa incapacitada, tendo ela uma participação ativa no seu tratamento (ISRAEL, 2000).

Algumas das disfunções mais comuns que levam os pacientes infectados ao encaminhamento à Fisioterapia incluem síndromes de dor, manifestações no SNC e SNP, e problemas músculo-esqueléticos (ROSENSWEET; FINK, 1992). Para o tratamento da dor, várias técnicas e modalidades estão disponíveis tais como o uso de corrente elétrica, calor, hidroterapia, massagens, vibração, crioterapia, técnicas de terapia manual e crânio-sacral, e inclusive a acupuntura, que tem sido descrita associada à medicação (CARR, [199_]; O'DELL, 1996).

Técnicas específicas como a crioterapia, elevação e compressão são bastante utilizadas no tratamento das disfunções músculo-esqueléticas, como o edema e dor articular. Algumas formas de exercício podem estar indicadas, desde tais exercícios que sejam moderados, protetores e preferivelmente os isométricos nos estágios agudos de condições reumatológicas (ROSENSWEET; FINK, 1992).

A Fisioterapia pode ter um papel significativo em minimizar o déficit funcional causado pelas desordens neurológicas (GALANTINO; LEVY, 1988). Para LEVINSON e MERRITT (1993), o manejo destes déficits funcionais é similar ao utilizado nas outras desordens neurológicas focais como o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e a esclerose múltipla, para os quais estão indicadas várias técnicas de reeducação motora. Estas incluem as técnicas de Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva (PNF), Bobath, Brunnstrom e Rood (GALANTINO, 1991).

Aparelhos ortopédicos como a tala suro-podálica podem ser freqüentemente usados para substituir a perda motora funcional e dificuldades resultantes na mobilidade. Equipamentos de apoio como bengalas, muletas e andadores podem também ser usados para compensar a hemiparesia ou a falta de equilíbrio. O treino de marcha e exercícios podem ter um papel, particularmente na presença de fadiga concorrente. Diferentes equipamentos e estratégias para adaptação podem ser usados para compensar a perda motora nas extremidades superiores. Exercícios de alongamento e colocação de talas podem ser usados para manter a flexibilidade e prevenir contraturas (O'DELL; SASSON, 1992).

Nas neuropatias periféricas o objetivo no tratamento é manter a amplitude de movimento nas juntas, melhorar a função e recuperar a força muscular (SIMPSON; WOLFE, 1991). Muitas técnicas têm sido descritas para fortalecer e melhorar a função no músculo com inervação residual; no entanto, alguns autores questionam, por exemplo, a estimulação elétrica que parece não aumentar a reinervação nos músculos totalmente denervados. Da mesma forma o alongamento excessivo no músculo enfraquecido pode incapacitar sua atividade (HERBISON, 1983).

Outra causa de encaminhamento freqüente à Fisioterapia é para melhora da capacidade funcional, para a qual é recomendada uma atividade física estruturada. A fraqueza, deve, quando possível, ser prevenida com uma atenção especial à nutrição, um programa de exercícios leves e encorajamento de atividade física. Algumas mudanças no estilo de vida, adaptações e técnicas para conservação de energia podem ser úteis. Considerando que estes pacientes têm uma resistência limitada, recebem muita medicação, tem muitas consultas e exames, a tolerância e a cooperação para

exercícios complicados e regimes de terapia estarão provavelmente limitadas (O'CONNELL, 1990).

1.4.3 Exercício físico e imunologia

Baseado na demonstração por pesquisas, o comentário atual do Colégio Americano de Medicina Esportiva é que, durante o exercício moderado, ocorrem várias alterações positivas no sistema imunológico (NIEMAN, 1999). Embora ele retorne aos níveis pré-exercício muito rapidamente após o término da sessão, cada nova sessão representa um auxílio que parece reduzir o risco de infecção a longo prazo. As pessoas que praticam exercício apresentam menos resfriados do que as sedentárias. Dois estudos aleatórios forneceram dados preliminares importantes de apoio para o ponto de vista de que a atividade física moderada pode reduzir o número de dias com a doença. Um número crescente de estudos sustenta o conceito de que após um esforço intenso incomum ou durante um treinamento excessivo, vários componentes da função imunizadora são afetados negativamente, aumentando o risco de doença das vias aéreas superiores (NIEMAN, 1999).

O interesse sobre o efeito da atividade física sobre o sistema imunológico não é limitado aos fisiologistas do exercício. Atualmente está havendo uma integração dos resultados do exercício e imunologia no contexto do estresse físico e imunologia, com o *input* das disciplinas de epidemiologia, fisiologia, imunologia, endocrinologia, nutrição, patologia e medicina desportiva (PEDERSEN ; NIEMAN, 1998).

Pouquíssimos estudos foram publicados sobre a possibilidade de o exercício retardar o desenvolvimento da aids numa pessoa HIV positiva. Estudos observaram que as pessoas com aids e sobrevida longa se exercitam metodicamente. No entanto, muitos outros fatores, além do exercício, podem explicar a capacidade de conviver com a aids. Lawrence RIGSBY (ele mesmo um paciente com aids) estudou os efeitos de um programa de exercício (três sessões de uma hora por semana de musculação e exercícios aeróbicos) em 37 pessoas infectadas pelo HIV, que variavam desde

assintomáticas até com aids manifesta. Os indivíduos foram aleatoriamente divididos em um grupo que foi submetido a um programa de exercício de 12 semanas e num grupo controle de aconselhamento. Embora a prática de exercício tenha apresentado o efeito esperado, melhorando tanto a aptidão muscular quanto a cardiorespiratória no grupo submetido ao programa de exercícios, não foram observadas alterações significativas na contagem de células CD4+ (NIEMAM, 1999).

A prática de exercícios supervisionada adequadamente não afeta de forma adversa os indivíduos infectados pelo HIV e as sugestões em vários estudos são de encorajar o paciente HIV+ a começar um programa de exercícios preferivelmente nas fases iniciais da infecção. Para o paciente com aids a recomendação é de exercícios aeróbicos moderados. Há evidências de que a prática de exercícios resistidos progressivos por pessoas infectadas tenha efeito na melhora da função muscular e no aumento da massa muscular (SPENCE et al. , 1990).

Durante a evolução da aids, os pacientes freqüentemente perdem quantidades substanciais de peso corporal e massa muscular. Os investigadores demonstraram que o treinamento com pesos pode auxiliar no retardamento da síndrome consumptiva (NIEMAN, 1999) e o exercício físico pode levar ao ganho de peso nos pacientes que desenvolveram a síndrome (ROUBENOFF, 1999).

O estudo de ROUBENOFF (1999) mostrou que o treino de uma combinação de exercícios resistidos progressivos mais exercícios aeróbicos pode reduzir a gordura localizada no tronco de homens HIV positivos, que apresentavam lipodistrofia. Sendo que o estresse provocado pelo exercício pode somar-se à supressão do sistema imunológico, é prudente quantificar os exercícios a serem aplicados às pessoas infectadas pelo HIV (BIRK, 1998).

A atividade física pode ter um impacto muito significativo em vários fatores que conduzem à uma boa saúde. Segundo STRINGER (2001) e LAPERRIERE et al., (1997), alguns dos benefícios notados são o aumento da capacidade aeróbica; aumento dos índices da função imunológica; manutenção ou ganho de massa/peso corporal; melhora do humor (reduzindo sintomas depressivos) e melhora na qualidade de vida dos pacientes.

2 OBJETIVOS

- 1) Documentar e descrever os graus e os tipos de incapacidades físicas e funcionais encontrados em pessoas com aids.
- 2) Relacionar a incapacidade com as características clínicas, epidemiológicas e imunológicas.

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

Este estudo teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná em 29 de maio de 2001 (Anexo 1), estando registrado no Banco de Pesquisas da UFPR (BANPESQ) sob o número 2001009042/2001 (15/05/2001). Todos os pacientes concordaram em participar do estudo, assinando o termo de consentimento (Anexo 2).

3.1 CASUÍSTICA

Foram avaliados pacientes internados nas unidades de Infectologia, Clínica Médica e Neurologia no Hospital de Clínicas da UFPR no período de maio de 2001 a julho de 2002, com diagnóstico de aids de acordo com os critérios utilizados pelo CDC (CENTER, 1992.) (Anexo 3). A seleção dos pacientes se deu de forma aleatória; todos os pacientes foram avaliados pelo mesmo pesquisador e cada paciente foi avaliado uma única vez. Durante a realização da pesquisa a média do número de dias de internação foi 10 ($\pm 11,8$) dias, mediana de 6, variando de 1 a 87 dias.

3.1.1 Grupo de estudo

- Características epidemiológicas

O grupo de estudo foi formado por 120 pacientes sendo 78 (65%) homens e 42 (35%) mulheres. Com relação à raça, 107 (89%) eram brancos, 9 (8%), negros e 4 (3%), pardos. A idade média foi de 35 anos ($\pm 8,54$), mediana de 34, variando de 20 a 57 anos. A média dos anos de estudo foi de 6 anos ($\pm 3,36$), mediana de 6, variando de 0 a 15 anos; este dado não foi obtido em 28 pacientes (Apêndice 1).

Os comportamentos de risco mais citados foram sexo desprotegido em 48 (62%) e drogadição em 30 (39%). Havia história de transfusão sangüínea em 7 (8%) casos e 9 (10%) referiam ter tido múltiplos parceiros. Em 13 (17%) casos havia mais de um fator de risco envolvido. Este dado foi não foi obtido em 43 (36%) pacientes (Apêndice 2).

Com relação ao trabalho, a categoria mais citada foi serviço braçal pesado em 58 (48%) pacientes, técnico leve em 39 (33%), do lar em 11 (9%), desempregados em 6 (5%), serviços burocráticos em 4 (3%), profissão de risco em 2 (2%) (Apêndice 3).

- Características clínicas da infecção pelo HIV

Quanto ao motivo da internação, 62 (52%) pacientes internaram-se por apresentar problemas no sistema respiratório; 53 (44%), no sistema gastro-intestinal; 42 (35%), no sistema nervoso; 24 (20%), no sistema hemato-linfático; 14 (12%), no sistema gênito-urinário; 12 (10%), em pele e anexos; 6 (5%), no sistema óculo-auditivo; 2 (2%), no sistema cárdio-vascular e 38 (32%), problemas sistêmicos. Oitenta e sete (72%) dos pacientes tiveram mais de um sistema envolvido na causa do internamento e 12 (10%) internaram com comprometimento exclusivo do sistema nervoso (Apêndice 4).

Quanto à abertura do quadro de aids entre todos os pacientes avaliados, 52 (43%) abriram o quadro de aids com envolvimento do sistema respiratório; 35 (29%) do sistema hemato-linfático sendo que 19 (16%) apresentavam apenas características de imunossupressão; 33 (28%) do sistema nervoso; 27 (23%) do sistema gastro intestinal; 11(9%) causas sistêmicas; 6 (5%) pele e anexos, 4 (3%) ocular-auditivo, 3 (3%) sistema genito-urinário e 1 (1%) do sistema cardio-vascular. No total, 35 pacientes (29%) abriram o quadro com mais de um sistema envolvido e 25 (21%) com comprometimento unicamente do sistema nervoso. Entre os 120 pacientes avaliados, 35 (29%) tiveram a abertura do quadro de aids nesta internação (Apêndice 5). Os dados clínicos e imunológicos estão indicados na tabela 1 (Apêndice 6).

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E IMUNOLÓGICAS DO GRUPO DE ESTUDO

	Média	Mediana	Desvio Padrão	n
Tempo (meses) diagnóstico HIV+	36,90	24	41,40	120
Tempo (meses) diagnóstico AIDS	11,60	1	19,70	120
Carga Viral c/ml *	335,65	140,00	491,77	34
CD4+/ μ l	74,57	51	84,90	119
CD8+ / μ l	493,00	412	458,70	101
CD4+/CD8+	0,20	0,1	0,31	102

* Carga viral com data dos últimos 3 meses

3.2 MÉTODOS

A avaliação consistiu em entrevista com o paciente, exame retrospectivo do prontuário, aplicação de escalas de medição da capacidade física e independência funcional, bem como exame físico específico.

3.2.1 Avaliação clínica

Na entrevista o paciente foi questionado sobre a presença de qualquer dificuldade física e suas características como início, intensidade e relação com outros fatores como dificuldades nas AVDs ou trabalho (Protocolo - Apêndice 7).

- Exame Físico

O exame físico consistiu na mensuração da força muscular de alguns músculos ou grupos musculares específicos: membros superiores – deltóide, bíceps, tríceps e flexores palmares; membros inferiores – íleo-psoas, quadríceps, posteriores da coxa e flexores plantares. O exame foi realizado com o paciente sentado. A avaliação da força muscular foi feita considerando:

Grau 0 – ausência de contração muscular

Grau I – vestígio de contração, sem movimento aparente, ou a contração é perceptível apenas à palpação; não há movimento nas juntas (10%)

Grau II – movimento parcial do músculo no seu arco de movimento, desde que eliminada a ação da gravidade (25%)

Grau III – o músculo completa o arco total de movimento contra a gravidade (50%)

Grau IV – o músculo completa o arco total de movimento contra a gravidade e suportando vários graus de resistência (75%)

Grau V – o músculo completa o arco total de movimento contra a gravidade e suportando resistência máxima sem sinais de fadiga; este é o movimento ativo normal (100%) (DEJONG, 1967).

- Escalas de avaliação funcional

As escalas utilizadas foram a de Karnofsky (KARNOFSKY, 1948), aplicada em 120 pacientes, Escala de Rankin Modificada (RANKIN, 1957), aplicada em 120 pacientes, Índice de Barthel (MAHONEY; BARTHEL, 1965; ANDRE, 1999), aplicada em 120 pacientes e a “Medição da Independência Funcional” (MIF) (GRANGER; HAMILTON, 1987) aplicada em 85 pacientes.

QUADRO 1 – ESCALA DE KARNOFSKY PARA CLASSIFICAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA
(KARNOFSKY, 1948)

A . Capaz de desenvolver atividades normais; não é necessário nenhum cuidado especial. 100% Normal; sem queixas; sem evidência de doença 90% Capaz de desenvolver atividades normais; 80% Atividade normal com esforço
B . Incapacitado para trabalhar, capaz de viver em casa, necessita de ajuda para a maioria dos cuidados pessoais; quantidade variável de assistência é necessária. 70% Cuidados pessoais; incapaz de desenvolver atividades normais ou fazer um trabalho ativo 60% Requer assistência ocasional, mas é incapaz de cuidar da maioria de suas necessidades; 50% Requer assistência considerável e freqüentemente cuidados médicos;
C . Incapaz de se cuidar, necessita cuidados institucionais, a doença pode progredir rapidamente; 40% Incapaz, requer cuidados especiais e assistência; 30% Incapacidade importante; indicada hospitalização, porém não há perigo de morte iminente; 20% Muito doente; hospitalização está indicada; 10% Moribundo; processo fatal rapidamente progressivo 0% Morte

(Karnofsky et al., 1948)

QUADRO 2 – ESCALA DE RANKIN MODIFICADA (RANKIN, 1957; GRANT; O'BRIAN; DICK, 1999)

GRAU 0	Sem sintomas
GRAU I	Sem ou mínimo déficit neurológico; Capaz de realizar todas as atividades diárias sem assistência; Capaz de retornar as atividades prévias habituais.
GRAU II	Pouca dependência; Incapaz de voltar a todas as atividades prévias; Capaz de se manter sozinho sem necessidade de supervisão ou assistência diária.
GRAU III	Moderada dependência; Requer assistência mínima com supervisão diária (como para higiene e vestimenta); Capacidade de andar sozinho; Incapaz de ler ou comunicar-se claramente.
GRAU IV	Incapaz de andar sem assistência; Incapaz de se higienizar sem ajuda; Necessidade de 24 horas de supervisão
GRAU V	Severa incapacidade; Restrito ao leito; Incontinência; Necessidade de 24 horas de supervisão.

QUADRO 3 – ÍNDICE DE BARTHEL – ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (MAHONEY ;
BARTHEL ,1965; ANDRE, 1999)

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO	CRITÉRIOS
Alimentação	2	Independente
	1	Necessita de ajuda
	0	Dependente
Trato pessoal	1	Independente
	0	Dependente
Evacuação	2	Continente
	1	Acidente Ocasional
	0	Incontinente
Micção	2	Continente
	1	Acidente Ocasional
	0	Incontinente
Vestir	2	Independente
	1	Necessita de ajuda
	0	Dependente
Transferência cadeira cama	3	Independente
	2	Ajuda mínima
	1	Capaz de sentar
	0	Dependente
Toailete	2	Independente
	1	Necessita de ajuda
	0	Dependente
Mobilidade	3	Marcha Independente
	2	Ajuda mínima
	1	Independente na cadeira de rodas
	0	Imóvel
Escadas	2	Independente
	1	Necessita de ajuda
	0	Incapaz
Banho	1	Independente
	0	Dependente

Total (máximo 20)

QUADRO 4 - MEDIÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF) (GRANGER; HAMILTON, 1987)

Classificação	Item	Score
Autocuidado	A – Alimentação	
	B – Trato Pessoal	
	C – Banho	
	D – Vestuário (tronco sup.)	
	E – Vestuário (tronco inf.)	
	F – Higiene pessoal (wc)	
Controle de esfínteres	G – Controle do intestino	
	H – Controle da urina	
Mobilidade	I – Cama, Cadeira, cadeira de rodas	
	J – Vaso Sanitário	
	K – Ducha, banheira	
Locomoção	L – Anda ou usa cadeira de rodas	
	M – Escadas	
Comunicação	N – Compreensão	
	O – Expressão	
Cognição Social	P – Interação Social	
	Q – Resolução de problemas	
	R – Memória	

“The FIM^{MT} instrument. Copyright© 1997 Unifirm Data System for Medical Rehabilitation (UDSMR). All rights reserved. Used with permission of UDSMR, University at Buffalo, 232 Parker Hall, 3435 Main Street, Buffalo, NY 14214.” (Anexo 4)

Forma de Interpretação:

	Escore
Independência: Independência Completa (Tempo hábil e segurança)	7
Independência modificada (uso de órtese)	6
Dependência modificada: Supervisão	5
Assistência mínima (75%)	4
Assistência moderada (50%)	3
Dependência completa: Assistência Máxima (25%)	2
Assistência Total (0%)	1

3.2.2 Dados clínicos e imunológicos

Na consulta ao prontuário foram coletados dados clínicos e imunológicos como: níveis de linfócitos CD4+/ μ l, CD8+/ μ l, CD4+/CD8+ (LIFSON; ENGLEMAN, 1989), carga viral c/ml, log.carga viral c/ml, medicação, história médica, dados sobre a abertura do quadro de aids, causa do internamento, fator de risco da infecção do HIV e envolvimento neurológico. Os valores considerados normais para a contagem dos linfócitos CD8 foram entre 255 μ l a 1540 μ l (CDC- 1997).

3.3 MÉTODO ESTATÍSTICO

Para avaliação dos resultados da escala de Karnofsky e suas correlações foi feita a separação de dois grupos: até 70% (dependente ou parcialmente dependente) e acima de 70% (independente). Para análise da Escala de Rankin foram agrupados os graus referentes à independência (0 e I) e no outro grupo de II a V (dependente ou parcialmente dependente). No Índice de Barthel foram divididos dois grupos sendo um para independência e o outro para dependência e necessita de ajuda. Para avaliação da escala MIF foram agrupados os considerados independentes (escore seis e sete) e os dependentes ou parcialmente dependentes (escore um a cinco).

Quando da comparação de dois grupos de classificação em relação à escala de avaliação, no caso de variáveis quantitativas adotou-se o teste de diferença de médias t de Student levando-se em consideração a homogeneidade ou não das variâncias. Para a variável log.carga viral, adotou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Para as variáveis qualitativas (dicotômicas), testou-se a hipótese nula de que a proporção de casos de independência é igual nas duas classificações da variável sob a análise, versus a hipótese alternativa de proporções diferentes. Para tanto, adotou-se o teste Exato de Fisher. Em todos considerou-se o nível de significância de 0,05 (5%), assinalando-se com um asterisco (*) os valores significantes.

4 RESULTADOS

4.1 AVALIAÇÃO CLÍNICA

Dos 120 pacientes avaliados, 102 (85%) referiam ter sua atividade física prejudicada, 12 (20%) não tinham queixas e 6 (5%) não informavam. A queixa de diferentes graus de fraqueza era comum a 84 (70%) pacientes (Apêndice 8). Entre os que referiam fraqueza foram identificados três graus, que seriam: 47 (50%) referem fazer todas as suas atividades, mas num ritmo mais lento, 31 (42%) percebem a fraqueza somente aos grandes esforços e 6 (8%) referem muita fraqueza, precisando ficar acamados.

Além da fraqueza, outras queixas estavam relacionadas à dificuldade na atividade física: dores corporais em 17 (17%) pacientes; parestesias em 15 (15%); tontura em 12 (12%); perda de movimento em 11 (11%); câimbras em 5 (5%); dificuldade de equilíbrio em 4 (4%); perda visual em 4 (4%) edema em 4 (4%); lesões de pele em 2 (2%); movimentos involuntários em 1 (1%) e ascite em 1 (1%) paciente (Apêndice 9).

Entre os 120 pacientes, 80 (67%) não estavam trabalhando sendo que 52 (43%) referiam ter deixado o trabalho devido à infecção pelo HIV. Entre os 52 que deixaram o trabalho devido à doença, 23 (44%) referiam a fraqueza como um dos principais motivos que os impedia de continuar trabalhando (Apêndice 10).

Cinquenta e cinco (46%) pacientes apresentavam queixas de incapacidade, relacionadas ao envolvimento neurológico. As queixas incluíam parestesias em 24 (44%) pacientes, cefaléia em 12 (22%), tontura em 9 (16%), dificuldade com equilíbrio em 7 (13%), convulsão em 6 (11%), desorientação em 4 (7%) e confusão mental em 4 (7%) (Apêndice 11).

A força muscular estava normal, grau V em todos os músculos testados, em 52 (43%) pacientes; e alterada, pelo menos um músculo graduado em valor menor que grau V, em 62 (52%) e 6 (5%) pacientes não colaboraram (Apêndice 12). Entre os 62 pacientes com a força muscular alterada, 42 (68%) referiam fraqueza e 35 (56%)

apresentavam queixas relacionadas ao envolvimento do sistema nervoso. Quanto às causas do internamento para este grupo, elas estão relacionadas ao sistema nervoso em 21 (34%), sistema respiratório em 19 (31%), gastro-intestinal em 15 (24%), síndrome consumptiva em 8 (13%) e outros em 4 (6%). Entre os pacientes com a força muscular alterada, 49 (79%) não trabalhavam por ocasião do internamento e 13 (21%) estavam trabalhando até adoecer e precisar internar. Dos 49 que já não trabalhavam, 28 (57%) referiam ter deixado a profissão devido à doença.

4.2 AVALIAÇÃO FUNCIONAL

4.2.1 Avaliação da capacidade física pela escala de Karnofsky

A avaliação da capacidade física pela escala de Karnofsky foi realizada em 120 pacientes. Nesta classificação o índice mais freqüente, encontrado em 63 (52%) pacientes, foi de 80% e equivale à capacidade para uma atividade normal, mas com esforço. A média na população avaliada foi de 70% ($\pm 0,19$), que equivale à incapacidade para desenvolver atividades normais ou fazer um trabalho ativo e capacidade para cuidados pessoais, mediana de 80%, variando de 10% a 90%. Por esta escala, 15 (13%) pacientes foram considerados dependentes (classificação abaixo de 40%), 23 (19%) parcialmente dependentes (50 a 70%) e 82 (68%) tiveram média igual ou acima de 80%, sendo considerados independentes (Apêndice 12).

Entre os 38 pacientes considerados dependentes e parcialmente dependentes a média foi de 36,6 anos ($\pm 7,17$) e entre os 82 considerados independentes, a média foi de 34,6 anos ($\pm 9,07$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a classificação de Karnofsky e idade ($p = 0,238$) ou sexo. Também não houve diferença significativa com o tempo, em meses, de infecção pelo HIV e o tempo, em meses, do diagnóstico de aids (tabela 2).

TABELA 2 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA KARNOFSKY E CARACTERÍSTICAS IMUNOLÓGICAS DO PACIENTE E DA AIDS

VARIÁVEL	Dependentes			Independentes			p
	n	Média	DP	n	Média	DP	
Carga Viral c/ml	10	425018,00	529309,77	18	286015,00	477985,03	
Log.carga viral c/ml	10	4,73	1,49	18	4,86	0,89	0,810
CD4+/ μ l	37	68,20	58,46	82	77,45	94,63	0,516
CD8+/ μ l	30	610,10	663,67	71	444,28	331,39	0,201
CD4+/CD8+	31	0,20	0,24	71	0,21	0,34	0,858
Meses HIV	38	40,45	47,61	82	35,38	38,43	0,535
Meses aids	38	8,50	16,53	82	13,11	20,94	0,234

Não foram encontradas diferenças significativas entre a capacidade física classificada pela escala de Karnofsky e os valores absolutos do log.carga viral c/ml, linfócitos CD4+/ μ l, CD8+/ μ l, e relação CD4+/CD8+. Também não houve diferença estatisticamente significativa com os níveis de linfócitos CD4+/ μ l, CD8+/ μ l e relação CD4+/CD8+ (tabelas 3, 4 e 5).

TABELA 3 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE KARNOFSKY E NÍVEIS DE LINFÓCITOS CD4+/ μ L, CD8+/ μ L E RELAÇÃO CD4+/CD8+

	CD4+/ μ l ³						CD8+/ μ l ²				CD4+/CD8+ ³			
	≤ 100		100 a 200		>200		Normal		Alterado		< 1		≥ 1	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DEP	25	45,45	10	45,45	2	25,00	22	28,21	8	34,78	30	30,30	1	33,33
IND	64	71,91	12	54,55	6	75,00	56	71,79	15	62,22	69	79,70	2	66,67
Total	89		23		8		78		23		99		3	

1 - p = 0,25

2 - p = 0,60

3 - p = 0,97

DEP = Dependentes

IND = Independentes

Não foram encontradas diferenças significativas entre a capacidade física classificada pela escala de Karnofsky e a presença de um ou mais sistemas ou especificamente do sistema nervoso na abertura do quadro de aids (tabelas 4 e 5).

TABELA 4 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE KARNOFSKY E O ENVOLVIMENTO DE UM OU MAIS SISTEMAS NA ABERTURA DO QUADRO DE AIDS

	Abertura do quadro de aids	
	1 sistema	Mais de 1
Dependentes	26 30,59%	12 34,29%
Independentes	59 69,41%	23 65,71%
Total	85	35

p = 0,829

TABELA 5 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE KARNOFSKY E O ENVOLVIMENTO DO SISTEMA NERVOSO NA ABERTURA DO QUADRO DE AIDS

	Sistema nervoso envolvido	
	Não	Sim
Dependentes	26 30,23%	12 35,29%
Independentes	60 69,77%	22 64,71%
Total	86	34

p = 0,664

Não foram encontradas diferenças significativas entre a capacidade física classificada pela escala de Karnofsky e a presença de um ou mais sistemas envolvidos ou especificamente do sistema nervoso como causa do internamento (tabelas 6 e 7).

TABELA 6 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE KARNOFSKY E O ENVOLVIMENTO DE UM OU MAIS SISTEMAS AO INTERNAR

	Sistemas envolvidos ao internar	
	Um	Mais de um
Dependentes	11 33,33%	27 31,03%
Independentes	22 66,67%	60 68,97%
Total	33	87

p = 0,828

TABELA 7 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE KARNOFKY E O ENVOLVIMENTO DO SISTEMA NERVOSO AO INTERNAR

	Sistema nervoso envolvido	
	Não	Sim
Dependentes	20 26,67%	18 40,00%
Independentes	55 73,33%	27 60,00%
Total	75	45

p = 0,157

Com relação à presença de alteração na força muscular, o grupo com a força muscular alterada apresentou, segundo a classificação de Karnofsky, uma porcentagem de dependência maior (46,77%) do que o grupo com a força muscular normal (5,77%), e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) (tabela 8).

TABELA 8 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE KARNOFKY E A PRESENÇA DE ALTERAÇÃO NA FORÇA MUSCULAR

	Força Muscular	
	Normal	Alterada
Dependente	3 5,77%	29 46,77%
Independentes	49 94,23%	33 53,33%
Total	52	62

p < 0,0001 *

Não houve diferença estatisticamente significativa entre a capacidade física classificada pela escala de Karnofsky e a queixa de envolvimento neurológico (tabela 9)

TABELA 9 – RELAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE KARNOFSKY E A QUEIXA DE ENVOLVIMENTO NEUROLÓGICO

	Envolvimento Neurológico	
	Não	Sim
Dependentes	16 26,67%	16 29,63%
Independentes	44 73,33%	38 70,37%
Total	60	54

p = 0,835

Não foram encontradas diferenças significativas entre a capacidade física classificada pela escala de Karnofsky e a presença de fraqueza ou em relação aos diferentes graus de fraqueza (tabelas 10 e 11).

TABELA 10 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE KARNOFSKY E A QUEIXA DE FRAQUEZA

	Fraqueza	
	Não	Sim
Dependentes	7 23,33%	25 29,76%
Independentes	23 76,67%	59 70,24%
Total	30	84

p = 0,637

TABELA 11 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE KARNOFSKY E OS GRAUS DE FRAQUEZA

	Graus de Fraqueza		
	Aos grandes esforços	Ritmo mais lento	Muita fraqueza
Dependentes	6 19,35%	13 27,66%	6 100,00%
Independentes	25 80,65%	34 72,34%	0 00,00%
Total	31	47	6

p = 0,140

Pela classificação de Karnofsky, a porcentagem de independência entre os pacientes que trabalham foi maior (86,67%) do que entre os que não trabalham (62,22%), sendo a diferença estatisticamente significativa (p = 0,01) (tabela 12).

TABELA 12 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE KARNOFSKY E O TRABALHO.

	Trabalha	
	Não	Sim
Dependentes	34 37,78%	4 13,33%
Independentes	56 62,22%	26 86,67%
Total	90	30

p = 0,013 *

Não foram encontradas diferenças significativas entre a capacidade física avaliada pela escala de Karnofsky e a atuação em trabalho pesado ou com o fato de ter deixado o trabalho devido à infecção pelo HIV (tabelas 13 e 14).

TABELA 13 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE KARNOFSKY E A ATUAÇÃO OU NÃO EM TRABALHO PESADO

	Trabalho Pesado	
	Não	Sim
Dependentes	20 39,22%	18 26,09%
Independentes	31 60,78%	51 73,91%
Total	51	69

p = 0,164

TABELA 14 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE KARNOFSKY E O FATO DE TER DEIXADO O TRABALHO DEVIDO À INFECÇÃO PELO HIV

	Deixou o trabalho devido à doença	
	Não	Sim
Dependentes	18 26,47%	20 38,46%
Independentes	50 73,53%	32 61,54%
Total	68	52

p = 0,172

4.2.2 Avaliação da capacidade física pela escala de Rankin modificada

A avaliação pela escala de Rankin modificada foi realizada em 120 pacientes. Nenhum deles se apresentou sem sintomas (grau 0); 33 (28%) foram classificados como grau I, sendo independentes e podendo voltar às atividades prévias; 59 (49%) foram classificados como grau II, capazes para o autocuidado, mas incapazes para voltar às atividades normais ou exercer um trabalho ativo. Treze (11%) pacientes requeriam assistência mínima apresentando dependência moderada, classificados como grau III; 11 (9%) pacientes necessitavam de ajuda para andar e outras AVDs sendo classificados como grau IV, e quatro (3%) pacientes foram classificados como grau V, por apresentarem severa incapacidade estando restritos ao leito, necessitando supervisão constante (Apêndice 12).

Entre os 87 pacientes considerados dependentes por esta escala, a média de idade foi de 35,7 anos ($\pm 8,80$) e entre os 33 considerados independentes, a média foi 34 anos ($\pm 7,78$). Não houve diferença significativa entre a capacidade física avaliada pela escala de Rankin modificada e idade ($p = 0,325$), sexo e tempo, em meses, do diagnóstico da infecção pelo HIV. A média do número de meses do diagnóstico de aids entre os pacientes dependentes foi maior (14,38 meses, $\pm 21,95$) do que a média entre os pacientes independentes (4,45 meses, $\pm 8,64$), e esta diferença foi significativa ($p = 0,0005$).

TABELA 15 . RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE RANKIN MODIFICADA E CARACTERÍSTICAS IMUNOLÓGICAS E DA AIDS

Variável	Dependentes			Independentes			P
	n	Média	DP	n	Média	DP	
Carga viral c/ml	21	338344,76	402721,98	7	327601,43	739978,62	
Log.carga viral c/ml	21	4,87	1,20	7	4,66	0,88	0,410
CD4+/ μ l	86	65,85	68,58	33	97,30	115,53	0,149
CD8+/ μ l	70	484,36	503,37	31	514,26	343,42	0,729
CD4+/CD8+	71	0,22	0,36	31	0,17	0,14	0,284
Meses HIV	87	38,40	41,04	33	33,24	42,82	0,544
Meses AIDS	87	14,38	21,95	33	4,45	8,64	0,0005 *

* $P \leq 0,05$

Não foram evidenciadas diferenças significativas entre a capacidade física classificada pela escala de Rankin e os valores absolutos do log.carga viral c/ml, linfócitos CD4+/µl, CD8+/µl e relação CD4+/CD8+. Também não houve diferença significativa com os níveis de linfócitos CD4+/µl e relação CD4+/CD8+.

Pela classificação da capacidade física pela escala de Rankin modificada, observou-se que entre os pacientes que apresentavam o nível dos linfócitos CD8/µl normal a porcentagem de independência foi maior (35,90%) do que entre os que apresentavam níveis alterados (13,04%), e esta diferença foi significativa ($p = 0,04$) (tabela 16).

TABELA 16 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE RANKIN MODIFICADA E OS NÍVEIS DE LINFÓCITOS CD4+/µL, CD8/µL E CD4+/CD8+

	CD4+/µl ¹						CD8+/µl ²				CD4+/CD8+ ³			
	≤ 100		101 a 200		≥ 200		Normal		Alterado		< 1		≥ 1	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DEP	65	73,03	16	72,73	5	62,50	50	64,10	20	86,96	68	68,69	3	100,00
IND	24	26,97	6	27,27	3	37,50	28	35,90	3	13,04	31	31,31	0	0,00
Total	89		22		8		78		23		99		3	

1 - $p = 0,814$

2 - $p = 0,041$ *

3 - $p = 0,551$

DEP = Dependentes

IND = Independentes

* $p \leq 0,05$

Na avaliação da capacidade física pela escala de Rankin modificada, os pacientes que abriram o quadro de aids com o envolvimento de um sistema tiveram uma porcentagem de independência maior (34,12%) do que os pacientes que abriram com o envolvimento de mais de um sistemas (11,43%), e esta diferença foi significativa ($p = 0,01$) (tabela 17).

TABELA 17 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE RANKIN MODIFICADA E O ENVOLVIMENTO DE UM OU MAIS SISTEMAS NA ABERTURA DO QUADRO DE AIDS

	Abertura do quadro de aids	
	1 sistema	mais de 1
Dependentes	56 65,88%	31 88,57%
Independentes	29 34,12%	4 11,43%
Total	85	35

p = 0,013 *

Não foram encontradas diferenças significativas entre a capacidade física classificada pela escala de Rankin modificada e o envolvimento do sistema nervoso na abertura do quadro de aids ou na causa do internamento. Também não foi evidenciada diferença significativa com o envolvimento de um ou mais sistemas na causa do internamento (tabelas 18 a 20).

TABELA 18 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE RANKIN MODIFICADA E O ENVOLVIMENTO DO SISTEMA NERVOSO NA ABERTURA DO QUADRO DE AIDS

	sistema nervoso envolvido	
	Não	Sim
Dependentes	64 74,42%	23 67,65%
Independentes	22 25,58%	11 32,35%
Total	86	34

p = 0,499

TABELA 19 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE RANKIN MODIFICADA E A PRESENÇA DE UM OU MAIS SISTEMAS ENVOLVIDOS AO INTERNAR

	Sistemas envolvidos ao internar	
	Um	Mais de um
Dependentes	22 66,67%	65 74,71%
Independentes	11 33,33%	22 25,29%
Total	33	87

p = 0,492

TABELA 20 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE RANKIN MODIFICADA E O ENVOLVIMENTO DO SISTEMA NERVOSO AO INTERNAR

	sistema nervoso envolvido	
	Não	Sim
Dependentes	54 72,00%	33 73,33%
Independentes	21 28,00%	12 26,67%
Total	75	45

p = 1,000

Com relação à presença de alteração na força muscular, segundo a avaliação da capacidade física pela escala de Rankin modificada, os pacientes com força muscular normal apresentavam uma porcentagem maior de independência (44,23%) do que os pacientes que apresentavam a força muscular alterada (16,13%), e esta diferença foi significativa (p = 0,001) (tabela 21).

TABELA 21– RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE RANKIN MODIFICADA E A PRESENÇA DE ALTERAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR

	Força Muscular	
	Normal	Alterada
Dependentes	29 55,77%	52 83,87%
Independentes	23 44,23%	10 16,13%
Total	52	62

p = 0,001 *

Na avaliação da capacidade física pela escala de Rankin modificada, os pacientes com queixas de envolvimento neurológico apresentavam uma porcentagem maior de dependência (81,48%) do que os pacientes sem envolvimento neurológico (61,67%), e esta diferença foi significativa (p = 0,02) (tabelas 22).

TABELA 22 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE RANKIN MODIFICADA E A QUEIXA DE ENVOLVIMENTO NEUROLÓGICO

	Envolvimento Neurológico	
	Não	Sim
Dependentes	37 61,67%	44 81,48%
Independentes	23 38,33%	10 18,52%
Total	60	54

p = 0,023 *

Com relação à queixa de fraqueza, segundo a avaliação da capacidade física pela escala de Rankin modificada, entre os pacientes que apresentavam queixa de fraqueza a porcentagem de dependentes foi maior (77,38%) do que entre os que não tinham esta queixa (53,33%), e esta diferença foi significativa (p = 0,01) (tabela 23).

TABELA 23 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE RANKIN MODIFICADA E A QUEIXA DE FRAQUEZA

	Fraqueza	
	Não	Sim
Dependentes	16 53,33%	65 77,38%
Independentes	14 46,67%	19 22,62%
Total	30	84

p = 0,018 *

Não foi encontrada diferença significativa entre a capacidade física classificada pela escala de Rankin modificada e os diferentes graus de fraqueza (tabela 24).

TABELA 24 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE RANKIN MODIFICADA E OS GRAUS DE FRAQUEZA

	Graus de Fraqueza		
	Aos grandes esforços	Ritmo mais lento	Muita fraqueza
Dependentes	22 70,97%	37 78,72%	6 100,00%
Independentes	9 29,03%	10 21,28%	0 0,00%
Total	31	47	6

p = 0,294

Na avaliação da capacidade física pela escala de Rankin observou-se que entre os que trabalham a porcentagem de independentes foi maior (46,67%) do que entre os que não trabalham (21,22%), e esta diferença foi significativa ($p = 0,009$) (tabelas 25). Não foram encontradas diferenças significativas entre a capacidade física classificada pela escala de Rankin modificada e o trabalho pesado ou em relação ao fato de ter deixado o trabalho devido à infecção pelo HIV (tabelas 26 a 27).

TABELA 25 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE RANKIN MODIFICADA E O TRABALHO.

	Trabalha	
	Não	Sim
Dependentes	71	16
	78,89%	53,33%
Independentes	19	14
	21,11%	46,67%
Total	90	30

$p = 0,009 *$

TABELA 26 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE RANKIN MODIFICADA E A ATUAÇÃO EM TRABALHO PESADO

	Trabalho Pesado	
	Não	Sim
Dependentes	37	50
	72,55%	72,46%
Independentes	14	19
	27,45%	27,54%
Total	51	69

$p = 1,000$

TABELA 27 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PELA ESCALA DE RANKIN MODIFICADA E O FATO DE TER DEIXADO O TRABALHO DEVIDO À INFECÇÃO PELO HIV

	Deixou o trabalho devido à doença	
	Não	Sim
Dependentes	46	41
	67,65%	78,85%
Independentes	22	11
	32,35%	21,15%
Total	68	52

$p = 0,217$

4.2.3 Avaliação Funcional pelo Índice de Barthel

A avaliação da capacidade funcional pelo índice de Barthel foi aplicada em 120 pacientes. De acordo com este índice, 67 (56%) pacientes foram considerados independentes (Escore 20). Quarenta e um (34%) pacientes foram considerados parcialmente dependentes sendo que desses 32 (78%) obtiveram escores entre 15 e 19, e 9 (22%) entre 11 e 14. Doze (10%) pacientes foram considerados dependentes, sendo que desses 2 (17%) obtiveram escores entre seis e 10, e 10 (83%) entre 0 e 5. Os pacientes considerados independentes pelo índice de Barthel apresentaram graus I e II pela escala de Rankin modificada, os parcialmente dependentes variaram entre I e IV, e os considerados dependentes obtiveram graus IV e V (Apêndice 12).

Os itens de maior dificuldade foram os relacionados à mobilidade e que requerem maior esforço físico (tabela 28).

TABELA 28 - DIFICULDADES ESPECÍFICAS AVALIADAS PELO ÍNDICE DE BARTHEL
DIFICULDADES ESPECÍFICAS

	Independentes		Dependentes	
	n	%	n	%
Mobilidade	81	67	39	33
Escadas	81	67	39	33
Transferências	90	75	30	25
Vestir	94	78	26	22
Micção	100	83	20	17
Toalete	100	83	20	17
Trato pessoal	110	92	10	8
Banho	101	84	19	16
Evacuação	102	85	18	15
Alimentação	102	85	18	15

Não houve diferença estatisticamente significativa entre a capacidade funcional avaliada pelo índice de Barthel e idade e sexo. Também não houve diferença significativa em relação ao número de meses de infecção e ao número de meses de doença (tabelas 29 e 30).

TABELA 29 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E O TEMPO, EM MESES, DE INFECÇÃO PELO HIV

	NÚMERO DE MESES COM DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO						p
	Dependentes			Independentes			
	n	Média	DP	n	Média	DP	
Alimentação	18	46,50	47,75	102	35,30	40,23	0,292
Trato pessoal	10	36,10	38,22	110	37,06	41,86	0,944
Evacuação	18	46,28	40,66	102	35,34	41,53	0,303
Micção	20	31,50	41,47	100	38,08	41,54	0,519
Vestir	26	45,88	53,58	94	34,52	37,35	0,317
Transferências	34	41,79	48,50	86	35,08	38,41	0,426
Toailete	20	44,70	54,38	100	35,44	38,47	0,475
Mobilidade	39	41,46	46,23	81	34,83	39,02	0,413
Escadas	43	37,98	39,80	77	36,43	42,54	0,845
Banho	19	38,89	48,81	101	36,62	40,15	0,827

TABELA 30 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E O TEMPO, EM MESES, DE DOENÇA

	NÚMERO DE MESES COM DIAGNÓSTICO DE AIDS						p
	Dependentes			Independentes			
	n	Média	DP	n	Média	DP	
Alimentação	18	7,72	10,76	102	12,34	20,84	0,164
Trato pessoal	10	7,40	12,50	110	12,04	20,22	0,478
Evacuação	18	13,44	22,80	102	11,33	19,21	0,677
Micção	20	8,50	20,43	100	12,28	19,60	0,435
Vestir	26	10,27	19,14	94	12,03	19,93	0,688
Transferências	34	10,50	18,09	86	12,10	20,38	0,689
Toailete	20	10,15	20,96	100	11,95	19,53	0,710
Mobilidade	39	9,28	17,16	81	12,79	20,81	0,363
Escadas	43	12,35	17,76	77	11,26	20,80	0,772
Banho	19	8,11	11,33	101	12,32	20,88	0,212

Com relação aos pacientes considerados dependentes para vestuário ou para o uso do toailete, a média do log.carga viral c/ml foi maior (5,88 c/ml) do que a média dos considerados independentes para estas atividades (4,64 c/ml), e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,01$). A média do log.carga viral c/ml dos pacientes considerados dependentes para banho (5,84 c/ml) foi maior do que a média dos considerados independentes (4,69 c/ml), e esta diferença foi significativa ($p = 0,04$) (tabela 31).

TABELA 31 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E O VALOR DO LOG.CARGA VIRAL.

	LOG.CARGA VIRAL c/ml						p
	Dependentes			Independentes			
	n	Média	DP	n	Média	DP	
Alimentação	3	4,79	1,91	25	4,82	1,05	0,738
Trato pessoal	1	6,20	0,00	27	4,76	1,10	-
Evacuação	5	5,00	1,77	23	4,77	0,97	0,218
Micção	4	5,55	0,89	24	4,69	1,12	0,076
Vestir	4	5,88	0,28	24	4,64	1,11	0,012 *
Transferências	8	4,86	1,64	20	4,80	0,88	0,309
Toalete	4	5,88	0,28	24	4,64	1,11	0,012 *
Mobilidade	9	4,77	1,56	19	4,83	0,89	0,605
Escadas	10	4,93	1,45	18	4,75	0,92	0,337
Banho	3	5,84	0,33	25	4,69	1,12	0,049 *

* p ≤ 0,05

Na avaliação da capacidade funcional pelo índice de Barthel a média do CD4+/ μ l dos pacientes apresentando independência para utilizar escada foi maior (84,06/ μ l) do que a dos considerados dependentes (57,17/ μ l), e esta diferença foi estatisticamente significativa (p = 0,05) (tabela 32).

TABELA 32 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E O VALOR DO CD4+/ μ L

	VALOR DO CD4+/ μ l						p
	Dependentes			Independentes			
	n	Média	DP	n	Média	DP	
Alimentação	18	68,92	48,38	101	75,48	90,01	0,648
Trato pessoal	10	56,55	43,14	109	76,23	87,68	0,236
Evacuação	17	59,03	61,91	102	77,16	88,13	0,417
Micção	19	61,32	42,45	100	77,09	90,69	0,240
Vestir	25	55,30	46,26	94	79,70	92,02	0,069
Transferências	33	65,65	52,55	86	78,00	94,47	0,369
Toalete	19	56,59	47,29	100	77,99	90,06	0,135
Mobilidade	38	66,06	55,24	81	78,57	95,76	0,370
Escadas	42	57,17	50,22	77	84,06	97,84	0,050 *
Banho	18	60,36	49,51	101	77,11	89,70	0,261

* p ≤ 0,05

Não houve diferença estatisticamente significativa entre a capacidade funcional avaliada pelo índice de Barthel e os níveis de CD4+/ μ l (tabela 33).

TABELA 33 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E OS NÍVEIS DE CD4+/ μ L

	CD4+/ μ l												p
	ATÉ 100				DE 101 A 200				MAIS DE 200				
	Dependentes		Independentes		Dependentes		Independentes		Dependentes		Independentes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimentação	12	13,48	77	86,52	6	27,27	16	72,73	0	0,00	8	100,00	0,338
Trato Pessoal	8	8,99	81	91,01	2	8,99	20	90,91	0	0,00	8	100,00	1,000
Evacuação	13	14,61	76	85,39	3	13,64	19	86,36	1	12,50	7	87,50	1,000
Micção	15	16,85	74	83,15	4	18,18	18	81,82	0	0,00	8	100,00	0,778
Vestir	20	22,47	69	77,53	5	22,73	17	77,27	0	0,00	8	100,00	0,609
Transferências	24	26,97	65	73,03	8	36,36	14	63,64	1	12,50	7	87,50	0,814
Toalete	15	16,85	74	83,15	4	18,18	18	81,82	0	0,00	8	100,00	0,778
Mobilidade	28	31,46	61	68,54	9	40,91	13	59,09	1	12,50	7	87,50	0,825
Escada	33	37,08	56	62,92	8	36,36	14	63,64	1	12,50	7	87,50	0,517
Banho	13	14,61	76	85,39	5	22,73	17	77,27	0	0,00	8	100,00	0,773

Não houve diferença significativa entre a capacidade funcional avaliada pelo índice de Barthel e o valor absoluto ou os níveis de níveis de CD8+/ μ l (tabelas 34 e 35).

TABELA 34 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E O VALOR DO CD8+/ μ l

	VALOR DO CD8+/ μ l						p
	Dependentes			Independentes			
	n	Média	DP	n	Média	DP	
Alimentação	14	535,07	391,36	87	486,85	470,30	0,717
Trato pessoal	8	515,38	355,24	93	491,66	468,24	0,889
Evacuação	14	475,57	346,94	87	496,43	475,82	0,875
Micção	15	525,13	332,91	86	488,02	478,62	0,774
Vestir	21	461,10	336,03	80	502,05	487,23	0,717
Transferências	27	586,52	691,00	74	459,61	337,35	0,367
Toalete	15	469,07	381,35	86	497,80	472,71	0,824
Mobilidade	38	66,06	55,24	81	78,57	95,76	0,379
Escadas	35	542,29	627,01	66	467,68	340,73	0,516
Banho	15	550,67	378,53	86	483,57	472,50	0,603

TABELA 35 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E OS NÍVEIS DE CD8+/ μ l

	CD8+/ μ l								p
	NORMAL				ALTERADO				
	Dependentes		Independentes		Dependentes		Independentes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimentação	10	12,82	68	87,18	4	17,39	19	82,61	0,731
Trato pessoal	6	7,69	72	92,31	2	8,70	21	91,30	0,985
Evacuação	10	12,82	68	87,18	4	17,39	19	82,61	0,731
Micção	13	16,67	65	83,33	2	8,70	21	91,30	0,510
Vestir	16	20,51	62	79,49	5	21,74	18	78,26	0,999
Transferências	20	25,64	58	74,36	7	30,43	16	69,57	0,789
Toalete	11	14,10	67	85,90	4	17,39	19	82,61	0,740
Mobilidade	25	32,05	53	67,95	6	26,09	17	73,91	0,797
Escada	25	32,05	53	67,95	10	43,48	13	56,52	0,328
Banho	12	15,38	66	84,62	3	13,04	20	86,96	1,000

Pela avaliação da capacidade funcional pelo índice de Barthel observou-se que a média do valor da relação CD4+/CD8+ nos pacientes apresentando independência para o trato pessoal foi maior (0,22) do que a média entre os pacientes apresentando dependência (0,11), e esta diferença foi significativa ($p = 0,01$) (tabela 36). Não houve diferença estatisticamente significativa entre a capacidade funcional avaliada pelo índice de Barthel e os níveis da relação CD4+/CD8+ (tabela 37).

TABELA 36 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E O VALOR ABSOLUTO DA RELAÇÃO CD4+/CD8+

	RELAÇÃO CD4+/CD8+						p
	Dependentes			Independentes			
	n	Média	DP	n	Média	DP	
Alimentação	14	0,19	0,18	88	0,21	0,33	0,798
Trato pessoal	8	0,11	0,07	94	0,22	0,32	0,017 *
Evacuação	14	0,25	0,52	88	0,20	0,27	0,745
Micção	16	0,14	0,10	86	0,22	0,34	0,085
Vestir	21	0,17	0,17	81	0,22	0,34	0,439
Transferências	28	0,24	0,39	74	0,19	0,28	0,535
Toalete	15	0,19	0,18	87	0,21	0,33	0,688
Mobilidade	33	0,18	0,19	69	0,22	0,36	0,481
Escadas	36	0,21	0,35	66	0,21	0,30	0,940
Banho	15	0,14	0,11	87	0,22	0,34	0,080

* $p \leq 0,05$

TABELA 37 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E OS NÍVEIS DA RELAÇÃO CD4+/CD8+

	RELAÇÃO CD4+/CD8+								p
	< 1				≥ 1				
	Dependentes		Independentes		Dependentes		Independentes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimentação	14	14,14	85	85,86	0	0,00	3	100,00	1,000
Trato Pessoal	8	8,08	91	91,92	0	0,00	3	100,00	1,000
Evacuação	13	13,13	86	86,875	1	33,33	2	66,675	0,358
Micção	16	16,16	83	83,84	0	0,00	3	100,00	1,000
Vestir	21	21,21	78	78,79	0	0,00	3	100,00	1,000
Transferências	27	27,27	72	72,73	1	33,33	2	66,67	0,980
Toailete	15	15,15	84	84,85	0	0,00	3	100,00	1,000
Mobilidade	33	33,33	66	66,67	0	0,00	3	100,00	0,549
Escada	35	35,35	64	64,65	1	33,33	2	66,67	1,000
Banho	15	15,15	84	84,85	0	0,00	3	100,00	1,000

Não houve diferença significativa entre a capacidade funcional avaliada pelo índice de Barthel e o envolvimento de um ou mais sistemas ou especificamente do sistema nervoso na abertura do quadro de aids (tabelas 38 e 39).

TABELA 38 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E O ENVOLVIMENTO DE UM OU MAIS SISTEMAS NA ABERTURA DO QUADRO DE AIDS

	ABERTURA DO QUADRO DE AIDS								p
	UM SISTEMA ENVOLVIDO				MAIS DE UM				
	Dependentes		Independentes		Dependentes		Independentes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimentação	12	14,12	73	85,88	6	17,14	29	82,86	0,779
Trato Pessoal	6	7,06	79	92,94	4	11,43	31	88,57	0,474
Evacuação	12	14,12	73	85,88	6	17,14	29	82,86	0,779
Micção	13	15,29	72	84,71	7	20,00	28	80,00	0,592
Vestir	15	17,65	70	82,35	11	31,43	24	68,57	0,141
Transferências	24	28,24	61	71,76	10	28,57	25	71,43	1,000
Toailete	12	14,12	73	85,88	8	22,86	27	77,14	0,284
Mobilidade	26	30,59	59	69,41	13	37,14	22	62,86	0,524
Escada	30	35,29	55	64,71	13	37,14	22	62,86	0,837
Banho	12	14,12	73	85,88	7	20,00	28	80,00	0,421

TABELA 39 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E O ENVOLVIMENTO DO SISTEMA NERVOSO NA ABERTURA DO QUADRO DE AIDS

	SIM				NÃO				p
	Dependentes		Independentes		Dependentes		Independentes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimentação	8	23,53	26	76,47	10	11,63	76	88,37	0,153
Trato Pessoal	4	11,76	30	88,24	6	93,02	80	93,24	0,466
Evacuação	5	14,71	29	85,29	13	15,12	73	84,88	1,000
Micção	8	23,53	26	76,47	12	13,95	74	86,05	0,276
Vestir	9	26,47	25	73,53	17	19,77	69	80,23	0,464
Transferências	11	32,35	23	67,65	23	26,74	63	73,26	0,653
Toalete	8	23,53	26	76,47	12	13,95	74	86,05	0,276
Mobilidade	11	32,35	23	67,65	28	32,56	58	67,44	1,000
Escada	12	35,29	22	64,71	31	36,05	55	63,95	1,000
Banho	6	17,65	28	82,35	13	15,12	73	84,88	0,783

Não houve diferença significativa entre a capacidade funcional avaliada pelo índice de Barthel e o envolvimento de um ou mais sistemas na causa do internamento (tabela 40).

TABELA 40 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E O ENVOLVIMENTO DE UM OU MAIS SISTEMAS AO INTERNAR

	SISTEMAS ENVOLVIDOS AO INTERNAR								p
	UM SISTEMA				MAIS DE UM				
	Dependentes		Independentes		Dependentes		Independentes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimentação	6	18,18	27	81,82	12	13,79	75	86,21	0,572
Trato pessoal	5	15,15	28	84,85	5	5,75	82	94,25	0,135
Evacuação	6	18,18	27	81,81	12	13,79	75	86,21	0,572
Micção	5	15,15	28	84,85	15	17,24	72	82,76	1,000
Vestir	6	18,18	27	81,82	20	22,99	67	77,01	0,629
Transferências	11	33,33	22	66,67	23	26,44	64	73,56	0,499
Toalete	5	15,15	28	84,85	15	17,24	72	82,76	1,000
Mobilidade	13	39,39	20	60,61	26	29,89	61	70,11	0,383
Escada	13	39,39	20	60,61	30	34,48	57	65,52	0,672
Banho	6	18,18	27	81,82	13	14,94	74	85,06	0,779

Houve diferença estatisticamente significante entre a capacidade funcional avaliada em cinco itens pelo índice de Barthel com o envolvimento do sistema nervoso na causa do internamento. Entre os pacientes que não se internaram com envolvimento de sistema nervoso a porcentagem de independência para alimentação foi maior (92%) do que nos que se internaram com envolvimento do sistema nervoso (73,33%), e esta diferença foi significativa ($p = 0,008$).

Entre os pacientes que não se internaram com envolvimento de sistema nervoso a porcentagem de independência para o trato pessoal foi maior (96%) do que nos que se internaram com envolvimento do sistema nervoso (84,44%), e esta diferença foi significativa ($p = 0,03$).

Entre os pacientes que não se internaram com envolvimento de sistema nervoso a porcentagem de independência para o controle de evacuação foi maior (90,67%) do que nos que se internaram com envolvimento do sistema nervoso (75,56%), e esta diferença foi significativa ($p = 0,03$).

Entre os pacientes que não se internaram com envolvimento de sistema nervoso a porcentagem de independência para o vestuário foi maior (85,33%) do que nos que se internaram com envolvimento do sistema nervoso (66,67%), e esta diferença foi significativa ($p = 0,02$).

Entre os pacientes que não se internaram com envolvimento de sistema nervoso a porcentagem de independência para o uso de toalete foi maior (89,33%) do que nos que se internaram com envolvimento do sistema nervoso (73,33%), e esta diferença foi significativa ($p = 0,04$) (tabela 41).

TABELA 41 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E O ENVOLVIMENTO DO SISTEMA NERVOSO COMO CAUSA DO INTERNAMENTO

	INTERNOU COM ENVOLVIMENTO DO SISTEMA NERVOSO								p
	NÃO				SIM				
	Dependentes		Independentes		Dependentes		Independentes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimentação	6	8,00	69	92,00	12	26,67	33	73,33	0,008 *
Trato Pessoal	3	4,00	72	96,00	7	15,56	38	84,44	0,039 *
Evacuação	7	9,33	68	90,67	11	24,44	34	75,56	0,034 *
Micção	9	12,00	66	88,00	11	24,44	34	75,56	0,127
Vestir	11	14,67	64	85,33	15	33,33	30	66,67	0,022 *
Transferências	17	22,67	58	77,33	17	37,78	28	62,22	0,094
Toalete	8	10,67	67	89,33	12	26,67	33	73,33	0,040 *
Mobilidade	20	26,67	55	73,33	19	42,22	26	57,78	0,107
Escada	23	30,67	52	69,33	20	44,44	25	55,56	0,168
Banho	9	12,00	66	88,00	10	22,22	35	77,78	0,195

* $p \leq 0,05$

Houve diferença estatisticamente significativa entre a capacidade funcional medida em sete itens do índice de Barthel e a presença de alteração na força muscular. A porcentagem de independência para micção foi maior nos pacientes que apresentam força muscular normal (96,15%) do que nos que apresentam a força muscular alterada (79,03%), e esta diferença foi significativa ($p = 0,01$). A porcentagem de independência para vestuário foi maior nos pacientes que apresentam força muscular normal (94,23%) do que nos que apresentam a força muscular alterada (72,58%), e esta diferença foi significativa ($p = 0,002$).

A porcentagem de independência para transferências foi maior nos pacientes que apresentam força muscular normal (94,23%) do que nos que apresentam a força muscular alterada (59,68%), e esta diferença foi significativa ($p < 0,0001$).

A porcentagem de independência para o uso do toalete foi maior nos pacientes que apresentam força muscular normal (98,08%) do que nos que apresentam a força muscular alterada (79,03%), e esta diferença foi significativa ($p = 0,002$). A porcentagem de independência para mobilidade foi maior nos pacientes que apresentam força muscular normal (90,38%) do que nos que apresentam a força muscular alterada (54,84%), e esta diferença foi significativa ($p < 0,0001$).

A porcentagem de independência para utilizar escada foi maior nos pacientes que apresentam força muscular normal (86,54%) do que nos que apresentam a força muscular alterada (51,61%), e esta diferença foi significativa ($p = 0,0001$). A porcentagem de independência para banho foi maior nos pacientes que apresentam força muscular normal (98,08%) do que nos que apresentam a força muscular alterada (80,65%), e esta diferença foi significativa ($p = 0,003$). Estes são os itens que exigem maior esforço físico na escala (tabela 42).

TABELA 42 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E A PRESENÇA DE ALTERAÇÃO NA FORÇA MUSCULAR

	NORMAL				ALTERADA				p
	Dependentes		Independentes		Dependentes		Independentes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimentação	2	3,85	50	96,15	10	16,13	52	83,87	0,062
Trato Pessoal	1	1,92	51	98,08	3	4,84	59	95,16	0,624
Evacuação	2	3,85	50	96,15	10	16,13	52	83,87	0,062
Micção	2	3,85	50	96,15	13	20,97	49	79,03	0,010 *
Vestir	3	5,77	49	94,23	17	27,42	45	72,58	0,002 *
Transferências	3	5,77	49	94,23	25	40,23	37	59,68	< 0,0001 *
Toaleta	1	1,92	51	98,08	13	20,97	49	79,03	0,002 *
Mobilidade	5	9,62	47	90,38	28	45,16	34	54,84	< 0,0001 *
Escada	7	13,46	45	86,54	30	48,39	32	51,61	0,0001 *
Banho	1	1,92	51	98,08	12	19,35	50	80,65	0,003 *

* $p \leq 0,05$

Houve diferença estatisticamente significativa entre a capacidade funcional avaliada pelo índice de Barthel e a queixa de envolvimento neurológico. A porcentagem de independência foi maior (93,33 %) para o controle da micção no grupo que não apresenta envolvimento neurológico, do que naqueles que apresentam este envolvimento (79,63%), e a diferença foi significativa ($p = 0,04$) (tabela 43).

TABELA 43 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E A QUEIXA DE ENVOLVIMENTO NEUROLÓGICO

	ENVOLVIMENTO NEUROLÓGICO								p
	NÃO				SIM				
	Dependentes		Independentes		Dependentes		Independentes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimentação	5	8,33	55	91,67	7	12,96	47	87,04	0,544
Trato Pessoal	1	1,67	59	98,33	3	5,56	51	94,44	0,343
Evacuação	3	5,00	57	95,00	9	16,67	45	83,33	0,064
Micção	4	6,67	56	93,33	11	20,37	43	79,63	0,049 *
Vestir	12	20,00	48	80,00	8	14,81	46	85,19	0,622
Transferências	17	22,67	58	77,33	17	37,78	28	62,22	0,094
Toailete	8	13,33	52	86,67	6	11,11	48	88,89	0,781
Mobilidade	14	23,33	46	76,67	19	35,19	35	64,81	0,215
Escadas	18	30,00	42	70,00	19	35,19	35	64,81	0,689
Banho	7	11,67	53	88,33	6	11,11	48	88,89	1,000

p ≤ 0,05

Não houve diferença significativa entre a capacidade funcional avaliada pelo índice de Barthel e a queixa de fraqueza (tabela 44).

TABELA 44 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E A QUEIXA DE FRAQUEZA

	FRAQUEZA								p
	NÃO				SIM				
	Dependentes		Independentes		Dependentes		Independentes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimentação	5	16,67	25	83,33	7	8,33	77	91,67	0,295
Trato Pessoal	0	0,00	30	100,00	4	4,76	80	95,24	0,571
Evacuação	2	6,67	28	93,33	10	11,90	74	88,10	0,729
Micção	2	6,67	28	93,33	13	15,48	71	84,52	0,346
Vestir	5	16,67	25	83,33	15	17,86	69	82,14	1,000
Transferências	6	20,00	24	80,00	22	26,19	62	73,81	0,624
Toailete	4	13,33	26	86,67	10	11,90	74	88,10	0,598
Mobilidade	8	26,67	22	73,33	25	29,76	59	70,24	0,818
Escadas	6	20,00	24	80,00	31	36,90	53	63,10	0,113
Banho	3	10,00	27	90,00	10	11,90	74	88,10	1,000

Houve diferença significativa entre a capacidade funcional medida em dois itens pelo índice de Barthel e os diferentes graus de fraqueza. A porcentagem de independência para transferências entre os que referiam fraqueza aos grandes esforços é maior (87,10%) do que nos que referiam ter um ritmo mais lento (72,34%), e a diferença foi estatisticamente significativa ($p= 0,04$). A porcentagem de independência para mobilidade entre os que referiam fraqueza aos grandes esforços foi maior (83,87%) do que nos que referiam ter um ritmo mais lento (70,21%), e a diferença foi estatisticamente significativa ($p= 0,04$) (tabela 45).

TABELA 45 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E A QUEIXA DE DIFERENTES GRAUS DE FRAQUEZA

	GRAUS DE FRAQUEZA												p
	GRANDES ESFORÇOS				RITMO LENTO				MUITA FRAQUEZA				
	DEP		IND		DEP		IND		DEP		IND		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimentação	2	6,45	29	93,55	2	4,26	45	95,74	3	50,00	3	50,00	1,000
Trato Pessoal	1	3,23	30	96,77	1	2,135	46	97,87	2	33,33	4	66,67	1,000
Evacuação	2	6,45	29	93,55	5	10,64	42	89,36	3	50,00	3	50,00	0,310
Micção	3	9,68	28	90,32	7	14,89	40	85,11	3	50,00	3	50,00	0,355
Vestir	3	9,68	28	90,32	8	17,02	39	82,98	4	66,67	2	33,33	0,154
Transferências	4	12,90	27	87,10	13	27,66	34	72,34	5	83,33	1	16,67	0,041 *
Toailete	1	3,23	30	96,77	5	10,64	42	89,36	4	66,67	2	33,33	0,083
Mobilidade	5	16,13	26	83,87	14	29,79	33	70,21	6	100,00	0	0,00	0,048 *
Escadas	8	25,81	23	74,19	17	36,17	30	63,83	6	100,00	0	0,00	0,159
Banho	2	6,45	29	93,55	4	8,51	43	91,49	4	66,67	2	33,33	0,310

DEP – Necessitam ajuda e dependentes

IND – Independentes

* $p \leq 0,05$

Houve diferença estatisticamente significante entre a capacidade funcional medida em seis itens do índice de Barthel com o fato de estar trabalhando. A porcentagem de independência para alimentação foi maior no grupo que trabalha (96,77%) do que naqueles que não trabalham (81,11%), e esta diferença foi significativa ($p = 0,04$). A porcentagem de independência para controle da evacuação é maior no grupo que trabalha (100,00%) do que nos que não trabalham (80,00%), e esta diferença foi significativa ($p = 0,006$).

A porcentagem de independência para o controle de micção foi maior no grupo que trabalha (100,00%) do que nos que não trabalham (77,78%), e esta diferença foi significativa ($p = 0,003$). A porcentagem de independência para vestuário foi maior no grupo que trabalha (93,33%) do que nos que não trabalham (73,33%), e esta diferença foi significativa ($p = 0,02$).

A porcentagem de independência para o uso do toailete foi maior no grupo que trabalha (96,67%) do que nos que não trabalham (78,89%), e esta diferença foi significativa ($p = 0,02$). A porcentagem de independência para utilizar escada foi maior no grupo que trabalha (80,00%) do que nos que não trabalham (58,89%), e esta diferença foi significativa ($p = 0,04$) (tabela 46).

TABELA 46 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE E BARTHEL E O TRABALHO

	TRABALHA								P
	NÃO				SIM				
	Dependentes		Independentes		Dependentes		Independentes		
n	%	n	%	n	%	n	%		
Alimentação	17	18,89	73	81,11	1	3,33	29	96,67	0,041 *
Trato Pessoal	10	11,11	80	88,89	0	0,00	30	100,00	0,064
Evacuação	18	20,00	72	80,00	0	0,00	30	100,00	0,006 *
Micção	20	22,22	70	77,78	0	0,00	30	100,00	0,003 *
Vestir	24	26,67	66	73,33	2	6,67	28	93,33	0,021 *
Transferências	28	31,11	62	68,89	6	20,00	24	80,00	0,349
Toailete	19	21,11	71	78,89	1	3,33	29	96,67	0,023 *
Mobilidade	32	35,56	58	64,44	7	23,33	23	76,67	0,264
Escadas	37	41,11	53	58,89	6	20,00	24	80,00	0,047 *
Banho	16	17,78	74	82,22	3	10,00	27	90,00	0,396

* $p \leq 0,05$

Não houve diferença significativa entre a capacidade funcional avaliada pelo índice de Barthel e a atuação em trabalho pesado ou o fato de ter deixado o trabalho devido à doença (tabelas 47 e 48).

TABELA 47 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E A ATUAÇÃO EM TRABALHO PESADO

	TRABALHO PESADO								p
	SIM				NÃO				
	Dependentes		Independentes		Dependentes		Independentes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimentação	10	19,61	41	80,39	8	11,59	61	88,41	0,301
Trato Pessoal	7	13,73	44	86,27	3	4,35	66	95,65	0,094
Evacuação	10	19,61	41	80,39	8	11,59	61	88,41	0,301
Micção	10	19,61	41	80,39	10	14,49	59	85,51	0,469
Vestir	12	23,53	39	76,47	14	20,29	55	79,71	0,823
Transferências	17	33,33	34	66,67	17	24,64	52	75,36	0,313
Toalete	10	19,61	41	80,39	10	14,49	59	85,51	0,469
Mobilidade	17	33,33	34	66,67	22	31,88	47	68,12	1,000
Escadas	20	39,22	31	60,78	23	33,33	46	66,67	0,565
Banho	8	15,69	43	84,31	11	15,94	58	84,06	1,000

TABELA 48 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELO ÍNDICE DE BARTHEL E O FATO DE TER DEIXADO O TRABALHO DEVIDO À INFECÇÃO PELO HIV

	DEIXOU O TRABALHO DEVIDO À DOENÇA								p
	SIM				NÃO				
	Dependentes		Independentes		Dependentes		Independentes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimentação	9	13,24	59	86,76	9	17,31	43	82,69	0,609
Trato Pessoal	6	8,82	62	91,18	4	7,69	48	92,31	1,000
Evacuação	9	13,24	59	86,76	9	17,31	43	82,69	0,609
Micção	11	16,18	57	83,82	9	17,31	43	82,69	1,000
Vestir	15	22,06	53	77,94	11	21,15	41	78,85	1,000
Transferências	20	29,41	48	70,59	14	26,92	38	73,08	0,839
Toalete	12	17,65	56	82,35	8	15,38	44	84,62	0,808
Mobilidade	17	33,33	34	66,67	22	31,88	47	68,12	1,000
Escada	21	30,88	47	69,12	22	42,31	30	57,69	0,249
Banho	11	16,18	57	83,82	8	15,38	44	84,62	1,000

4.2.4 Avaliação funcional pela escala Medição da Independência Funcional (MIF)

Foram avaliados 85 pacientes pela escala MIF. Quarenta e nove pacientes (58%) obtiveram escore igual ou acima de seis, não necessitando ajuda humana. Destes, 31 (64%) eram independentes (escore sete), 9 (18%) tinham dificuldade em apenas um item necessitando apoio no corrimão para subir escadas e 9 (18%) apresentaram dificuldades entre dois e sete itens, o que corresponde à classificação de independência modificada.

Trinta e seis pacientes (42%) foram considerados dependentes necessitando ajuda humana (escore MIF menor ou igual a cinco) sendo que 14 (39%) necessitavam de ajuda entre um e três itens. Vinte e dois (61%) necessitavam ajuda humana entre quatro e 18 itens, sendo que destes, 9 (25%) necessitavam de ajuda em todos os itens.

Os itens de maior dificuldade foram nas áreas de locomoção: “subir escadas” com 31 (36%) pacientes dependentes e “andar ou usar cadeira de rodas” com 24 (28%) dependentes; área de mobilidade nas “transferências para ducha ou banheira” com 20 (24%) dependentes e na área de autocuidado no “banho” com 21 (25%) dependentes.

Os itens de maior facilidade foram “comunicação e cognição pessoal” com 74 (87%) pacientes com escore sete. Na área de “controle de esfínteres”, 68 (80%) pacientes foram considerados independentes para controle de intestino e 65 (76%) para controle de urina. Na área de autocuidado 66 (78%) foram considerados independentes no trato pessoal e 63 (74%) para alimentação (Apêndice 13). O número de pessoas com necessidade de ajuda humana em cada item específico da escala MIF está assinalado na tabela 49. Não houve diferença estatisticamente significativa entre a avaliação da escala MIF com a idade, o sexo e o tempo de infecção pelo HIV (tabela 50).

TABELA 49 - FREQUÊNCIA DE DEBILIDADES ESPECÍFICAS MEDIDAS PELA MIF

ITEM	NECESSITA DE AJUDA HUMANA	
	n	%
Alimentação	18	21
Trato pessoal	17	20
Banho	20	24
Vestuário superior	19	22
Vestuário inferior	21	25
Higiene pessoal	16	19
Controle intestino	13	15
Controle urina	17	20
Cama, cadeira, cadeira rodas	19	22
Vaso sanitário	19	22
Ducha, banheira	20	24
Anda ou usa cadeira de rodas	24	28
Escadas	31	36
Compreensão	11	13
Expressão	11	13
Interação social	11	13
Resolução de problemas	11	13
Memória	11	13

TABELA 50 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E O NÚMERO DE MESES DA INFECÇÃO PELO HIV

	NÚMERO DE MESES COM INFECÇÃO PELO HIV						p
	Dependentes			Independentes			
	n	Média	DP	n	Média	DP	
Alimentação	18	45,89	48,98	67	33,69	37,06	0,251
Trato pessoal	17	42,06	51,13	68	34,82	36,86	0,506
Banho	21	39,24	47,08	64	35,30	37,58	0,696
Vestuário superior	19	42,26	48,56	66	34,55	37,26	0,460
Vestuário inferior	21	45,43	52,70	64	33,27	34,66	0,331
Higiene pessoal	16	41,69	52,97	69	35,01	36,56	0,638
Controle intestino	13	47,85	55,42	72	34,18	36,51	0,406
Controle Urina	17	42,88	58,73	68	34,62	34,00	0,583
Cama, cadeira, cadeira de rodas	19	42,05	48,58	66	34,61	37,26	0,476
Vaso Sanitário	19	42,05	48,58	66	34,61	37,26	0,476
Ducha, banheira	20	21,95	47,29	65	34,92	37,55	0,469
Anda ou usa cadeira de rodas	24	48,21	49,18	61	31,57	34,92	0,139
Escadas	31	39,68	45,36	54	34,31	36,67	0,553
Compreensão	11	37,45	37,41	77	36,09	40,47	0,916
Expressão	11	37,45	37,41	77	36,09	40,47	0,916
Interação social	11	37,45	37,41	77	36,09	40,47	0,916
Resolução de problemas	11	37,45	37,41	77	36,09	40,47	0,916
Memória	11	37,45	37,41	77	36,09	40,47	0,916

Houve associação significativa entre a avaliação da capacidade funcional em nove itens da escala MIF e o número de meses do diagnóstico de aids. Entre os pacientes independentes para alimentação, a média do número de meses do diagnóstico da aids foi maior (16,52 meses) do que a média entre os dependentes (6,72 meses), e esta diferença foi significativa ($p = 0,01$).

Entre os pacientes independentes para o trato pessoal, a média do número de meses do diagnóstico da aids foi maior (16,78 meses) do que a média entre os dependentes (7,33 meses), e esta diferença foi significativa ($p = 0,004$).

Entre os pacientes independentes para o banho, a média do número de meses do diagnóstico da aids foi maior (16,78 meses) do que a média entre os dependentes (7,33 meses), e esta diferença foi significativa ($p = 0,01$).

Entre os pacientes independentes para o vestuário de tronco superior, a média do número de meses do diagnóstico da aids foi maior (16,64 meses) do que a média entre os dependentes (6,84 meses), e esta diferença foi significativa ($p = 0,01$).

Entre os pacientes independentes para a higiene pessoal, a média do número de meses do diagnóstico da aids foi maior (16,19 meses) do que a média entre os dependentes (6,94 meses), e esta diferença foi significativa ($p = 0,02$).

Entre os pacientes independentes para o controle de intestino, a média do número de meses do diagnóstico da aids foi maior (15,83 meses) do que a média entre os dependentes (6,77 meses), e esta diferença foi significativa ($p = 0,03$).

Entre os pacientes independentes para as transferências para cama, cadeira e cadeira de rodas a média do número de meses do diagnóstico da aids foi maior (16,65 meses) do que a média entre os dependentes (6,79 meses), e esta diferença foi significativa ($p = 0,01$).

Entre os pacientes independentes para a transferência para vaso sanitário, a média do número de meses do diagnóstico da aids foi maior (16,65 meses) do que a média entre os dependentes (6,79 meses), e esta diferença foi significativa ($p = 0,01$).

Entre os pacientes independentes para as transferências para ducha e banheira, a média do número de meses do diagnóstico da aids foi maior (16,82 meses) do que a

média entre os dependentes (6,75 meses), e esta diferença foi significativa ($p = 0,009$) (tabela 51).

TABELA 51 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO PELA ESCALA MIF E O NÚMERO DE MESES DO DIAGNÓSTICO DE AIDS

	NÚMERO DE MESES COM DIAGNÓSTICO DE AIDS						p
	Dependentes			Independentes			
	n	Média	DP	n	Média	DP	
Alimentação	18	6,72	10,45	67	16,52	23,91	0,012 *
Trato pessoal	21	7,33	10,66	64	16,78	24,32	0,004 *
Banho	21	7,33	10,66	64	16,78	24,32	0,015 *
Vestuário superior	19	6,84	10,40	66	16,64	24,05	0,012 *
Vestuário inferior	21	10,43	20,37	64	15,77	22,61	0,339
Higiene pessoal	16	6,94	11,22	69	16,19	23,63	0,024 *
Controle intestino	13	6,77	11,18	72	15,83	23,30	0,035 *
Controle Urina	17	9,88	21,95	68	15,59	22,13	0,343
Cama, cadeira, cadeira de rodas	19	6,79	10,41	66	16,65	24,04	0,011 *
Vaso Sanitário	19	6,79	10,41	66	16,65	24,04	0,011 *
Ducha, banheira	20	6,75	10,14	65	16,82	24,19	0,009 *
Anda ou usa cadeira de rodas	24	10,38	19,34	61	16,05	23,02	0,289
Escadas	31	10,61	17,66	54	16,65	24,14	0,227
Compreensão	11	8,27	12,72	74	15,36	23,07	0,144
Expressão	11	8,27	12,72	74	15,36	23,07	0,144
Interação social	11	8,27	12,72	74	15,36	23,07	0,144
Resolução de problemas	11	8,27	12,72	74	15,36	23,07	0,144
Memória	11	8,27	12,72	74	15,36	23,07	0,144

* $p \leq 0,05$

Na avaliação da capacidade funcional pela escala MIF, a média do log.carga viral entre os dependentes para controle de urina foi maior (5,88 c/ml) do que entre os independentes (4,72 c/ml), e esta diferença foi significativa ($p = 0,01$) (tabela 52). A média entre os dependentes para banho, higiene pessoal e transferências para cama, cadeira e cadeira de rodas e transferência para vaso sanitário foi maior nos dependentes sendo os valores de “p” próximos de significância.

TABELA 52 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E O VALOR DO LOG.CARGA VIRAL C/ML

	LOG.CARGA VIRAL c/ml						p
	Dependentes			Independentes			
	n	Média	DP	n	Média	DP	
Alimentação	3	4,79	1,91	15	5,01	0,91	0,858
Trato pessoal	2	5,88	0,45	16	4,86	1,06	0,160
Banho	3	5,84	0,33	15	4,80	1,07	0,066
Vestuário superior	4	5,04	1,63	14	4,96	0,92	0,457
Vestuário inferior	5	5,23	1,48	13	4,88	0,90	0,152
Higiene pessoal	3	5,84	0,33	15	4,80	1,07	0,066
Controle intestino	4	5,67	0,44	14	4,78	1,11	0,137
Controle Urina	4	5,88	0,28	14	4,72	1,06	0,014 *
Cama, cadeira, cadeira de rodas	3	5,84	0,33	15	4,80	1,07	0,066
Vaso Sanitário	3	5,84	0,33	15	4,80	1,07	0,066
Ducha, banheira	4	5,04	1,63	14	4,96	0,92	0,457
Anda ou usa cadeira de rodas	6	5,04	1,40	12	4,95	0,91	0,399
Escadas	6	5,22	1,32	12	4,86	0,94	0,223
Compreensão	1	6,20	0,00	17	4,91	1,04	-
Expressão	1	6,20	0,00	17	4,91	1,04	-
Interação social	1	6,20	0,00	17	4,91	1,04	-
Resolução de problemas	1	6,20	0,00	17	4,91	1,04	-
Memória	1	6,20	0,00	17	4,91	1,04	-

* $p \leq 0,05$

Não houve diferença significativa entre a avaliação da capacidade funcional pela escala MIF e o valor do CD4+/ μ (tabela 53). Houve diferença estatisticamente significativa entre a capacidade funcional para o item alimentação pela avaliação da escala MIF e os níveis de CD4+/ μ l ($p = 0,04$). Entre os pacientes que apresentaram o CD4+/ μ l entre 101 e 200, a porcentagem de independência foi menor (57,14%) do que no grupo com CD4+/ μ l abaixo de 100 (83,58%) (tabela 54).

TABELA 53 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E O VALOR DO CD4+/ μ L.

	CD4+/ μ l						p
	Dependentes			Independentes			
	n	Média	DP	n	Média	DP	
Alimentação	18	83,97	64,24	66	56,56	63,98	0,111
Trato pessoal	17	68,38	49,20	67	60,92	68,25	0,673
Banho	20	68,47	48,99	64	60,54	69,04	0,634
Vestuário superior	18	67,86	50,32	66	60,95	68,29	0,690
Vestuário inferior	20	61,78	51,15	64	62,64	68,68	0,958
Higiene pessoal	15	59,97	50,65	69	62,97	67,61	0,871
Controle intestino	12	55,13	48,98	72	63,65	67,11	0,675
Controle Urina	16	54,81	45,32	68	64,22	68,56	0,603
Cama, cadeira, cadeira de rodas	18	65,31	49,48	66	61,65	68,15	0,833
Vaso Sanitário	18	65,31	49,48	66	61,65	68,15	0,833
Ducha, banheira	19	67,39	48,94	65	60,98	68,82	0,706
Anda ou usa cadeira de rodas	23	68,24	54,36	61	60,24	68,41	0,616
Escadas	30	58,91	45,99	54	64,39	73,32	0,675
Compreensão	11	60,41	47,95	73	62,74	67,06	0,912
Expressão	11	60,41	47,95	73	62,74	67,06	0,912
Interação social	11	60,41	47,95	73	62,74	67,06	0,912
Resolução de problemas	11	60,41	47,95	73	62,74	67,06	0,912
Memória	11	60,41	47,95	73	62,74	67,06	0,912

TABELA 54 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E OS NÍVEIS DO CD4+/ μ L

	CD4+/ μ l												P
	ATÉ 100				DE 101 A 200				MAIS DE 200				
	DEP		IND		DEP		IND		DEP		IND		
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Alimentação	11	16,42	56	83,58	6	42,86	8	57,14	1	33,33	2	66,67	0,043 *
Trato Pessoal	12	17,91	55	82,09	5	35,71	9	64,29	0	0,00	3	100,00	0,319
Banho	14	20,90	53	79,10	6	42,86	8	57,14	0	0,00	3	100,00	0,219
Vestuário Superior	12	17,91	55	82,09	6	42,86	8	57,14	0	0,00	3	100,00	0,182
Vestuário Inferior	14	20,90	53	79,10	6	42,86	8	57,14	0	0,00	3	100,00	0,219
Higiene Pessoal	14	20,90	53	79,10	6	42,86	8	57,14	0	0,00	3	100,00	0,219
Controle Intestino	9	13,43	58	86,57	3	21,43	11	78,57	0	0,00	3	100,00	0,699
Controle Urina	13	19,40	54	80,60	3	21,43	11	78,57	0	0,00	3	100,00	1,000
Cama, cadeira, cadeira de rodas	13	19,40	54	80,60	5	35,71	9	64,29	0	0,00	3	100,00	0,507
Vaso Sanitário	13	19,40	54	80,60	5	35,71	9	64,29	0	0,00	3	100,00	0,507
Ducha, Banheira	13	19,40	54	80,60	6	42,86	8	57,14	0	0,00	3	100,00	0,197
Anda ou usa Cadeira de rodas	16	23,88	51	76,12	7	50,00	7	50,00	0	0,00	3	100,00	0,221
Escada	23	34,33	44	65,67	7	50,00	7	50,00	0	0,00	3	100,00	0,586
Compreensão	8	11,94	59	88,06	3	21,43	11	78,57	0	0,00	3	100,00	0,686
Expressão	8	11,94	59	88,06	3	21,43	11	78,57	0	0,00	3	100,00	0,686
Interação Social	8	11,94	59	88,06	3	21,43	11	78,57	0	0,00	3	100,00	0,686
Resolução de problemas	8	11,94	59	88,06	3	21,43	11	78,57	0	0,00	3	100,00	0,686
Memória	8	11,94	59	88,06	3	21,43	11	78,57	0	0,00	3	100,00	0,686

DEP = dependentes

IND = independentes

* $p \leq 0,05$

Não houve diferença significativa entre a avaliação da capacidade funcional pela escala MIF e o valor absoluto ou dos níveis de CD8+/ μ L (tabelas 55 e 56).

TABELA 55 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO PELA ESCALA MIF E O VALOR DO CD8+/ μ L.

	CD8+/ μ L						p
	Dependentes			Independentes			
	n	Média	DP	n	Média	DP	
Alimentação	13	538,77	380,27	56	374,70	292,39	0,090
Trato pessoal	14	515,79	375,34	55	377,56	294,29	0,143
Banho	17	508,29	367,52	52	372,04	291,12	0,121
Vestuário superior	14	475,36	396,17	55	387,85	291,73	0,356
Vestuário inferior	15	465,13	383,80	54	398,07	294,32	0,411
Higiene pessoal	12	499,75	415,75	57	385,79	289,44	0,256
Controle intestino	9	459,67	372,74	60	397,50	307,52	0,583
Controle Urina	11	489,55	298,88	58	389,69	317,22	0,337
Cama, cadeira, cadeira de rodas	15	483,27	382,98	54	384,04	293,08	0,282
Vaso Sanitário	15	483,27	382,98	54	384,04	293,08	0,282
Ducha, banheira	15	483,27	382,98	54	384,04	293,08	0,282
Anda ou usa cadeira de rodas	18	481,06	365,54	51	378,98	294,90	0,239
Escadas	24	415,38	350,00	45	400,40	297,74	0,852
Compreensão	8	515,88	355,37	61	391,15	308,96	0,294
Expressão	8	515,88	355,37	61	391,15	308,96	0,294
Interação social	8	515,88	355,37	61	391,15	308,96	0,294
Resolução de problemas	8	515,88	355,37	61	391,15	308,96	0,294
Memória	8	515,88	355,37	61	391,15	308,96	0,294

TABELA 56 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E OS NÍVEIS DE CD8+/ μ L

	CD8+/ μ l								p
	NORMAL				ALTERADO				
	Dependentes		Independentes		Dependentes		Independentes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimentação	10	20,41	39	79,59	3	15,00	17	85,00	0,742
Trato Pessoal	11	22,45	38	77,55	3	15,00	17	85,00	0,742
Banho	13	26,53	36	73,47	4	20,00	16	80,00	0,760
Vestuário Superior	10	20,41	39	79,59	4	20,00	16	80,00	1,000
Vestuário inferior	11	22,45	38	77,55	4	20,00	16	80,00	1,000
Higiene Pessoal	11	22,45	38	77,55	4	20,00	16	80,00	1,000
Controle Intestino	9	13,43	58	86,57	3	21,43	11	78,57	0,699
Controle Urina	9	18,37	40	81,63	2	10,00	18	90,00	0,489
Cama, cadeira, Cadeira de rodas	11	22,45	38	77,55	4	20,00	16	80,00	1,000
Vaso Sanitário	11	22,45	38	77,55	4	20,00	16	80,00	1,000
Ducha, Banheira	11	22,45	38	77,55	4	20,00	16	80,00	1,000
Anda ou usa Cadeira/rodas	14	28,57	35	71,43	4	20,00	16	80,00	0,556
Escada	23	34,33	44	65,67	7	50,00	7	50,00	0,362
Compreensão	6	12,24	43	87,76	2	10,00	18	90,00	1,000
Expressão	6	12,24	43	87,76	2	10,00	18	90,00	1,000
Interação Social	6	12,24	43	87,76	2	10,00	18	90,00	1,000
Resolução Problemas	6	12,24	43	87,76	2	10,00	18	90,00	1,000
Memória	6	12,24	43	87,76	2	10,00	18	90,00	1,000

Houve diferença estatisticamente significativa entre a capacidade funcional para os itens de comunicação e cognição social e a relação CD4+/CD8+. Entre os pacientes independentes nestas funções, a média da relação CD4+/CD8+ foi maior (0,24) do que a média entre os dependentes (0,11), sendo esta diferença igualmente significativa para os cinco itens, que são: compreensão, expressão, interação social, resolução de problemas e memória ($p = 0,03$) (tabela 57).

TABELA 57 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E O VALOR DA RELAÇÃO CD4+/ CD8+

	CD4+/CD8+						
	Dependentes			Independentes			p
	n	Média	DP	n	Média	DP	
Alimentação	13	0,19	0,17	56	0,23	0,38	0,604
Trato pessoal	14	0,18	0,17	55	0,23	0,38	0,497
Banho	17	0,20	0,17	52	0,23	0,39	0,623
Vestuário superior	14	0,21	0,18	55	0,22	0,38	0,829
Vestuário inferior	15	0,20	0,18	54	0,23	0,38	0,657
Higiene pessoal	12	0,16	0,13	57	0,23	0,38	0,255
Controle intestino	9	0,34	0,64	60	0,20	0,29	0,560
Controle Urina	12	0,14	0,09	57	0,24	0,38	0,091
Cama, cadeira, cadeira de rodas	15	0,20	0,18	54	0,23	0,38	0,724
Vaso Sanitário	15	0,20	0,18	54	0,23	0,38	0,724
Ducha, banheira	15	0,20	0,18	54	0,23	0,38	0,724
Anda ou usa cadeira de rodas	18	0,22	0,21	51	0,22	0,39	0,953
Escadas	24	0,28	0,41	45	0,19	0,31	0,344
Compreensão	9	0,11	0,08	60	0,24	0,37	0,031 *
Expressão	9	0,11	0,08	60	0,24	0,37	0,031 *
Interação social	9	0,11	0,08	60	0,24	0,37	0,031 *
Resolução de problemas	9	0,11	0,08	60	0,24	0,37	0,031 *
Memória	9	0,11	0,08	60	0,24	0,37	0,031 *

* $p \leq 0,05$

Não houve diferença estatisticamente significativa entre a avaliação da capacidade funcional pela escala MIF e os níveis da relação CD4+/CD8+ (tabela 58).

TABELA 58 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E OS NÍVEIS DA RELAÇÃO CD4+/CD8+

	RELAÇÃO CD4+/CD8+								p
	< 1				≥ 1				
	Dependentes		Independentes		Dependentes		Independentes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimentação	13	19,40	54	80,60	0	0,00	2	100,00	1,000
Trato Pessoal	14	20,90	53	79,10	0	0,00	2	100,00	1,000
Banho	17	25,37	50	74,63	0	0,00	2	100,00	1,000
Vestuário Superior	14	20,90	53	79,10	0	0,00	2	100,00	1,000
Vestuário Inferior	15	22,39	52	77,61	0	0,00	2	100,00	1,000
Higiene Pessoal	15	22,39	52	77,61	0	0,00	2	100,00	1,000
Controle Intestino	8	11,94	59	88,06	1	50,00	1	50,00	0,245
Controle Urina	9	18,37	40	81,63	2	10,00	18	90,00	0,489
Cama, cadeira, Cadeira de rodas	15	22,39	52	77,61	0	0,00	2	100,00	1,000
Vaso Sanitário	15	22,39	52	77,61	0	0,00	2	100,00	1,000
Ducha, Banheira	15	22,39	52	77,61	0	0,00	2	100,00	1,000
Anda ou usa Cadeira de rodas	18	26,87	49	73,13	0	0,00	2	100,00	1,000
Escadas	23	34,33	44	65,67	1	50,00	1	50,00	1,000
Compreensão	9	13,43	58	86,57	0	0,00	2	100,00	1,000
Expressão	9	13,43	58	86,57	0	0,00	2	100,00	1,000
Interação Social	9	13,43	58	86,57	0	0,00	2	100,00	1,000
Resolução Problemas	6	12,24	43	87,76	2	10,00	18	90,00	1,000
Memória	9	13,43	58	86,57	0	0,00	2	100,00	1,000

Não houve diferença estatisticamente significativa entre a avaliação da capacidade funcional pela escala MIF e o envolvimento de um ou mais sistemas na abertura do quadro de aids (tabela 59).

TABELA 59 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E O ENVOLVIMENTO DE UM OU MAIS SISTEMAS NA ABERTURA DO QUADRO DE AIDS

	ABERTURA DO QUADRO DE AIDS								p
	Um sistema envolvido				Mais de um				
	Dependentes		Independentes		Dependentes		Independentes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimentação	13	22,81	44	77,19	5	17,86	23	82,14	0,779
Trato Pessoal	11	19,30	46	80,70	6	21,43	22	78,57	0,999
Banho	14	24,56	43	75,44	7	25,00	21	75,00	1,000
Vestuário Superior	12	21,05	45	78,95	7	25,00	21	75,00	0,783
Vestuário Inferior	13	22,81	44	77,19	8	28,57	20	71,43	0,599
Higiene Pessoal	10	17,54	47	82,46	6	21,43	22	78,57	0,769
Controle Intestino	9	15,79	48	84,21	4	14,29	24	85,71	1,000
Controle Urina	11	19,30	46	80,70	6	21,43	22	78,57	0,999
Cama, cadeira, cadeira de rodas	12	21,05	45	78,95	7	25,00	21	75,00	0,783
Vaso Sanitário	12	21,05	45	78,95	7	25,00	21	75,00	0,783
Ducha, Banheira	13	22,81	44	77,19	7	25,00	21	75,00	1,000
Anda ou usa cadeira de rodas	15	26,32	42	73,68	9	32,14	19	67,86	1,000
Escada	22	38,60	35	61,40	9	32,14	19	67,86	0,636
Compreensão	7	12,28	50	87,72	4	14,29	24	85,71	0,999
Expressão	7	12,28	50	87,72	4	14,29	24	85,71	0,999
Interação Social	7	12,28	50	87,72	4	14,29	24	85,71	0,999
Resolução Problemas	7	12,28	50	87,72	4	14,29	24	85,71	0,999
Memória	7	12,28	50	87,72	4	14,29	24	85,71	0,999

Não houve diferença significativa entre a avaliação da capacidade funcional o envolvimento do sistema nervoso na abertura do quadro de aids, mas observou-se que nos itens relacionados à comunicação e cognição social os valores estavam muito próximos de significância ($p = 0,06$), como também no item controle de urina (tabelas 60).

TABELA 60 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E A ABERTURA DO QUADRO DE AIDS COM ENVOLVIMENTO DO SISTEMA NERVOSO

	ABERTURA QUADRO AIDS COM ENVOLVIMENTO SISTEMA NERVOSO								p
	NÃO				SIM				
	Dependentes		Independentes		Dependentes		Independentes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimentação	10	16,13	52	83,87	8	34,78	15	65,22	0,076
Trato Pessoal	10	16,13	52	83,87	7	30,43	16	69,57	0,220
Banho	14	22,58	48	77,42	7	30,43	16	69,57	0,572
Vestuário Superior	11	17,74	51	82,26	8	34,78	15	65,22	0,140
Vestuário Inferior	12	19,35	50	80,65	9	39,13	14	60,87	0,088
Higiene Pessoal	10	16,13	52	83,87	6	26,09	17	73,91	0,352
Controle Intestino	7	11,29	55	88,71	6	26,09	17	73,91	0,103
Controle Urina	9	14,52	53	85,48	8	34,78	15	65,22	0,063
Cama, cadeira, cadeira de rodas	12	19,35	50	80,65	7	30,43	16	69,57	0,379
Vaso Sanitário	12	19,35	50	80,65	7	30,43	16	69,57	0,379
Ducha, banheira	12	19,35	50	80,65	8	34,78	15	65,22	0,157
Anda ou usa cadeira/rodas	16	25,81	46	74,19	8	34,78	15	65,22	0,427
Escada	20	32,26	42	67,74	11	47,83	12	52,17	0,211
Compreensão	5	8,06	57	91,94	6	26,09	17	73,91	0,061
Expressão	5	8,06	57	91,94	6	26,09	17	73,91	0,061
Interação Social	5	8,06	57	91,94	6	26,09	17	73,91	0,061
Resolução de problemas	5	8,06	57	91,94	6	26,09	17	73,91	0,061
Memória	5	8,06	57	91,04	6	26,09	17	73,91	0,061

Não houve diferença estatisticamente significativa entre a avaliação da capacidade funcional pela escala MIF e o envolvimento de um ou mais sistemas ou na causa do internamento (tabela 61).

TABELA 61 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E O ENVOLVIMENTO DE UM OU MAIS SISTEMAS COMO CAUSA DO INTERNAMENTO

	SISTEMAS ENVOLVIDOS AO INTERNAR								p
	UM SISTEMA				MAIS DE UM				
	Dependentes		Independentes		Dependentes		Independentes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimentação	6	28,57	15	71,43	12	18,75	52	81,25	0,365
Trato Pessoal	6	28,57	15	71,43	11	17,19	53	82,81	0,345
Banho	7	33,33	14	66,67	14	21,28	50	78,13	0,382
Vestiário Superior	5	23,81	16	76,19	14	21,88	50	78,13	0,999
Vestuário Inferior	5	23,81	16	76,19	16	25,00	48	75,00	1,000
Higiene Pessoal	5	23,81	16	76,19	11	17,19	53	82,81	0,528
Controle Intestino	5	23,81	16	76,19	8	12,50	56	87,50	0,292
Controle Urina	5	23,81	16	76,19	12	18,75	52	81,25	0,753
Cama, cadeira, cadeira de rodas	6	28,57	15	71,43	13	20,31	51	76,69	0,546
Vaso Sanitário	6	28,57	15	71,43	13	20,31	51	79,69	0,546
Ducha, Banheira	6	28,57	15	71,43	14	21,88	50	78,13	0,560
Anda ou usa cadeira de rodas	8	38,10	13	61,90	16	25,00	48	75,00	0,272
Escada	10	47,62	11	52,38	21	32,81	43	67,19	0,296
Compreensão	5	23,81	16	76,19	6	9,38	58	90,63	0,129
Expressão	5	23,81	16	76,19	6	9,38	58	90,63	0,129
Interação Social	5	23,81	16	76,19	6	9,38	58	90,63	0,129
Resolução de problemas	5	23,81	16	76,19	6	9,38	58	90,63	0,129
Memória	5	23,81	16	76,19	6	9,38	58	90,63	0,129

Houve diferença significativa em 11 itens da escala MIF e o envolvimento do sistema nervoso na causa do internamento. A porcentagem de independência para alimentação é maior (88,68%) entre os que não se internaram com envolvimento do sistema nervoso do que entre os que se internaram com envolvimento deste sistema (62,50%), e a diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,006$). A porcentagem de independência para o trato pessoal foi maior (88,68%) entre os que não se internaram com envolvimento do sistema nervoso do que entre os que se internaram com envolvimento deste sistema (65,63%), e a diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,01$).

A porcentagem de independência para o vestuário de tronco superior foi maior (86,79%) entre os que não se internaram com envolvimento do sistema nervoso do que entre os que se internaram com envolvimento deste sistema (62,50%), e a diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,01$). A porcentagem de independência no controle do intestino foi maior (92,45%) entre os que não se internaram com envolvimento do sistema nervoso do que entre os que se internaram com envolvimento deste sistema (71,88%), e a diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,01$).

A porcentagem de independência no controle de urina foi maior (88,68%) entre os que não se internaram com envolvimento do sistema nervoso do que entre os que se internaram com envolvimento deste sistema (65,63%), e a diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,01$). A porcentagem de independência para transferências para ducha e banheira foi maior (84,91%) entre os que não se internaram com envolvimento do sistema nervoso do que entre os que se internaram com envolvimento deste sistema (62,50%), e a diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,03$).

A porcentagem de independência para os itens de comunicação e cognição social é maior (96,23%) entre os que não se internaram com envolvimento do sistema nervoso do que entre os que se internaram com envolvimento deste sistema (71,88%), e a diferença foi igualmente significativa nos cinco itens ($p = 0,002$) (tabela 62).

A relação com três outros itens apresentou valores muito próximos de significância que são transferências para cama, cadeira e cadeira de rodas com o $p = 0,058$, transferência para vaso sanitário com o $p = 0,059$ e utilização de escada com o $p = 0,062$.

TABELA 62 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E O ENVOLVIMENTO DO SISTEMA NERVOSO NA CAUSA DO INTERNAMENTO.

	INTERNOU COM ENVOLVIMENTO DO SISTEMA NERVOSO								p
	NÃO				SIM				
	Dependentes		Independentes		Dependentes		Independentes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimentação	6	11,32	47	88,68	12	37,50	20	62,50	0,006 *
Trato Pessoal	6	11,32	47	88,68	11	34,38	21	65,63	0,013 *
Banho	10	18,87	43	81,13	11	34,38	21	65,63	0,125
Vestuário Superior	7	13,21	46	86,79	12	37,50	20	62,50	0,014 *
Vestuário Inferior	5	23,81	16	76,19	16	25,00	48	75,00	1,000
Higiene Pessoal	7	13,21	46	86,79	9	28,13	23	71,88	0,150
Controle Intestino	4	7,55	49	92,45	9	28,13	23	71,88	0,014 *
Controle Urina	6	11,32	47	88,68	11	34,38	21	65,63	0,013 *
Cama, cadeira, cadeira de rodas	8	15,09	45	84,91	11	34,38	21	65,63	0,058
Vaso Sanitário	8	15,09	45	84,91	11	34,38	21	65,63	0,059
Ducha, Banheira	8	15,09	45	84,91	12	37,50	20	62,50	0,033 *
Anda ou usa cadeira de rodas	11	20,75	42	79,25	13	40,63	19	59,38	0,080
Escadas	15	28,30	38	71,70	16	50,00	16	50,50	0,062
Compreensão	2	3,77	51	96,23	9	28,13	23	71,88	0,002 *
Expressão	2	3,77	51	96,23	9	28,13	23	71,88	0,002 *
Interação Social	2	3,77	51	96,23	9	28,13	23	71,88	0,002 *
Resolução de problemas	2	3,77	51	96,23	9	28,13	23	71,88	0,002 *
Memória	2	3,77	51	96,23	9	28,13	23	71,88	0,002 *

* $p \leq 0,05$

Houve diferença estatisticamente significativa em 11 itens da escala MIF e a presença de alteração na força muscular. A porcentagem de independência para o trato pessoal foi maior (94,74%) entre os que tinham a força muscular normal do que entre os que tinham a força muscular alterada (78,05%), e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,04$).

A porcentagem de independência para o banho foi maior (94,74%) entre os que tinham a força muscular normal do que entre os que tinham a força muscular alterada (68,29%), e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,003$). A porcentagem de independência para o vestuário de tronco superior foi maior (94,74%) entre os que tinham a força muscular normal do que entre os que tinham a força muscular alterada (73,17%), e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,01$). A porcentagem de independência para o vestuário de tronco inferior foi maior (94,74%) entre os que tinham a força muscular normal do que os que tinham a

força muscular alterada (68,29%), e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,003$).

A porcentagem de independência para higiene pessoal foi maior (94,74%) entre os que tinham a força muscular normal do que os que tinham a força muscular alterada (68,29%), e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,003$). A porcentagem de independência no controle de urina foi maior (97,37%) entre os que tinham a força muscular normal do que entre os que tinham a força muscular alterada (73,17%), e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,003$).

A porcentagem de independência para as transferências para cama, cadeira, cadeira de rodas foi maior (94,74%) entre os que tinham a força muscular normal do que entre os que tinham a força muscular alterada (73,17%), e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,01$). A porcentagem de independência na transferência para vaso sanitário foi maior (94,74%) entre os que tinham a força muscular normal do que entre os que tinham a força muscular alterada (73,17%), e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,01$).

A porcentagem de independência nas transferências para ducha e banheira foi maior (94,74%) entre os que tinham a força muscular normal do que entre os que tinham a força muscular alterada (70,73%), e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,007$).

A porcentagem de independência para andar ou usar cadeira de rodas foi maior (89,47%) entre os que tinham a força muscular normal do que entre os que tinham a força muscular alterada (65,85%), e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,01$). A porcentagem de independência para utilizar escada foi maior (86,84%) entre os que tinham a força muscular normal do que entre os que tinham a força muscular alterada (51,22 %), e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,001$) (tabela 63).

TABELA 63 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E A PRESENÇA DE ALTERAÇÃO NA FORÇA MUSCULAR

	FORÇA MUSCULAR								p
	NORMAL				ALTERADA				
	Dependentes		Independentes		Dependentes		Independentes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimentação	3	7,89	35	92,11	9	21,95	32	78,05	0,118
Trato Pessoal	2	5,26	36	94,74	9	21,95	32	78,05	0,049 *
Banho	2	5,26	36	94,74	13	31,71	28	68,29	0,003 *
Vestuário Superior	2	5,26	36	94,74	11	26,83	30	73,17	0,013 *
Vestuário Inferior	2	5,36	36	94,74	13	31,71	28	68,29	0,003 *
Higiene Pessoal	2	5,36	36	94,74	13	31,71	28	68,29	0,003 *
Controle Intestino	1	2,63	37	97,37	6	14,63	35	85,37	0,110
Controle Urina	1	2,63	37	97,37	11	26,83	30	73,17	0,003 *
Cama, cadeira, cadeira de rodas	2	5,26	36	94,74	11	26,83	30	73,17	0,013 *
Vaso Sanitário	2	5,26	36	94,74	11	26,83	30	73,17	0,013 *
Ducha, Banheira	2	5,26	36	94,74	12	29,27	29	70,73	0,007 *
Anda ou usa cadeira de rodas	4	10,53	34	89,47	14	34,15	27	65,85	0,015 *
Escada	5	13,16	33	86,84	20	48,78	21	51,22	0,001 *
Compreensão	1	2,63	37	97,37	4	9,76	37	90,24	0,360
Expressão	1	2,63	37	97,37	4	9,76	37	90,24	0,360
Interação Social	1	2,63	37	97,37	4	9,76	37	90,24	0,360
Resolução de problemas	1	2,63	37	97,37	4	9,76	37	90,34	0,360
Memória	1	2,63	37	97,37	4	9,76	37	90,34	0,360

* $p \leq 0,05$

Não houve diferença significativa entre a avaliação da capacidade funcional pela escala MIF e a queixa de envolvimento neurológico (tabela 64).

TABELA 64 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E A PRESENÇA DE ENVOLVIMENTO NEUROLÓGICO

	ENVOLVIMENTO NEUROLÓGICO								p
	NÃO				SIM				
	Dependentes		Independentes		Dependentes		Independentes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimentação	6	14,63	35	85,37	6	15,79	32	84,21	1,000
Trato Pessoal	6	14,63	35	85,37	5	13,16	33	86,84	1,000
Banho	10	24,39	31	75,61	5	13,16	33	86,74	0,257
Vestuário Superior	8	19,51	33	80,49	5	13,16	33	86,74	0,549
Vestuário Inferior	9	21,95	32	78,05	6	15,79	32	84,21	0,572
Higiene Pessoal	9	21,95	32	78,05	6	15,79	32	84,21	0,572
Controle Intestino	2	4,88	39	95,12	5	13,16	33	86,84	0,252
Controle Urina	4	9,76	37	90,24	8	21,05	30	78,95	0,214
Cama, cadeira, cadeira/rodas	8	19,51	33	80,49	5	13,16	33	86,84	0,549
Vaso Sanitário	8	19,51	33	80,49	5	13,16	33	86,84	0,549
Ducha, Banheira	8	19,51	33	80,49	6	15,79	32	84,21	0,772
Anda ou usa cadeira/rodas	9	21,95	32	78,05	9	23,68	29	76,32	1,000
Escada	11	26,83	30	73,17	14	36,84	24	63,16	0,468
Compreensão	1	2,63	40	97,37	4	10,53	34	89,47	0,189
Expressão	1	2,63	40	97,37	4	10,53	34	89,47	0,189
Interação Social	1	2,44	40	97,56	4	10,53	34	89,47	0,189
Resolução de problemas	1	2,44	40	97,56	4	10,53	34	89,47	0,189
Memória	1	2,44	40	97,56	4	10,53	34	89,47	0,189

Não houve associação significativa entre a avaliação da capacidade funcional pela escala MIF e a queixa de fraqueza ou diferentes graus de fraqueza (tabelas 65 e 66)

TABELA 65 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E A QUEIXA DE FRAQUEZA

	FRAQUEZA								p
	NÃO				SIM				
	Dependentes		Independentes		Dependentes		Independentes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimentação	4	19,05	17	80,95	8	13,79	50	86,21	0,723
Trato Pessoal	3	14,29	18	85,71	8	13,79	50	86,21	0,993
Banho	3	14,29	18	85,71	12	20,69	46	79,31	0,747
Vestuário Superior	4	19,05	17	80,95	9	15,52	49	84,48	0,736
Vestuário Inferior	4	19,05	17	80,95	11	18,97	47	81,03	0,997
Higiene Pessoal	4	19,05	17	80,95	11	18,97	47	81,03	0,997
Controle Intestino	2	9,52	19	90,48	5	8,62	53	91,38	0,987
Controle Urina	2	9,525	19	90,48	10	17,24	48	82,76	0,499
Cama, cadeira, cadeira de rodas	3	14,29	18	85,71	10	17,24	48	82,76	1,000
Vaso sanitário	3	14,29	18	85,71	10	17,24	48	82,76	1,000
Ducha, Banheiro	4	19,05	17	80,95	10	17,24	48	82,76	0,998
Anda ou usa cadeira	5	23,81	16	76,19	13	22,41	45	77,59	0,999
Escada	5	23,81	16	76,19	20	34,48	38	65,52	0,423
Compreensão	1	4,76	20	95,24	4	6,90	54	93,10	1,000
Expressão	1	4,76	20	95,245	4	6,90	54	96,10	1,000
Interação Social	1	4,76	20	95,24	4	6,90	54	96,10	1,000
Resolução de problemas	1	4,76	20	95,24	4	6,90	54	96,10	1,000
Memória	1	4,76	20	95,24	4	6,90	54	93,10	1,000

TABELA 66 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E A QUEIXA DE DIFERENTES GRAUS DE FRAQUEZA

	GRAUS DE FRAQUEZA												p
	Grandes Esforços				Ritmo Lento				Muita Fraqueza				
	DEP		IND		DEP		IND		DEP		IND		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimentação	3	14,29	18	85,71	3	9,38	29	90,63	2	40,00	3	60,00	0,997
Trato Pessoal	2	9,52	19	90,48	3	9,38	29	90,63	3	60,00	2	40,00	0,697
Banho	2	9,52	19	90,48	5	15,63	27	84,38	5	100,00	0	0,00	0,179
Vestuário Superior	2	9,52	19	90,48	3	9,38	29	90,63	4	80,00	1	20,00	0,464
Vestuário Inferior	2	9,52	19	90,48	5	15,63	27	84,38	4	80,00	1	20,00	0,296
Higiene Pessoal	2	9,52	19	90,48	5	15,63	27	84,38	4	80,00	1	20,00	0,296
Controle Intestino	1	4,76	20	95,24	2	6,25	30	93,75	2	40,00	3	60,00	0,643
Controle Urina	3	14,29	18	85,71	5	15,63	27	84,38	2	40,00	3	60,00	0,733
Cama, cadeira, cadeira/roda	2	9,52	19	90,48	3	9,38	29	90,63	5	100,00	0	0,00	0,300
Vaso Sanitário	2	9,52	19	90,48	3	9,38	29	90,63	5	100,00	0	0,00	0,300
Ducha, Banheira	2	9,52	19	90,48	3	9,38	29	90,63	5	100,00	0	0,00	0,300
Anda ou usa cadeira/rodas	2	9,52	19	90,48	6	18,75	26	81,25	5	100,00	0	0,00	0,105
Escada	4	19,05	17	80,95	11	34,38	21	65,63	5	100,00	0	0,00	0,086
Compreensão	2	9,52	19	90,48	1	3,13	31	96,88	1	20,00	4	80,00	0,615
Expressão	2	9,52	19	90,48	1	3,13	31	96,88	1	20,00	4	80,00	0,615
Interação Social	2	9,52	19	90,48	1	3,13	31	96,88	1	20,00	4	80,00	0,615
Resolução de problemas	2	9,52	19	90,48	1	3,13	31	96,88	1	20,00	4	80,00	0,615
Memória	2	9,52	19	90,48	1	3,13	31	96,88	1	20,00	4	80,00	0,615

DEP = dependentes

IND = independentes

Houve diferença significativa entre sete itens da escala MIF e o fato de estar trabalhando. A porcentagem de independência para vestuário de tronco superior entre os que trabalham foi maior (95,00%) do que entre os que não trabalham (75,38%), e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,03$). A porcentagem de independência para vestuário de tronco inferior entre os que trabalham foi maior (95,00%) do que entre os que não trabalham (69,23%), e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,01$).

A porcentagem de independência para higiene pessoal entre os que trabalham foi maior (95,00%) do que entre os que não trabalham (69,23%), e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,01$). A porcentagem de independência para controle de urina entre os que trabalham foi maior (100,00%) do que entre os que não trabalham (73,85%), e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,009$). A porcentagem de independência nas transferências para cama, cadeira, cadeira de rodas

entre os que trabalham foi maior (95,00%) do que entre os que não trabalham (72,31%), e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,03$).

A porcentagem de independência na transferência para vaso sanitário entre os que trabalham foi maior (95,00 %) do que entre os que não trabalham (72,31%), e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,03$). A porcentagem de independência nas transferências para ducha, banheira entre os que trabalham foi maior (95,00%) do que entre os que não trabalham (70,77%), e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,03$) (tabela 67).

A relação com sete outros itens apresentou valores muito próximos de significância; estes itens são alimentação ($p = 0,059$), trato pessoal ($p = 0,06$) e os cinco itens de comunicação e cognição social ($p = 0,059$).

TABELA 67 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E O TRABALHO

	TRABALHA								p
	NÃO				SIM				
	Dependentes		Independentes		Dependentes		Independentes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimentação	17	26,15	48	73,85	1	5,00	19	95,00	0,059
Trato Pessoal	16	24,62	49	75,38	1	5,00	19	95,00	0,062
Banho	18	27,69	47	72,31	3	15,00	17	85,00	0,375
Vestuário Superior	18	27,69	47	72,31	1	5,00	19	95,00	0,035 *
Vestuário Inferior	20	30,77	45	69,23	1	5,00	19	95,00	0,019 *
Higiene Pessoal	20	30,77	45	69,23	1	5,00	19	95,00	0,019 *
Controle Intestino	2	4,88	39	95,12	5	13,16	33	86,84	0,252
Controle Urina	17	26,15	48	73,85	0	0,00	20	100,00	0,009 *
Cama, cadeira, cadeira de rodas	18	27,69	47	72,31	1	5,00	19	95,00	0,035 *
Vaso Sanitário	18	27,69	47	72,31	1	5,00	19	95,00	0,035 *
Ducha, Banheira	19	29,23	46	70,77	1	5,00	19	95,00	0,033 *
Anda ou usa Cadeira de rodas	20	30,77	45	69,23	4	20,00	16	80,00	0,408
Escada	27	41,54	38	58,46	4	20,00	16	80,00	0,111
Compreensão	11	16,92	54	83,08	0	0,00	20	100,00	0,059
Expressão	11	16,92	54	83,08	0	0,00	20	100,00	0,059
Interação Social	11	16,92	24	83,08	0	0,00	20	100,00	0,059
Resolução de problemas	11	16,92	24	83,08	0	0,00	20	100,00	0,059
Memória	11	16,92	24	83,08	0	0,00	20	100,00	0,059

* $p \leq 0,05$

Não houve diferença estatisticamente significativa entre a avaliação da capacidade funcional e a atuação em trabalho pesado e também com o fato de ter deixado o trabalho devido à doença (tabelas 68 e 69).

TABELA 68 - RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E A EXECUÇÃO DE TRABALHO PESADO

	TRABALHO PESADO								p
	NÃO				SIM				
	Dependentes		Independentes		Dependentes		Independentes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimentação	11	28,95	27	71,05	7	14,89	40	85,11	0,181
Trato Pessoal	11	28,95	27	71,05	6	12,77	41	87,23	0,100
Banho	11	28,95	27	71,05	10	21,28	37	78,72	0,456
Vestuário Superior	11	28,95	27	71,05	8	17,02	39	82,98	0,203
Vestuário Inferior	12	31,58	26	68,42	9	19,15	38	80,85	0,213
Higiene Pessoal	12	31,58	26	68,42	9	19,15	38	80,85	0,213
Controle Intestino	8	21,05	30	78,95	5	10,64	42	89,36	0,231
Controle Urina	8	21,05	30	78,95	9	19,15	38	80,85	1,000
Cama, cadeira, cadeira de rodas	11	28,95	27	71,05	8	17,02	39	82,98	0,203
Vaso Sanitário	11	28,95	27	71,05	8	17,02	39	82,98	0,203
Ducha, Banheira	12	31,58	26	68,42	8	17,02	39	82,98	0,131
Anda, Cadeira de rodas	14	36,84	24	63,16	10	21,28	37	78,72	0,147
Escada	17	44,74	21	55,26	14	29,79	33	70,21	0,179
Compreensão	7	18,42	31	81,58	4	8,51	43	91,49	0,207
Expressão	7	18,42	31	81,58	4	8,51	43	91,49	0,207
Interação Social	7	18,42	31	81,58	4	8,51	43	91,49	0,207
Resolução de problemas	7	18,42	31	81,58	4	8,51	43	91,49	0,207
Memória	7	18,42	31	81,58	4	8,51	43	91,49	0,207

TABELA 69 – RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MIF E O FATO DE TER DEIXADO O TRABALHO DEVIDO À DOENÇA

	DEIXOU O TRABALHO DEVIDO À DOENÇA								p
	NÃO				SIM				
	Dependentes		Independentes		Dependentes		Independentes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimentação	12	22,00	39	78,00	7	20,00	28	80,00	1,000
Trato Pessoal	11	22,00	39	78,00	6	17,14	29	82,86	0,783
Banho	14	28,00	36	72,00	7	20,00	28	80,00	0,452
Vestuário Superior	11	22,00	39	80,00	8	22,86	27	77,145	1,000
Vestuário Inferior	12	24,00	38	76,00	9	25,71	26	74,29	1,000
Higiene Pessoal	12	24,00	38	76,00	9	25,715	26	74,29	1,000
Controle Intestino	8	16,00	42	84,00	5	14,29	30	85,71	1,000
Controle Urina	10	20,00	40	80,00	7	20,00	28	80,00	1,000
Cama, cadeira, cadeira de rodas	12	24,00	38	76,00	7	20,00	28	80,00	0,793
Vaso sanitário	12	24,00	38	76,00	7	20,00	28	80,00	0,793
Ducha, banheira	12	24,00	38	76,00	8	22,86	27	77,14	1,000
Anda ou usa cadeira de rodas	15	30,00	35	70,00	9	25,71	26	74,29	0,807
Escadas	16	32,00	34	68,00	15	42,86	20	57,14	0,363
Compreensão	6	12,00	44	88,00	5	14,29	30	85,71	0,754
Expressão	6	12,00	44	88,00	15	14,29	30	85,71	0,754
Interação Social	6	12,00	44	88,00	15	14,29	30	85,71	0,754
Resolução de problemas	6	12,00	44	88,00	15	14,29	30	85,71	0,754
Memória	6	12,00	44	88,00	15	14,29	30	85,71	0,754

5 DISCUSSÃO

Com o crescimento do número de pessoas infectadas pelo HIV e aumento da expectativa de vida nesta população, a avaliação e o tratamento das dificuldades físicas relacionadas à aids tornam-se prioridades cada vez mais importantes. A habilidade de o HIV afetar múltiplos órgãos e sistemas, especialmente o sistema nervoso, resulta numa grande variedade de síndromes clínicas incapacitantes que se manifestam em qualquer época e por diferentes fatores associados à evolução da doença.

Em uma investigação evolutiva das dificuldades funcionais, observando seus níveis e tempo na doença numa população com infecção sintomática pelo HIV, foi observada uma piora progressiva no *status* funcional (CRYSTAL; SAMBAMOORTHY, 1999). Uma das formas de se observar as conseqüências da infecção pelo HIV é mediante a avaliação da capacidade funcional dos pacientes (BENJAMIN, 1989).

Verificou-se uma incidência significativa de incapacidades na população com aids avaliada neste estudo; 85% dos pacientes tinham queixas relacionadas à dificuldade na atividade física; 70% referiam diferentes graus de fraqueza; 46% apresentavam queixas relacionadas ao sistema nervoso e 67% não trabalhavam, sendo que 44% deixaram o trabalho devido à doença.

A escala de Karnofsky é uma das mais utilizadas em pesquisa com o HIV; ela não oferece informações detalhadas para pesquisa relacionada à incapacidade física (O'DELL, 1991a; SCHIFITTO et al., 2001), mas classifica o *status* funcional de uma maneira mais geral. Na população em estudo, pela classificação de Karnofsky observou-se que 68% dos pacientes foram considerados independentes. A classificação mais freqüente, presente em 52% da população, foi 80%, o que equivale à capacidade para uma atividade normal, mas com esforço. Este item diferencia e descreve melhor a condição do paciente que, sendo independente, tem sua capacidade física comprometida pela necessidade de esforço nas atividades em geral.

A necessidade de esforço compromete a qualidade de vida de metade da população avaliada.

A escala de Rankin proporciona uma visão ainda mais global da independência e é mais utilizada para estudos prognósticos de doenças cerebrovasculares (GRANT; O'BRIAN; DICK, 1999). A escala gradua a habilidade que o paciente tem de cuidar de si mesmo. Não há na literatura nenhuma referência de sua utilização para a avaliação de pacientes infectados pelo HIV. Uma das diferenças entre ela e a escala de Karnofsky, é que, por ser menos detalhada, agrupa um número maior de pacientes em cada nível, o que talvez explique o maior índice de significância em relação a uma série de variáveis que demonstrou em relação à escala de Karnofsky. As informações obtidas pela avaliação com a escala de Rankin foram comparadas em grupos de pacientes, e a maioria (60%) deles foi classificada como parcialmente dependentes.

As escalas de Barthel e a MIF detalham especificamente a capacidade funcional para as AVDs; nesse caso o escore total não é tão significativo quanto às dificuldades avaliadas em cada item, pois são estas que indicam onde estão as deficiências. Observou-se que a maioria dos pacientes foi classificada como independentes, 56% pelo índice de Barthel e 58% pela escala MIF. As maiores dificuldades foram verificadas nos itens que exigem mais esforço físico como andar, uso de escadas e transferências, o que está de acordo com a presença da queixa de fraqueza em 70% dos pacientes e da classificação de 80% pela escala de Karnofsky em 63 (52%) pacientes.

Um paciente com escore máximo para o índice de Barthel é considerado independente, o que não significa que ele possa viver sozinho, mas que pode ser mantido sem a necessidade de ajuda nas AVDs. A independência é específica para os itens avaliados e, mesmo que um grupo tenha demonstrado graus relativamente elevados de independência, um número significativo apresenta incapacidade moderada e severa.

Entre os 85 pacientes avaliados pela escala MIF, 36 (42%) eram dependentes, necessitando de ajuda humana em pelo menos um item da escala sendo que 22 (61%) necessitavam de ajuda em quatro ou mais áreas. A variedade e quantidade de déficits motores notados neste estudo podem ser comparadas ao estudo de O'DELL (1991a), no qual foram avaliados, pela escala MIF, 37 pacientes internados com aids. Destes, 60% necessitavam de ajuda humana em pelo menos um item da escala e 32%, em cinco ou mais áreas. Talvez o índice mais elevado de incapacidades encontrado por O'DELL (1991a) se deva a que, no estudo ora apresentado, os pacientes estavam internados em enfermarias, enquanto no estudo de O'DELL estavam internados em unidades críticas, tendo maior probabilidade de incapacidades pelo estado geral mais debilitado. Em ambos os estudos os itens de maior dificuldade foram os mesmos, utilizar escadas, andar e as transferências, que são os itens que exigem maior esforço físico e equilíbrio.

Pelo estudo tipo coorte de O'DELL (1996), avaliando a qualidade de vida por meio de escalas específicas em 391 indivíduos com aids, ele concluiu que os déficits severos são menos comuns, enquanto os leves e moderados são mais comuns, como foi observado também neste estudo.

Neste estudo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com relação à idade, ao sexo e à raça em qualquer uma das quatro escalas utilizadas. Da mesma forma, no estudo de O'DELL (1996) também não foram observadas relações com idade e raça. Já no estudo de WACHTEL et al. (1992), que avaliou a qualidade de vida em pessoas infectadas pelo HIV, a idade teve um impacto significativo em várias áreas, inclusive na função física. Um estudo tipo coorte, analisando as trajetórias das incapacidades funcionais em pessoas com aids (CRYSTAL; SAMBAMOORTHY, 1996), sugeriu que as mulheres teriam uma dificuldade especial em realizar as AVDs e AVDs instrumentais, pois havia uma associação do sexo feminino a um nível mais alto de incapacidades, mas isto não foi observado na amostra desta pesquisa.

Por este estudo também não foram evidenciadas diferenças significativas entre a avaliação da incapacidade e o número de meses de infecção pelo HIV. A documentação da severidade e as correlações da incapacidade física num grupo de pessoas infectadas pelo HIV, antes da definição do quadro de aids, comparando com um grupo de adultos não infectados, mostraram relativamente baixos níveis de incapacidade física. No entanto, estes níveis são altos quando comparados aos dos adultos sem infecção (O'DELL, 1998). Na amostra desta pesquisa 29% dos pacientes abriram o quadro de aids nesta internação e isto talvez explique, em parte, os níveis mais baixos de incapacidade e a falta de relação com o tempo de infecção. No estudo tipo coorte de O'DELL et al. (1998), concluiu-se que os déficits, quando presentes no indivíduo infectado pelo HIV, antes da abertura do quadro de aids, tendem a ocorrer nas AVDs instrumentais, não avaliadas por estas escalas. O comprometimento da capacidade física nas AVDs é relativo a um estado geral mais alterado. O estudo de GLOBE, HAYS e CUNNINGHAM (1999), associando parâmetros clínicos com uma avaliação de qualidade de vida em pessoas hospitalizadas com infecção pelo HIV, demonstrou uma relação do número de meses de infecção com o item "bem-estar" da escala.

Quanto à relação entre a capacidade funcional e o número de meses do diagnóstico de aids, as escalas Karnofsky e Barthel não apresentaram diferenças significativas. Já na avaliação da capacidade física pela escala de Rankin foi possível observar uma relação bastante significativa entre a incapacidade e o tempo de doença mostrando que há uma probabilidade maior de que o paciente seja dependente quanto maior for o tempo de doença. Esta relação é esperada pois, com o avanço do comprometimento do sistema imunológico, infecções, complicações hematológicas e neurológicas se tornam concomitantes e se intensificam gradualmente, requerendo medicações mais agressivas e tóxicas. A falta de condicionamento e a má nutrição nas fases mais adiantadas da doença vão dificultar a habilidade do paciente para se recuperar funcionalmente de uma complicação (O'DELL, 1991a).

No estudo tipo coorte feito por O'DELL et al., em 1996, a correlação entre a incapacidade física e o tempo de doença não foi significativa. Já no estudo de

O'DELL (1991a), citado previamente, percebeu-se uma relação significativa entre a incapacidade e o tempo de doença.

A relação entre incapacidade e tempo de doença também trouxe resultados com diferenças significativa nesta amostra, quando classificada pela escala MIF, mas com sentido contrário. A escala de Rankin foi aplicada em 120 pacientes sendo 87 (72%) classificados como dependentes e parcialmente dependentes. A escala MIF foi aplicada em 85 pacientes e por esta classificação 36 (42%) foram considerados dependentes. O grau dois da escala de Rankin se refere à pouca dependência, incapaz de retornar às atividades prévias, capaz de se manter sozinho, sem necessidade de assistência ou supervisão diária. Um paciente nestas condições, considerado dependente pelo escore de Rankin, poderia ser considerado independente em vários itens da escala MIF, que avalia a capacidade em áreas específicas. Este pode ser um dos motivos pelos quais observou-se, na análise dos resultados, significância em vários itens mostrando uma maior média do número de meses de doença no grupo dos pacientes considerados independentes. Este resultado estaria em desacordo com o feito a partir do escore de Rankin e também esperado pela clínica da doença. Outro motivo para esta diferença poderia estar relacionado ao tipo de amostra, que no caso do estudo de O'DELL (1991a) apresentava uma média do tempo de doença maior ($15,2 \pm 10,2$ meses) em relação à média na população deste estudo ($11,6 \pm 19,7$ meses) e, pelas condições do internamento, era mais incapacitada.

Neste estudo, mesmo com poucos resultados disponíveis, a relação entre o log.carga viral c/ml e a incapacidade foi significativa para os itens vestuário, toalete e banho do índice de Barthel e no item controle de urina da escala MIF. A média do log.carga viral c/ml do grupo com dependência era maior, demonstrando que existe uma maior chance de dependência no grupo com maior número de cópias de vírus circulante, o que insinua, de certa forma, maior comprometimento pela doença. Outros quatro itens da escala MIF, que seriam banho, higiene pessoal, transferências para cama, cadeira e cadeira de rodas e transferência para vaso sanitário e o item controle de urina da escala de Barthel apresentaram valores muito próximos de

significância. Isto poderia indicar que a relação seria significativa também nestes itens se a amostra de pacientes com este dado fosse maior. A carga viral é citada como parâmetro para avaliação da evolução da doença mas, no estudo de GLOBE, HAYS e CUNNINGHAM (1999), não foi utilizada pois, na época da coleta de dados, entre maio 1992 a abril de 1993, o teste não era padronizado nos Estados Unidos.

Algumas das medidas clínica mais utilizadas na literatura são a contagem dos linfócitos T (CD4+) e a análise da relação CD4+/CD8+, que avaliam o grau de comprometimento da imunidade celular do paciente. Em nosso estudo, na avaliação pela escala de Barthel, a média dos linfócitos CD4+/ μ L, mesmo que abaixo do valor considerado normal, era maior entre os independentes, sendo a diferença significativa. Na avaliação pela escala MIF, em relação aos níveis do CD4+/ μ l, a porcentagem de independência foi maior no grupo que tinha o maior comprometimento da imunidade celular.

Alguns estudos prévios (CLEARY et al., 1993; O'DELL et al., 1996) mostraram falta de associação entre a função física e a contagem dos linfócitos CD4+ e sugerem que a classificação clínica é mais importante do que a laboratorial para determinar a incapacidade física na aids. No estudo de O'DELL (1998), um coorte avaliando a incapacidade física em pessoas com aids, não houve associação com a CD4+/ μ l no grupo sintomático, mas houve associação estatisticamente comprovada com o grupo assintomático. No estudo de PEDERSEN et al., (1989), um coorte que acompanhou por três anos a progressão para aids, houve associação significativa entre a progressão para aids e a baixa contagem dos linfócitos CD4+/ μ l. Na avaliação da qualidade de vida de pacientes hospitalizados com aids, GLOBE, HAYS e CUNNINGHAM (1999) observaram correlação entre a baixa contagem dos linfócitos CD4+/ μ l e um mau resultado na avaliação.

No caso da relação CD4+/CD8+ não houve diferença significativa entre a incapacidade medida nas quatro escalas e os níveis da relação; mas foram observadas diferenças significativas em relação ao valor absoluto da relação, tanto pela escala de Barthel como na MIF. Em ambas as escalas, a média da relação CD4+/CD8+ era

maior entre os pacientes apresentando independência. Não há referências em outros estudos relacionando a média da relação CD4+/CD8+ e a incapacidade física.

Pelo fato de terem sido analisados estatisticamente tanto a contagem e os níveis do CD4+/ μ l e da relação CD4+/CD8+ em relação à incapacidade, a análise também foi realizada considerando a contagem e os níveis dos linfócitos CD8+/ μ l. Houve diferença significativa entre a incapacidade e os níveis dos linfócitos CD8+/ μ l na avaliação pela escala de Rankin modificada, mas, para concluir-se o valor clínico deste dado seria necessário uma avaliação do histórico da contagem dos linfócitos CD8+/ μ l nestes pacientes, dados não disponíveis neste estudo. Não há referências em outros estudos relacionando o valor ou níveis dos linfócitos CD8+/ μ l e a incapacidade física.

A abertura do quadro de aids envolvendo um ou mais sistemas teoricamente poderia estar ou não relacionada à incapacidade, dependendo da severidade de qualquer um dos quadros, mas, por este estudo, na avaliação feita pela escala de Rankin, concluiu-se que há uma maior chance de dependência entre os que abriram o quadro envolvendo mais sistemas. Alguns estudos relacionam a gravidade da doença e a incapacidade física ao número de sintomas de aids, mas nenhum deles ao número de sistemas envolvidos na abertura do quadro de aids ou no momento do internamento.

Não se observou relação, em qualquer das escalas, entre a incapacidade e o envolvimento de um ou mais sistemas na causa do internamento. No estudo de O'DELL (1991a) em pacientes internados houve a tentativa de relacionar a incapacidade com o diagnóstico principal do internamento, mas não foi possível devido ao tamanho da amostra.

Não houve diferença significativa em qualquer uma das escalas entre a presença de incapacidade e o envolvimento do sistema nervoso na abertura do quadro de aids, mas os resultados da classificação pela escala MIF em relação aos itens de cognição social e comunicação sugerem uma possível relação caso a amostra fosse maior. A escala MIF oferece apenas uma visão global das capacidades neuropsicológica e de

comunicação em cinco itens da escala. Entre os 85 pacientes avaliados por esta escala, os itens comunicação, expressão, interação social, resolução de problemas e memória foram os que apresentaram menor dificuldade, e apenas 13% dos pacientes foram considerados dependentes. Mesmo assim, na relação entre a incapacidade e o envolvimento do sistema nervoso na abertura do quadro de aids, estes itens apresentaram valores de “p” muito próximos de significância. As desordens que afetam o sistema nervoso estão entre as causas mais comuns de incapacidade nos pacientes com aids, portanto este tipo de resultado seria esperado.

De todas complicações diretamente relacionadas à infecção pelo HIV, os mais frequentes são os quadros de distúrbio neurocognitivo. Os termos complexo aids demência, demência relacionada ao HIV, HIV demência, encefalopatia pelo HIV são sinônimos. Graus menores de dificuldade sintomática cognitiva, motora e funcional, não suficientes para diagnosticar demência, são chamados distúrbio cognitivo-motor mínimo associado ao HIV. Esses distúrbios são classificados como outra categoria pois regularmente não progridem para demência franca e as dificuldades não impossibilitam uma vida normal, portanto não preenchem critérios de demência. Dificuldades cognitivas eventualmente se desenvolvem em cerca de 30% das pessoas com aids e demência franca em cerca de 15% (MCARTHUR, 1993). Em adultos somente 3% dos casos de aids se apresentam inicialmente com demência como a primeira doença definidora de aids. Mais tipicamente, a demência se inicia após uma deficiência imune substancial ou associada com outras complicações oportunistas sistêmicas definidoras de aids. Clinicamente manifesta-se como um quadro demencial subcortical, de início insidioso desenvolvendo-se em meses com alterações cognitivas, comportamentais e motoras, por isso a denominação complexo aids demência (BERGER; LEVI, 1997; CLIFFORD, 2002; GARTNER, 2000; LEVY et al., 1985; MAJOR et al., 2000). O diagnóstico de demência associada ao HIV é estabelecido por critérios clínicos, não existe nenhum método ou recurso diagnóstico que faça o diagnóstico (BERGER; LEVY, 1997; HARRISON, 1998; POLICH et al., 2000; POWER et al., 1995).

Em relação ao envolvimento do sistema nervoso na causa do internamento, duas escalas apresentaram diferenças significativas. A escala Barthel mostrou diferença significativa nos itens alimentação, trato pessoal, controle da evacuação, vestuário e uso do toalete. A escala MIF mostrou diferença significativa em 11 itens que são alimentação, trato pessoal, vestuário de tronco superior, controle de intestino, controle de urina, transferências para ducha ou banheira, compreensão, expressão, interação social, resolução de problemas e memória. Três outros itens tiveram valores muito próximos de significância e são transferências para cama, cadeira e cadeira de rodas, uso de escadas e anda ou usa cadeira de rodas. Os itens de cognição social e comunicação foram os de maior significância, o que sugere que a aplicação da escala MIF pode ser indicada para os pacientes com aids devido à possibilidade da presença de distúrbio cognitivo-motor mínimo e quadros demenciais, que poderiam ser sugeridos por esta avaliação.

Observou-se em todas as escalas a relação entre a incapacidade e a presença de alteração na força muscular. Pela classificação das escalas de Karnofsky e de Rankin as diferenças foram estatisticamente significativas e nas escalas Barthel e MIF vários itens apresentaram diferenças significativas mostrando a chance maior de dependência quando existe alteração na força muscular. A alteração da força muscular, presente em 43% da população, acompanhava queixas de envolvimento neurológico, fraqueza e queda do estado geral. No estudo de WACHTEL (1992), tanto os sintomas neurológicos quanto os constitucionais foram correlacionados de maneira bastante significativa com a função física. Não foi encontrado na literatura outro estudo avaliando a incapacidade funcional na aids e relacionando-a com a alteração na força muscular.

Quanto às queixas de envolvimento neurológico, as escalas Rankin e o item micção da escala de Barthel mostraram diferenças significativas sendo que os paciente apresentando queixas relacionadas ao envolvimento do sistema nervoso no quadro clínico apresentaram uma proporção maior de dependência do que os que não apresentaram queixas.

Também houve diferença significativa entre a incapacidade e a queixa de fraqueza na avaliação pelo escore de Rankin mostrando uma chance maior de dependência entre os pacientes que apresentaram esta queixa. A queixa de fraqueza poderia ser traduzida como fadiga, falta de condicionamento ou baixa resistência ao esforço físico, com necessidade, por exemplo, de pausas para repouso durante uma atividade. A fadiga contribui para a morbidade e a incapacidade principalmente no estágio IV da classificação do CDC, que corresponde ao complexo relacionado à aids e à aids propriamente dita (DARKO et al., 1992), diagnóstico dos pacientes relacionados neste estudo. Também é, com freqüência, a principal limitação na reabilitação de outras incapacidades (O'DELL; LEVINSON; RIGGS, 1996).

No estudo de O'DELL (1998) foi observada forte correlação entre a fadiga e a incapacidade física, a partir da aplicação de um índice de fadiga na avaliação de pacientes com aids. Neste estudo, foi utilizada uma classificação em graus para a queixa de fraqueza, mas apenas dois itens da escala de Barthel apresentaram diferenças estatisticamente significativas, mostrando uma maior porcentagem de independência para o menor grau de fraqueza; este resultado provavelmente seria mais significativo com uma amostra maior.

Nas escalas de Barthel e MIF vários itens apresentaram diferenças estatisticamente significativas na relação entre incapacidade e trabalho, como também na escala de Karnofsky e no escore de Rankin. A habilidade para o trabalho pode envolver a função social, mas envolve principalmente a função física, tendo a capacidade para mobilidade e autocuidado, geralmente, como pré-requisitos. Muitos fatores na aids podem determinar a necessidade de abandonar o trabalho. LEVINSON e O'CONNELL (1991) comentam que a maioria dos pacientes com aids refere a fadiga como principal motivo de eles terem abandonado a atividade profissional. A hipótese de que a fadiga, entre outros fatores, afeta as atividades em geral e o trabalho, foi testada entre dois grupos sob comparação (DARKO et al., 1992). Para os pacientes infectados pelo HIV, a fadiga foi citada como um problema significativamente maior e interferiu mais nas atividades importantes, como trabalhar e dirigir, do que entre o grupo não infectado. Os pacientes infectados eram

significativamente mais propensos a não estar trabalhando, a sentir fadiga durante um número maior de horas e a descansar e dormir mais. Pela classificação de Karnofsky relacionada ao trabalho, concluiu-se, neste estudo, que há uma probabilidade maior de dependência entre os que não estão do que entre os que estão trabalhando. O estudo de O'DELL (1998) mostrou forte correlação entre o trabalho e a incapacidade física. Nenhuma das escalas mostrou diferença significativa entre a incapacidade e o trabalho pesado ou ao fato de ter deixado o trabalho devido à doença.

Devido ao fato de que 48% dos pacientes referiam ter a área de atuação em serviço pesado, buscou-se uma relação acreditando que uma porcentagem maior de independentes atuaria na área enquanto os dependentes abandonaram-na devido à doença. Observou-se que entre os que trabalham em serviço pesado o número de independentes realmente foi maior que de dependentes, mas a diferença não foi estatisticamente significativa.

Na população estudada, vários motivos relacionados a complicações sistêmicas decorrentes da infecção pelo HIV levaram 52 pacientes a deixar o trabalho; entre eles a fraqueza foi citada por 44% dos pacientes, mas outros fatores como edemas incapacitantes, lesões de pele, alterações visuais e o próprio preconceito, tanto por parte do paciente como da sociedade, contribuíram para o afastamento do trabalho. Este dado é consistente com as observações de O'DELL et al. (1996), que advertem quanto ao cuidado na interpretação da relação incapacidade funcional e trabalho, devido ao fato de que muitos outros fatores, fora a debilidade física, influenciam no abandono do trabalho.

Devido à grande variabilidade de tipos e severidade dos déficits funcionais dificilmente uma única escala seria apropriada para este tipo de avaliação. Isto explica por que entre os estudos citados foram utilizados diferentes escalas e índices para a avaliação de pacientes com aids. Ao selecionar uma escala para avaliar a capacidade física e funcional de pacientes com aids, seria necessária uma atenção especial àquelas que avaliam, entre as atividades da vida diária, as que exigem maior esforço físico como andar, subir escadas e transferências; também devem ser

associados o exame da força muscular e as questões quanto às atividades gerais, fadiga e o trabalho.

As quatro escalas funcionais utilizadas neste estudo contribuíram para a literatura relacionada à incapacidade física na aids; primeiramente porque mostram a eficácia do uso de uma escala mais simplificada como a de Rankin, permitindo relações importantes e significativas; confirmou-se a eficácia da escala de Karnofsky que, mesmo genérica, classifica o *status* funcional de uma maneira mais específica, como no caso da fadiga e esforço na aids.

Quanto à capacidade funcional, ambas as escalas utilizadas avaliam detalhadamente a independência para as AVDs; mas, no caso de uma população com aids, a escala MIF pode ser mais útil por incluir itens na área cognitiva e de comunicação. A escala MIF gradua de forma mais detalhada a quantidade de ajuda humana necessária para o paciente, o que seria útil caso fosse usada para encaminhar os pacientes para cuidados especiais. Também faz uma diferenciação quanto à independência modificada, detalhando a necessidade de algum tipo de apoio. No caso deste estudo a contribuição maior é devido à avaliação dos itens de comunicação e cognição social.

Os dados do estudo ora apresentado são baseados em uma única avaliação, e a severidade e frequência de incapacidades provavelmente seriam muito maiores se avaliadas longitudinalmente. Mesmo assim, foram observados altos níveis de incapacidade na população, o que levanta várias questões em relação à avaliação da incapacidade, tanto quanto em relação às possíveis intervenções em termos de reabilitação.

Conhecendo, por exemplo, a frequência de fadiga na evolução da aids, a orientação nutricional e os exercícios físicos devem fazer parte do programa de tratamento desde as fases iniciais da doença, com um acompanhamento regular dos profissionais de reabilitação. As sugestões em vários estudos são de encorajar o paciente HIV+ a começar um programa de exercícios preferivelmente nas fases iniciais da infecção (NIEMAN, 1999). Alguns dos benefícios notados com um programa de exercícios são o aumento da capacidade aeróbica; aumento dos índices

da função imunológica; manutenção ou ganho de massa/peso corporal e melhora do humor, fatores que conduzem a uma boa saúde e melhoram a qualidade de vida dos pacientes (STRINGER, 2001; LAPERRIERE et al., 1997).

Um programa preventivo tem mais condições de contribuir significativamente para manter os pacientes como pessoas produtivas na sociedade por mais tempo (LEVINSON; O'CONNELL,1991). Caso estejam indicadas, as técnicas utilizadas para prevenir a incapacidade não vão alterar o processo da doença, mas freqüentemente aumentam o *status* funcional do paciente (O'DELL et al., 1996).

Considerando que na infecção pelo HIV virtualmente todos os pacientes vão ser hospitalizados em algum ponto da doença há pouco motivo para acreditar que esta amostra seja muito diferente de outros pacientes no mesmo estágio da doença. Por outro lado, mesmo que eles representem uma visão ampla das características dos pacientes internados com aids o estudo foi limitado a pacientes hospitalizados numa área geográfica de Curitiba, sendo que os resultados podem não ser generalizados a pacientes ambulatoriais e que não tenham sido hospitalizados pela infecção.

O conhecimento dos problemas e subseqüentes incapacidades vistos na aids é imprescindível para o encaminhamento adequado, que inclui a prevenção, os cuidados básicos, e os serviços de reabilitação. A atenção precoce aos déficits físicos e funcionais é crucial para assegurar uma melhor qualidade de vida aos pacientes.

6 CONCLUSÃO

1

- A) Oitenta e cinco por cento dos pacientes referiram ter sua atividade física prejudicada e 70% referiram diferentes graus de fraqueza; a força muscular esteve alterada em 52% e 46% apresentaram queixas relacionadas ao sistema nervoso.
- B) Metade da população referiram fazer as atividades normais com esforço e 52% referiram terem deixado o trabalho devido à doença.
- C) Na avaliação da capacidade física pela escala de Karnofsky, 68% da população era independente, 19% parcialmente dependente e 13% dependente; pela escala de Rankin modificada, 28% da população era independente, 60% parcialmente dependente e 12% dependente.
- D) Na avaliação da capacidade funcional para as atividades da vida diária, 67 (56%) dos paciente foram considerados independentes pelo índice de Barthel e 58% pela escala MIF. As áreas mais comprometidas foram as que exigem maior esforço físico e equilíbrio, que são: andar, usar escadas, transferências e vestuário.

2

- E) Houve relação estatisticamente significativa entre o comprometimento da capacidade funcional e os valores de carga viral (log) elevados, valores menores de CD4+/ μ l e da relação CD4+/CD8+.
- F) Houve diferença significativa entre a capacidade física e queixa de fraqueza e o envolvimento de mais de um sistemas na abertura do quadro de aids.
- G) Houve diferença significativa entre a capacidade funcional e o envolvimento do sistema nervoso como causa do internamento, e também em relação aos graus de fraqueza.
- H) Houve diferença significativa entre a capacidade física e funcional e o tempo de diagnóstico de aids; presença de alteração na força muscular, queixa de envolvimento neurológico e o fato de não estar trabalhando.

REFERÊNCIAS

- ANDRÉ, C. **Manual de AVC**. Rio de Janeiro, Revinter, 1999. p150-151 .
- AUERBACH, V.; JANN, B. Neurorehabilitation and HIV infection: clinical and ethical dilemmas. **J. Head Trauma Rehabil**, Gaithersburg, v. 4, p. 23-31, 1989.
- BARBOSA, M.A.I. Fisioterapia em função do aidético. **Fisioter..Mov.**, Curitiba, v.4, n.1, p. 55-67, 1991.
- BERGER, J.R.; LEVY, R.M. (Ed.). **AIDS & the nervous system**. 2.ed. Philadelphia : Lippincott – Raven, 1997.
- BERGER , J.R. ; SIMPSON.D. M. Neurologic complications of AIDS. In: SCHELD,W.M. ; WHITLEY, R.J. ; DURACK,D.T (Ed.).**Infections of the central nervous system**. 2 ed. Philadelphia : Lippincott-Raven , 1997. p.255-267.
- BENJAMIN, A.E. Perspectives on a continuum of care for persons with HIV illnesses. **Med. Care Rev.**, Thousand Oaks, v. 46, p. 411-437, 1989.
- BIRK, T.J. How much exercise is appropriated for the patients with HIV. **Sports Med. Prim. Care**, p.50-52 , June 1998.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST E AIDS. Dados e Pesquisas em DST e AIDS. **Boletim Informativo**. Disponível em: [http:// www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em 25 nov. 2002.
- BRUCK, I. et al. Developmental milestones of vertically HIV infected and seroreverters children : follow up of 83 children. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo,v.59, n.3-B, p.691-695, 2001
- CARR, D.B. **Pain in HIV/AIDS**. Paris: Association Douleur France Amerique (ADFA), [199_] . p.36.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC). 1992 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. **MMWR**, Atlanta, v.43, p.1-21, 1992.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC). 1997 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. **MMWR**, Atlanta, v.43, p.1-21, 1997.

CHINO, N. Efficacy of Barthel Index in evaluating activities of daily living in Japan, the United States, and United Kingdom. **Stroke**, Amsterdam, v. 21, suppl. 2, 64II-65II, 1990.

CLEARY, P.D. et al. Healthy-related quality of life in persons with acquired immune deficiency syndrome. **Med. Care**, Philadelphia, v.31, p.569-580, 1993.

CLIFORD D.B. AIDS dementia. **Med. Clin. North Am.**, Philadelphia, v.86, p.537-550, 2002.

CORNBLATH, D.R. Treatment of the neuromuscular complications of human immunodeficiency virus infection. **Ann Neurol**, Boston, v. 23, p. S88-S91, 1988.

CRYSTAL, S.; SAMBAMOORTHY, U. Functional impairment trajectories among persons with HIV disease: a hierarchical linear models approach. **Health Serv. Res.**, Melrose Park, v.31, p.469-488, 1996.

DALAKAS, M.C.; PEZESHKPOUR, G.H. Neuromuscular diseases associated with human immunodeficiency virus infection. **Ann Neurol**, Boston, v. 23, p. S38-S48, 1988.

DARKO, D.F. et al. Fatigue, sleep disturbance, disability, and indices of progression of HIV infection. **Am. J. Psychiatr.**, Washington, v. 149, p. 514-520, 1992.

DEJONG, R.N. Motor strength and power. In: _____. **The neurologic examination**. 3 ed. New York : Hoeber Medical Division, 1967. p. 447-496.

DE SIMONE, C.D. et al. HIV-1 Infection and cellular metabolism. **Immunol. Today**, Barking, , v. 17, p. 256-158, 1996.

DEYO, R.A. Measuring functional outcomes in therapeutic trials for chronic disease. **Control. Clin. Trials**, New York v.5, p. 223-240, 1984.

DIAMOND, G.W. Developmental problems in children with HIV infection. **Ment. Retardat.**, Washington, v.27, p.213-217, 1989.

FURTH, P.A.; MALOOF, M.; FLYNN, J.P.G. Rehabilitation and AIDS – primary care or system support. **MD. Med. J.**, Baltimore, v.37, p.469-471, 1988.

GALANTINO, M. L.; LEVY J. K. HIV Infection. Neurological implications for rehabilitation. **Clin Manag**, v. 8, p. 6-13, 1988.

GALANTINO, M. Pain management and Neuromuscular reeducation for the HIV patient. **AIDS Patient Care**, april 1, p. 81-84, 1991.

GARTNER, S. HIV infection and dementia. **Science**, Washington, v. 287, p. 602-604, 2000.

GIESEN, H.J.V. et al. Central and Peripheral nervous system functions are independently disturbed in HIV-1 infected patients. **J. Neurol.**, Berlin, ., v. 249, p. 754 – 758, 2002.

GLOBE, D.R.; HAYS, R.D.; CUNNINGHAM, W.E. Associations of Clinical Parameters with health-related quality of life in hospitalized persons with HIV disease. **AIDS Care**, Abington, v. 11, p.71-86, 1999.

GRANGER, C.; HAMILTON, B. Development of a Uniform National Data System For Medical Rehabilitation 1984-97. Final Report for Grant Number G008435062. Buffalo:National Institut on Disability and Rehabilitation Research, Office of Special Education and Rehabilitative Services, Department of Education, 1987.

GRANT, A. O'BRIAN B., DICK D.J. Neuropathy test and normative result. :In: DICK, D.J. THOMAS P.K **Diabetic neuropathy**. Philadelphia : WB Gandeira, 1999. Cap 8 p.123-141.

GUTTERMAN, L. A day treatment for persons with AIDS. **Am. J. Occup. Ther.**, Boston, v.44, . n.3, p.234 –237, Mar. 1990.

HARRIS, E.W.; HENDLER, S.L.; SIPSKI, M.L. Aids-related neurologic disease and comprehensive rehabilitation: a care report. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, Philadelphia, v.71, p. 758 (abstract), 1990.

HARRISON, M.J.G. Guidelines for management of HIV associated dementia, myelopathy, neuropathy and myopathy. **Intern. J. STD. AIDS** London, v. 9, p. 390-393, 1998.

HALL, K.M.; JOHNSTON, M.V. Measurement tools for a nationwide data system. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, Philadelphia, v.75, sc10-18, 1994.

HEINEMANN, A.W. et al. Relationship between Impairment and physical disability as measured by the functional independence measure. **Arch Phys Med Rehabil**, Philadelphia, v. 74, p. 566-573, 1993.

HEINEMANN, A.W. et al. Prediction of rehabilitation outcomes with disability measures. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, Philadelphia, v.75, 133-143, 1994.

HERBISON, G.J.; JAWEED, M.M.; DITUNNO, J.F. Exercise Therapies in Peripheral Neuropathies. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, Philadelphia, v. 64. p. 201-205, 1983.

HIRSH, D.D.; SMITH, C. Inpatient rehabilitation of acquired immunodeficiency syndrome (abstract). **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, Philadelphia v. 69, p.716, 1988.

HOBART, J.C. et al. Evidence-based measurement which disability scale for neurologic rehabilitation? **Neurology**, Hagerstown, v.57, p.639-644, 2001.

ISRAEL, V.L. **Hidroterapia**: um programa de ensino para desenvolver habilidades motoras aquáticas do lesado medular em piscina térmica. São Carlos (SP), 2000. Tese (Doutorado em Educação Especial) – Universidade Federal de São Carlos.

JETTE, A.M.; CLEARY P.D. Functional disability assessment. **Phys. Ther.**, Alexandria, v.67, p.1854-1859, 1987.

KARNOFSKY, D.A. et al. The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma : with particular reference to broncogenic carcinoma. **Cancer**, New York, v.1, p.634-656, 1948.

KAYE, B.R. Rheumatologic manifestations of infection with human immunodeficiency virus (HIV). **Ann. Intern. Med.**, Philadelphia, v. 111 p. 158-167, 1989.

LAPERRIERE, A. et al. Change in CD4+ cell enumeration following mechanisms and practical applications. **Int. J. Sports Med.**, Stuttgart, v.18 p.556- 561,1997.

LAVALLE, C. et al. Reduction in hospitalization costs, morbidity, and mortality in patients with AIDS Treated with protease inhibitors. **Arch. Med. Res.**, Mexico City, v. 31, p. 515-519, 2000.

LEFRÈRE, J.J. et al. Short Communication. Progression to AIDS in the majority of asymptomatic HIV-infected people. **AIDS**, Philadelphia, v. 3, p. 603-604, 1989.

LEVY, J.A.; HOLLANDER, H.; SHIMABUKURO, J.; MILLS, J. Isolation of DIDS associated retroviruses from cerebrospinal fluid and brain of patients with neurological symptoms. **Lancet**, London, v. 14, p. 586-8, 1985.

LEVY, R.M.; BREDESEN D.E.; ROSENBLUM, M.L. Opportunistic central nervous system pathology in patients with AIDS. **Ann, Neurol.**, Boston, v. 23, p. S7-S12, 1988.

LEVINSON, S.F.; MERRITT, L.M. Disability due to central nervous system impairment. **Phys. Med. Rehabil.**, State of the Art Reviews, v. 7, Special Issue, p. S101-18, 1993.

LEVINSON, S.F.; O'CONNELL, P.G. Rehabilitation dimensions of Aids: a review. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, Philadelphia, v.72, p.690-696,1991.

LEWIS, L. AIDS as a chronic disease. aggressive, early treatment advocated. **AIDS Patient Care**, v. 4, p. 28-30, 1989.

LIFSON, J.L.; ENGLEMAN, E.G. Role of CD4 in normal immunity and HIV infection. **Immunol Rev.**, Copenhagen, v.109, p. 93-117, 1989.

LIFSON, A.R.; HESSOL, N.A., RUTHERFORD, G.W. Progression and clinical outcome of infection due to human immunodeficiency virus. **Clin. Infect. Dis.**, Chicago, v.14, p.966-972, 1992.

LINACRE, J.M. et al. The structure and stability of the functional independence measure. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, Philadelphia, v.75, p.127-132, 1994.

LUNDGREN, K.D. Abordagem fisioterápica em pacientes com síndrome de imunodeficiência adquirida – AIDS. **Fisioter.Mov.**, Curitiba, v. 3, p. 37-47, 1990.

MACDOUGALL, D.S. Pediatric HIV: evaluation, management, and rehabilitation. **J. Int. Assoc. Phys. AIDS Care**, p.16-25, May. 1998.

MAHONEY, F.I.; BARTHEL, D.W. Rehabilitation. functional evaluation: The Barthel Index. **MD. St.Med. J.**, Baltimore, v.14, p.61-65, 1965.

MAJOR, E.O. et al. HIV- associated dementia. **Science**, Washington, v. 288, p.440-441, 2000.

MCARTHUR, J.C. NeuroAIDS: diagnosis and management. **Hosp. Pract.**, New York, v.15, p.73-97, 1997.

MCARTHUR, J.C., et al. Dementia in AIDS patients: incidence and risk factors. **Neurology**, Hagerstown, v. 43, p.2245-5222, 1993.

MCCORMICK, W.C. et al. Long term care needs of hospitalized persons with AIDS: a prospective Cohort study. **J. Gen. Intern. Med.**, Philadelphia, v. 6, p.27-34, 1991.

MILLER, R.G. et al. Fatigue and myalgia in AIDS patients. **Neurology**, Hagerstown, v. 41, supl. 1, p.375, 1991

MOCSNY, N. Toxoplasmic encephalitis in the AIDS patient **Rehabil Nurs.**, v. 18, n.1, p.20-25, 1993.

NIEMAN, D.C. Infecção e o sistema imunológico. In: _____. **Exercício e saúde**. São Paulo : Manole, 1999. p. 155-156.

- O'CONNELL, P.G. AIDS: a Medical rehabilitation perspective. **Occup. Ther. Health Care**, v.7, p. 19-43, 1990.
- O'CONNELL, P.G. ; LEVINSON, S.F. Experience with rehabilitation in the acquired immunodeficiency syndrome. **Am. J. Phys. Med. Rehabil.**, Baltimore, v.70, n.4., p.195-200, 1991.
- O'DELL, M.W. ; DILLON, M.E. Rehabilitation in adults with human immunodeficiency virus-related diseases. **Am. J. Phys. Med. Rehabil.**, Baltimore, v.71, p.183-190, 1992.
- O'DELL, M.W. et al. Disability in persons hospitalized with AIDS. **Am. J. Phys. Med. Rehabil.**, Baltimore, v.70, p.91-95, 1991a.
- O'DELL, M.W. et al. Interrater reliability of the Karnofsky performance status in a IV-infected sample. **AIDS**, Philadelphia, v. 9, p.1396-1397, 1991b.
- O'DELL, M.W. et al. Physical disability in a cohort of persons with AIDS: data from the AIDS-Time-Oriented Health Outcome Study. **AIDS**, Philadelphia v. 10, p.667-673, 1996.
- O'DELL, M.W. HIV-related neurological disability and prospects for rehabilitation. **Disabil Rehabil.**, London, v. 18, n.6, p.285-292, 1996.
- O'DELL, M.W.; LEVINSON, S.F.; RIGGS, R.V. Focused Review: Psychiatric Management of HIV-Related Disability. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, v. 77, p. S-66 – S-73, 1996.
- O'DELL, M.W. Psychiatric Intervention in AIDS: A Review of 25 Consultations. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, Philadelphia, v.71, p. 758, 1990. (abstract).
- O'DELL, M.W. Rehabilitation management of HIV neuromuscular disease. **Phys. Med. Rehabil.**, State of the Art Reviews v. 7, Special Issue, p. S83-99. 1993.(a)
- O'DELL, M.W. Rehabilitation Medicine Consultation in Persons Hospitalized with AIDS. **Am. J. Phys. Med. Rehabil.**, Baltimore, v. 72, p. 90-96, 1993.(b)
- O'DELL, M.W.; SASSON, N.L. Hemiparesis in HIV infection. Rehabilitation Approach. **Am. J. Phys. Med. Rehabil.**, Baltimore, v.71, p.291-296, 1992.
- OTTENBACHER, K.J. et al. The rehabilitation of the functional independence measure: a quantitative review. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, Philadelphia, v.77, p.1226-1232, 1996.

PARRY, G.J. Peripheral Neuropathies Associated with Human Immunodeficiency Virus Infection. **Ann. Neurol.**, Boston, v. 23, p. S49-S53, 1988.

PEDERSEN, B.K. ; NIEMAN, C. Exercise immunology: integration and regulation. **Immunol. Today**, Barking, v.19, p.204-206,1998.

PEDERSEN, C. et al. E. The development of AIDS-related conditions in a cohort of HIV antibody-positive homosexual men during a 3-year follow-up period. **J. Intern. Med.**, Oxford, v. 225, p.403-409, 1989.

PETITO, C.K. Review of central nervous system pathology in human immunodeficiency virus infection. **Ann. Neurol.**, Boston, v.23, p S54-S57, 1988.

PINCHING, A.J. Current issues in the management of AIDS patients. **J.Acquir. Immune Defici. Syndr.**, New York , v.1, p.583-592, 1988.

PIZZI, M. Occupational therapy : creating possibilities for adults with HIV infection, ARC, and AIDS. **AIDS Patient Care**, p.18-23, Feb. 1989.

POLICH, P. et al. Neuroelectric assessment of HIV: EEG, ERP and viral load. **Int J Psychophysiol**, v. 38, p. 97-108, 2000.

POWER, C. et al HIV dementia scale: a rapid screening test. **J AIDS Hum Retrviroi**, v. 8, p. 273-8, 1995.

RANKIN, J., Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. 2:Prognosis. **Scott. Med. J.**, Edinburgh, v.2, p.200-215, 1957.

REINSTEIN, L. Physical Medicine and rehabilitation in the 21st century. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, Philadelphia, v.75, p.1-2, 1994.

ROSEN, L.; STRAX, T.E.; BAKST, B. HIV and the nervous system: implications for rehabilitation (abstract). **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, Philadelphia, v.69, p.716, 1988.

ROSENSWEET, E. ; FINK, C.J. Physical therapy for the patient with acquired immunodeficiency syndrome. **Clin. Podiatr. Med. Surg.**, Philadelphia, v.9, n.4, p.883-893, 1992.

ROUBENOFF, R. et al. A Pilot Study of Exercise Training to reduce trunk fat in adults with HIV-associated fat redistribution. **AIDS**, Philadelphia, v. 13, p. 1373-1375, 1999.

SACKTOR, N. The epidemiology of human immunodeficiency virus associated neurological disease in the era of highly active antiretroviral therapy. **J Neurovirol**, Houndmilles, v. 8, supl. 2, p.115-121, 2002.

SCHIFITTO, G. D. et al. Clinical trials in HIV-associated cognitive impairment: Cognitive and Functional outcomes. **Neurology**, Hagerstown, v.56, p.415-418, Feb. 2001.

SIMPSON, D.M.; WOLFE D.E. Neuromuscular complications of HIV infection and its treatment. **AIDS**, Philadelphia, , v.5, p. 917-926, 1991.

SIMPSON, D.M. et al. Human immunodeficiency virus wasting syndrome may represent a treatable myopathy. **Neurology**, Hagerstown , v. 40, p.535-538, 1990.

SIMPSON, D.M.; ADAM, N.; BENDER, A.N. Human immunodeficiency virus-associated myopathy: analysis of 11 patients. **Ann. Neurol**, Boston, , v.24, p.79-84, 1988.

SLIWA, J.A.; SMITH, J.C. Neurologic Disability Related to Human Immunodeficiency Virus. **Arch. Phys Med. Rehabil.** Philadelphia, v. 72, p.759-762, 1991.

SMITH, M.S.; DANOFF, J.V.; PARKS, R.A. Motor skill development of children with HIV infection measured with the peabody developmental motor scales. **Pediatr. Phys. Ther.**, v. 14, n.2, p.74-84, 2002.

SPENCE, D.W. et al. Progressive resistance exercise: effect on muscle function and anthropometry of a Select AIDS population. **Arch. Phys. Med. Rehabil**, Philadelphia, v.71, p.644-648, 1990.

STRINGER, W.W. HIV and aerobic exercise. **Curr. Recom. Sports Med.**, Auckland, v.28, 389-395,1999.

WACHTEL, T. et al. Quality of life in persons with human immunodeficiency virus infection: measurement by the Medical Outcome Study instrument. **Ann. Intern. Med.**, Philadelphia, v.116, p.129-37, 1992.

WOOD, P.H.N. **Classification of impairments and handicaps**: document WHO/ICDO/REV-Conf 75-15. Geneva : World Health Organization, 1975.

VERONESI, R. et al. AIDS/SIDA síndrome de imunodeficiência adquirida. : In : MACHADO, L.R. et al.(Ed.). **Neuroinfecção 94**. São Paulo.: HC – FMUSP,1994. Cap 30, p. 228-247.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

APÊNDICE 2 – DADOS SOBRE OS FATORES DE RISCO DA INFECÇÃO
PELO HIV

APÊNDICE 3 – DADOS SOBRE O TRABALHO

APÊNDICE 4 – SISTEMAS AFETADOS NO INTERNAMENTO

APÊNDICE 5 – DADOS SOBRE A ABERTURA DO QUADRO DE AIDS

APÊNDICE 6 – DADOS CLÍNICOS E IMUNOLÓGICOS

APÊNDICE 7 – PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO

APÊNDICE 8 – DADOS SOBRE A FRAQUEZA

APÊNDICE 9 – QUEIXAS SOBRE DIFICULDADE PARA ATIVIDADES
FÍSICAS

APÊNDICE 10 – DADOS SOBRE OS QUE DEIXARAM O TRABALHO
DEVIDO À DOENÇA

APÊNDICE 11 – QUEIXAS QUANTO AO ENVOLVIMENTO NEUROLÓGICO

APÊNDICE 12 – AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR

APÊNDICE 13 – QUADRO DE DADOS DAS AVALIAÇÕES PELAS ESCALAS
BARTHEL, RANKIN E KARNOFSKY

APÊNDICE 14 – QUADRO DE DADOS DA AVALIAÇÃO PELA ESCALA MIF

APÊNDICE 1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

continua

Número	Iniciais	Sexo	Idade	Raça	Anos de estudo	Registro Hospitalar
1	RMSM	F	24	Branca	12	13878056
2	CMS	M	35	Branca	-	18095254
3	MM	F	33	Branca	-	18107740
4	AMM	F	20	Branca	-	18123983
5	FRLM	F	37	Branca	0	17724266
6	EFS	F	22	Negra	0	18119706
7	SG	M	50	Branca	-	18139723
8	SdG	M	31	Branca	-	18136627
9	CDS	F	31	Branca	-	18117967
10	AM	M	38	Branca	11	17994816
11	AMBC	M	30	Branca	5	16145742
12	GCS	F	34	Branca	-	1624369
13	MTSM	F	42	Branca	-	18112345
14	RMA	F	38	Branca	8	17431358
15	RSS	F	37	Branca	-	17400860
16	AJS	M	47	Branca	-	18183480
17	RCA	F	24	Branca	-	7145659
18	MRGF	F	39	Negra	11	1621262
19	LC	M	40	Branca	-	9531475
20	VLP	M	40	Branca	-	5416957
21	EV	F	38	Branca	0	5241847
22	MSNR	F	33	Branca	-	11419186
23	DB	F	34	Branca	6	18140195
24	MPR	M	26	Branca	-	17906682
25	ORJ	M	27	Branca	3	18224810
26	CAM	F	42	Branca	-	2639580
27	ACM	M	34	Branca	-	5146410
28	JAJ	M	28	Branca	-	18237547
29	CRG	F	27	Branca	6	18229862
30	MT	F	36	Branca	-	18030098
31	MAP	M	44	Branca	-	18243245
32	MNR	M	21	Branca	4	17772015
33	PCS	M	40	Branca	7	18251698
34	LCFZ	F	33	Branca	13	11372066
35	IN	F	45	Branca	5	16868507
36	MJO	M	31	Branca	11	18266270
37	LCF	M	55	Branca	8	17439642
38	RAC	M	36	Branca	4	16860743
39	JRM	M	49	Branca	5	6954545
40	AM	M	52	Branca	-	2375044
41	APA	F	25	Branca	-	16191167
42	AMM	F	21	Branca	3	18317524

APÊNDICE 1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Número	Iniciais	Sexo	Idade	Raça	Anos de estudo	continua
						Registro Hospitalar
43	AGC	M	42	Branca	5	5477972
44	JCBP	M	38	Branca	13	18322056
45	CAS	F	26	Branca	4	16178390
46	CA	M	31	Branca	7	18344491
47	CNR	M	29	Branca	5	18339005
48	EFS	M	38	Branca	8	18338645
49	AVPR	F	30	Branca	8	14652523
50	VLSM	F	30	Branca	7	6811566
51	APC	M	50	Parda	4	16704582
52	LS	F	20	Branca	11	8306834
53	RMS	M	26	Branca	7	16322660
54	DA	M	31	Branca	6	18335727
55	OMF	M	54	Branca	12	18359375
56	EJF	M	37	Branca	7	12569823
57	FR	M	55	Branca	-	949213
58	JCAP	M	39	Branca	9	15778466
59	EM	M	34	Branca	-	18276275
60	MM	M	36	Branca	7	14277579
61	NFC	F	45	Branca	1	18368030
62	JÁ	M	33	Branca	4	10047579
63	AB	M	28	Branca	1	13157022
64	CN	F	35	Branca	-	18398389
65	VA	M	27	Branca	4	16707791
66	OPF	M	36	Branca	-	18094894
67	PM	M	41	Branca	-	13877688
68	APR	M	43	Branca	7	18398117
69	GC	M	31	Negra	5	18064200
70	DJS	M	30	Branca	5	2836333
71	MHTL	F	24	Branca	8	18376580
72	PRB	M	39	Branca	8	18406675
73	DNA	M	30	Parda	3	18411237
74	NDAB	M	42	Branca	9	18411156
75	NL	F	50	Negra	0	3614824
76	MJMC	F	32	Branca	4	6777252
77	AG	M	48	Branca	1	183365847
78	ELX	M	25	Branca	10	12304358
79	ERS	M	39	Branca	6	17163396
80	OAR	M	40	Branca	11	18441500
81	ASP	M	33	Negra	5	18450372
82	VAA	M	28	Branca	4	18455170
83	MVN	M	42	Branca	5	9237895
84	MF	M	32	Branca	11	10079055
85	RU	M	25	Branca	7	18077817

APÊNDICE 1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Número	Iniciais	Sexo	Idade	Raça	Anos de estudo	conclusão
						Registro Hospitalar
86	MAS	M	33	Parda	4	15323841
87	MAA	M	38	Branca	1	18445549
88	MP	M	43	Branca	2	8577099
89	MAS	F	37	Negra	4	18463377
90	AMOS	F	32	Parda	2	17368311
91	JRP	M	38	Branca	4	15607327
92	FM	M	32	Branca	-	18481553
93	WAS	M	33	Branca	4	18493942
94	AFS	M	33	Branca	11	1848336
95	JFS	M	44	Branca	11	13665087
96	HPC	F	47	Branca	4	12069235
97	SF	F	25	Branca	12	18499312
98	JBM	M	25	Branca	4	15337150
99	MAJ	F	46	Negra	8	15549483
100	EU	M	43	Branca	11	6033040
101	AS	M	25	Branca	4	14691839
102	VNS	F	41	Negra	2	18659042
103	MJDFS	F	37	Branca	2	12715919
104	GSC	M	30	Branca	11	8242178
105	CDC	M	26	Branca	5	18492318
106	AAB	F	28	Negra	3	11827292
107	IM	M	53	Branca	1	18544350
108	MNF	M	37	Branca	6	6927718
109	APB	F	21	Branca	7	18516560
110	EFF	M	43	Branca	8	18554879
111	CGA	M	30	Branca	5	18474760
112	ALF	M	35	Branca	8	18566613
113	MCNR	F	57	Branca	8	6492134
114	JRC	M	24	Branca	0	18572656
115	ZS	F	41	Branca	5	15910585
116	LCBF	M	34	Branca	8	10614058
117	JV	M	25	Branca	7	18575370
118	PMC	M	26	Branca	7	6870988
119	JSA	M	47	Branca	8	17244868
120	RP	M	28	Branca	8	18443163

APÊNDICE 2 - DADOS SOBRE FATORES DE RISCO DA INFECÇÃO PELO HIV

Continua

Número	Comportamento de Risco
1	nega drogas, refere transfusão 15 anos, marido e filha HIV+
2	relações extra-conjugais sem preservativo, usou cocaína
3	Nega transfusões, nega drogadição
4	nega transfusão, não usa preservativo
5	relações sexuais sem proteção, nega drogadição
6	Drogadição
7	nega drogadição
8	não refere
9	transfusão sanguínea, relações sexuais desprotegidas
10	nega homossexualismo e drogadição, não usa condom
11	Drogadição
12	contaminação heterossexual, nega drogadição
13	divorciada, refere relação extra conjugal onde adquiriu HIV
14	esposo falecido por AIDS
15	Nega transfusões e drogadição, relações s/ preservativo
16	nega drogadição
17	marido falecido por Aids, não usava preservativo, filho HIV+
18	relações sexuais sem proteção, nega transfusão
19	nega drogadição e homossexualismo
20	Drogadição
21	Drogadição
22	Drogadição
23	marido falecido por Aids, não usava preservativo
24	Drogadição
25	Drogadição
26	transfusão sanguínea
27	drogadição, refere não ter compartilhado seringa, casado
28	promiscuidade sexual, nega drogadição
29	relações sexuais desprotegidas, nega droga injetável
30	refere relações desprotegidas com indivíduo HIV+
31	Drogadição
32	heterossexual , fez uso de maconha e crack
33	Drogadição
34	divorciada, nega drogadição
35	ex-marido drogadito, sem dx de AIDS
36	usuário de drogas inaláveis, não há outras referências
37	relações sexuais desprotegidas, nega transfusão
38	drogadição + heterossexual
39	casado, nega drogadição
40	nega drogas e relacionamentos extra-conjugais, casado
41	ex-marido drogadito, parceiros sexuais 1
42	3 parceiros sem proteção
43	relações sem proteção, nega drogadição e transfusão
44	não drogas injetáveis, não homossexual
45	refere uso de drogas não injetáveis, casada
46	não refere
47	não refere

APÊNDICE 2 - DADOS SOBRE FATORES DE RISCO DA INFECÇÃO PELO HIV
continua

Número	Comportamento de Risco
48	Drogadição
49	contágio sexual, transfusão sanguínea em 1996
50	marido HIV+ há 10 anos e ela só soube atual/e
51	Drogadição
52	não sabe como contraiu, marido HIV -
53	Drogadição
54	homossexual, nega drogadição e transfusão
55	refere promiscuidade sexual, nega drogadição
56	Drogadição
57	homossexual
58	não refere
59	nega drogadição, nega transfusão, heterossexual
60	Drogadição
61	Usuária de crack, irmão refere que usava injetáveis tb
62	homossexual, sem uso de preservativo, nega drogadição
63	Drogadição
64	Drogadição
65	transfusão sanguínea, drogas e relações desprotegidas
66	Drogadição
67	relações desprotegidas+várias parceiras
68	nega drogadição
69	nega drogadição
70	Drogadição
71	Nega transfusões, nega drogadição
72	não refere
73	drogas não injetáveis, relações sexuais desprotegidas
74	não refere
75	não refere
76	Múltiplos parceiros, nega uso de drogas, hist. de transfusão
77	transmissão via sexual
78	nega drogadição
79	drogadito, parceiro sexual com HIV +
80	nega drogadição
81	Drogadição
82	não refere
83	Drogadição
84	Drogadição
85	Drogadição
86	Drogadição
87	nega drogadição
88	nega drogadição e homossexualismo
89	relação sexual desprotegida
90	drogadição + relações desprotegidas
91	sexo desprotegido
92	usou droga injetável apenas 1 vez
93	sexo desprotegido
94	nega fatores de risco

APÊNDICE 2 - DADOS SOBRE FATORES DE RISCO DA INFECÇÃO PELO HIV
conclusão

Número	Comportamento de Risco	conclusão
95	transfusões por hemofilia	
96	sexo desprotegido	
97	sexo desprotegido	
98	drogadição + relações bissexuais sem proteção	
99	transfusão há 20 anos	
100	não refere	
101	história de homossexualismo	
102	não refere	
103	História pregressa de prostituição/ nega injetáveis	
104	não refere	
105	não refere	
106	usuária de crack, não refere	
107	contágio sexual	
108	não refere	
109	sexo desprotegido + usuária de maconha	
110	não refere	
111	sexo desprotegido (homo/heterossexual)	
112	prostituição + drogadição(nega injetável)	
113	sexo desprotegido (esposo falecido com AIDS)	
114	drogadito, não sabe informar como se contaminou	
115	sexo desprotegido	
116	nega drogadição, não refere	
117	não refere	
118	sexo desprotegido, nega drogadição	
119	refere uso de preservativo em relações extra conjugais...	
120	nega drogadição, não refere	

APÊNDICE 3 - DADOS SOBRE O TRABALHO

Número	Trabalho	Classificação	continua	
			atua	motivo
1	Professora	Burocrático	Não	Deixou devido à doença
2	Mot. Caminhão	Braçal Pesado	Não	Deixou devido à doença
3	Diarista	Braçal Pesado	Não	Deixou devido à doença
4	Do lar	Do Lar	Não	
5	Limpeza	Braçal Pesado	Não	
6	Doméstica	Braçal Pesado	Não	Deixou devido à doença
7	Mecânico	Braçal Pesado	Sim	
8	Motorista	Braçal Pesado	Não	Deixou devido à doença
9	Faz café	Técnico Leve	Sim	
10	mecânico	Braçal Pesado	Não	Deixou devido à doença
11	pintor	Técnico Leve	Não	Deixou devido à doença
12	Limpeza	Técnico Leve	Não	Deixou devido à doença
13	Balconista	Técnico Leve	Não	
14	servente	Técnico Leve	Não	Deixou devido à doença
15	Doméstica	Braçal Pesado	Não	Deixou devido à doença
16	Vendas	Técnico Leve	Não	Deixou devido à doença
17	Do lar	Do Lar	Não	
18	Balconista	Técnico Leve	Não	Deixou devido à doença
19	Marketing	Técnico Leve	Sim	
20	Carpinteiro	Braçal Pesado	Sim	
21	Doméstica	Braçal Pesado	Não	Deixou devido à doença
22	Babá	Braçal Pesado	Sim	
23	Do lar	Do Lar	Não	
24	Floricultura	Técnico Leve	Sim	
25	Servente pedr.	Braçal Pesado	Sim	
26	Do lar	Do Lar	Não	
27	Pedreiro	Braçal Pesado	Sim	
28	Vendas/carros	Técnico Leve	Sim	
29	Do lar	Do Lar	Não	
30	Prostituta	Risco	Não	Deixou devido à doença
31	Téc. Metal.	Braçal Pesado	Sim	
32	Servente pedr.	Braçal Pesado	Não	Deixou devido à doença
33	Teatro	Burocrático	Não	Deixou devido à doença
34	secretária	Burocrático	Não	Deixou devido à doença
35	do Lar	Do Lar	Não	
36	vendas	Técnico Leve	Sim	
37	Mot. Caminhão	Braçal Pesado	Não	Deixou devido à doença
38	Pedreiro	Braçal Pesado	Não	Deixou devido à doença
39	Téc. Almox.	Técnico Leve	Não	Deixou devido à doença
40	Pedreiro	Braçal Pesado	Sim	
41	Doméstica	Braçal Pesado	Sim	
42	Diarista	Braçal Pesado	Sim	
43	Encarregado	Braçal Pesado	Sim	
44	Carregador	Braçal Pesado	Não	
45	Catadora/papel	Braçal Pesado	Sim	
46	Garçon	Técnico Leve	Não	Deixou devido à doença
47	Jardineiro	Braçal Pesado	Sim	

APÊNDICE 3 - DADOS SOBRE O TRABALHO

Número	Trabalho	Classificação	atua	motivo	continua
48	Bicos/pintor	Braçal Pesado	Não		
49	Do lar	Do Lar	Não		
50	Correio	Técnico Leve	Não		
51	Mot. Ônibus	Braçal Pesado	Não	Deixou devido à doença	
52	Do lar	Do Lar	Não		
53	Catador/ferro v.	Braçal Pesado	Sim		
54	Gerente/lavacar	Técnico Leve	Sim		
55	taxista	Braçal Pesado	Sim		
56	Cons. Civil	Braçal Pesado	Não	Deixou devido à doença	
57	comércio	Técnico Leve	Não		
58	fotógrafo	Técnico Leve	Não	Deixou devido à doença	
59	Garçon	Braçal Pesado	Não	Deixou devido à doença	
60	desempregado	Desempregado	Não		
61	Do lar	Do Lar	Não		
62	Pedreiro	Braçal Pesado	Não	Deixou devido à doença	
63	vendedor	Técnico Leve	Não	Deixou devido à doença	
64	Vendedora	Técnico Leve	Não	Deixou devido à doença	
65	Servente pedr.	Braçal Pesado	Não	Deixou devido à doença	
66	desempregado	Desempregado	Não		
67	pedreiro	Braçal Pesado	Não		
68	Mot. Caminhão	Braçal Pesado	Não	Deixou devido à doença	
69	Pedreiro	Braçal Pesado	Não		
70	Estofador	Braçal Pesado	Não	Deixou devido à doença	
71	Do lar	Do Lar	Não		
72	técnico Brast.	Braçal Pesado	Sim		
73	desempregado	Desempregado	Não		
74	Professor	Burocrático	Sim		
75	Camelô	Braçal Pesado	Sim		
76	salão de beleza	Técnico Leve	Não		
77	motorista	Braçal Pesado	Não	Deixou devido à doença	
78	labo. fotografia	Técnico Leve	Não	Deixou devido à doença	
79	montador móveis	Braçal Pesado	Sim		
80	bancário	Técnico Leve	Não	Deixou devido à doença	
81	Bar-man/serralheria	Técnico Leve	Sim		
82	granjeiro	Técnico Leve	Não	Deixou devido à doença	
83	Joalheiro	Técnico Leve	Não	Deixou devido à doença	
84	vigilante	Técnico Leve	Não	Deixou devido à doença	
85	Fiscal de pista	Técnico Leve	Não	Deixou devido à doença	
86	sem atividade ant.	Desempregado	Não		
87	motorista	Braçal Pesado	Não	Deixou devido à doença	
88	sem atividade ant.	Desempregado	Não		
89	do lar/diarista	Braçal Pesado	Sim		
90	artesanato ripe	Técnico Leve	Não	Deixou devido à doença	
91	motorista	Braçal Pesado	Não	Deixou devido à doença	
92	vendedor	Braçal Pesado	Não	Deixou devido à doença	
93	vigia/pedreiro	Técnico Leve	Não		
94	copiadora xerox	Técnico Leve	Não		

APÊNDICE 3 - DADOS SOBRE O TRABALHO

Número	Trabalho	Classificação	atua	conclusão motivo
95	técnico automação	Braçal Pesado	Não	Deixou devido à doença
96	do lar	Do Lar	Não	
97	artezanato/do lar	Técnico Leve	Não	Deixou devido à doença
98	sem atividade ant.	Desempregado	Não	
99	Aux. Enfermagem	Técnico Leve	Não	
100	Téc. Contabilidade	Técnico Leve	Não	Deixou devido à doença
101	servente pedreiro	Braçal Pesado	Não	Deixou devido à doença
102	Doméstica	Braçal Pesado	Não	Deixou devido à doença
103	Doméstica	Braçal Pesado	Não	
104	Aux. Tecelão	Braçal Pesado	Não	
105	lataria/pintura	Técnico Leve	Não	
106	Diarista	Braçal Pesado	Não	
107	caminhoneiro	Braçal Pesado	Não	
108	motorista	Técnico Leve	Sim	
109	atendente/lanchon.	Técnico Leve	Sim	
110	costureira	Técnico Leve	Não	
111	descarregar carga	Braçal Pesado	Não	Deixou devido à doença
112	prostituição	Risco	Não	Deixou devido à doença
113	Diarista	Braçal Pesado	Não	
114	lavoura	Braçal Pesado	Não	Deixou devido à doença
115	Diarista	Braçal Pesado	Sim	
116	lava carros	Braçal Pesado	Não	Deixou devido à doença
117	motorista	Braçal Pesado	Sim	
118	marceneiro	Técnico Leve	Sim	
119	asfaltador	Braçal Pesado	Não	
120	vendedor	Técnico Leve	Não	Deixou devido à doença

APÊNDICE 4 - SISTEMAS AFETADOS NO INTERNAMENTO

Número	Causa	continua	
		Código	
1	Pielonefrite	SU	
2	Retinite por CMV+cefaléia	SN, SO	
3	Linfoma Linfoblástico na hemiface D	SH	
4	Diarréia+vômitos -infecção NE p/ Salmonella	SGI	
5	diarréia+vômitos+caquexia+tontura+fraqueza+febre	SGI, SG	
6	TB bacilifera+fraqueza+tontura	SCR	
7	Neurotoxoplasmose	SN	
8	D.Pleural+Herpes Z.+emag+febre+lesão Peniana Cand.	SCR, SU, SG	
9	BPN+sind. Consuptiva+dor torácica	SCR, SG	
10	Meningite Criptocócica	SN	
11	demência	SN	
12	Neurotoxo+Men.Bacter+Fúngica+febre+candida oral	SGI, SN	
13	Der. Pleural+TB pulmonar+febre+anorexia	SCR, SG	
14	Neurotoxo+ candidíase esofágica+TB pulmonar	SCR, SGI, SN	
15	Diarréia+ astenia+perda de peso+cefaléia	SGI, SN, SG	
16	Neurotoxo + Sífilis tard	SN	
17	PNM Bacteriana NE+febre	SCR	
18	PNM Bacteriana+vômitos+hiporexia	SCR, SG	
19	BPN+perda de peso+herpes labial	SCR, SD, SG	
20	PNM Bacteriana+perda de peso+febre	SCR, SG	
21	Diarréia aguda+vômitos	SGI	
22	Crise asmática	SCR	
23	Diarréia+PNM+Herpes+candidíase+inapetência+perda de peso	SCR, SGI, SG	
24	anemia+dispnéia aos médios esforços+astenia	SH, SG	
25	Meningite Criptocócica+canidíase oral+vômitos	SGI, SN	
26	BPN+ Candidíase oral e urinária	SCR, SGI, SU	
27	BPN+hepatite C+diarréia+febre	SCR, SGI	
28	Meningite criptocócica + astenia	SN, SG	
29	Sd Consuptiva+ Neurotoxo	SN, SG	
30	TB Pulm.+neoplasia	SCR	
31	Meningite Criptocócica	SN	
32	BPN Necrotizante+TB Pulm.+perda de peso	SCR, SG	
33	Diarréia cron +Meningite Criptocócica	SGI, SN	
34	Retinite por CMV	SN, SO	
35	Disfagia+TB miliar+Ppeso+artralgia+pirose+odinofagia..	SCR, SGI, SG	
36	Diarréia+TB miliar +TB intest+perda de peso+anemia+ ascite	SCR, SGI, SH, SG	
37	Sarc Kaposi cutâneo e pulm.+linfoedema infectado	SCR, SH	
38	TB Pulmonar +caquexia+diarréia+depressão+pancitop.	SCR,SGI,SN,SG	
39	PNM+Linfonomegalia+emagrecimento	SCR, SH, SG	
40	PNM Bacteriana + P. Carinii	SCR	
41	Herpes Labial e oral+dific.alimentação	SGI, SD	
42	Lesões na pele por Sífilis terc.+perda de peso+febre	SD, SG	
43	Alt.sensibilid/e MMII+Histoplasmose+PNM+vômitos	SCR, SGI, SN	
44	TB disseminada+hepatpesplenomegalia+hemi E+dor	SGI, SN, SG	
45	TB pulmonar+perda de peso+febre	SCR, SG	
46	Neurotoxo + PNM Bacter+ candidíase oral	SCR, SGI, SN	

APÊNDICE 4 - SISTEMAS AFETADOS NO INTERNAMENTO

Número	Causa	continua
		Código
47	Pneumocistose+TB Pulmonar+candidíase esofágica	SCR, SGI
48	TB Ganglionar+linfonomegalia	SH
49	PNM P Carinii	SCR
50	Anemia + leucopenia	SH
51	Bronquite aguda+hepatite alcoólica+febre+cefaléia	SCR, SGI, SN
52	Diarréia cron. + anemia+ Prurigo do HIV	SGI, SH, SD
53	PNM NE	SCR
54	Diarréia crônica+emagrecimento	SGI, SG
55	Diarréia + PNM + când esof.+fraqueza+dores/corp+Ppe	SCR, SGI, SG
56	diarréia+emagrecimento+dor abdominal	SGI, SG
57	Neurotoxo + PNM P. Carinii	SCR, SN
58	Hemorragia digestiva+BPN NE+ cirrose+febre+dores/co	SCR, SGI
59	Meningite criptocócica+diarréia+	SGI, SN
60	Paraparesia Espástica	SN
61	Meningite criptocócica+ TB pulmonar	SCR, SN
62	PNM + hepatite B+dim.nível da consciência	SCR, SGI, SN
63	Hepatite C+ PNM+febre+candidíase oral+fraqueza	SCR, SGI
64	caquexia	SG
65	TB pulmonar	SCR
66	TB Pulmonar + meningite bacteriana	SCR, SN
67	Pneumocistose + Pancitop+febre+cândida oral+diarréia	SCR, SGI
68	anemia+emagrecimento+febre+fraqueza	SH, SG
69	Hepatite, pancitopenia+diarréia+TB pulmonar	SCR, SGI
70	Neurotoxo + psoríase	SN, SD
71	Neuropatia + sinusite+herpes Zóster+pneumocistose	SCR, SN
72	Meningite criptocócica+Herpes labial+leucopenia	SN, SH, SD
73	TB ganglionar diss.+doença hepática+renal	SGI, SU
74	crises de vertigem + vômitos (labiríntico)	SO
75	Pneumocistose+Tromboflebite+	SCR, SCRSCR
76	Lesão expansiva em SNC	SN
77	Diarréia crônica + TVP	SGI, SCRSCR
78	Diarréia+ TB diss(febre+linfonomegalia)	SGI
79	TB pulmonar+diarréia+dermatofibrose	SCR, SGI, SD
80	Neurotoxo	SN
81	Não confirmou Neurotoxo ou TB Pulmonar(infecNE)	SCR, SN
82	TB Ganglionar	SH
83	Men/fungos e bact.+dor osteoarticular+febre+Pancitopenia	SN, SH, SG
84	TB miliar+Pneumoistose+candidíase esofágica+perda de peso	SCR, SGI, SG
85	Meningite criptocócica+febre	SN
86	TB pulmonar+BPN+ der. Pleural	SCR
87	Neurotoxoplasmose+diarréia	SGI, SN
88	Encefalopatia pelo HIV+hematúria+febre+dor abdominal	SN, SH
89	PNM+cândida oral e esofágica	SCR, SGI
90	PNM	SCR
91	PCM+Herpes Zóster+trombocitopenia+unicomicose	SH, SD
92	PNM+diarréia+perda de peso+Alt renal+Insuf.hepática	SCR, SGI, SU

APÊNDICE 4 - SISTEMAS AFETADOS NO INTERNAMENTO

Número	Causa	continua
		Código
93	TB pulmonar+dores/corpo	SCR, SG
94	Sd Consuptiva+ PNM+candidíase oral/esofágica	SCR, SGI, SG
95	Meningite criptocócica	SN
96	Linfoma de Burkitt like+enterorragia+perda de peso+fraqueza	SGI, SH
97	Linfoma linhagem B naria/amídala+pancitop+infec urinária	SGI, SU, SH
98	dermatite+monilíase oral/esofágica+sífilis latente precoce	SGI, SD
99	Diarréia+candidíase urinária/vaginal	SGI, SU
100	Candidíase esofágica+emagrecimento+febre	SGI, SG
101	demência+cefaléia+quadro depressivo	SN
102	Cand. esof+TB+PNM +astenia+perda de peso+herpes genital	SCR, SU, SG
103	Infecção urinária+diarréia+cefaléia+perda de peso+febre	SGI, SN, SU, SG
104	Neurotox+anemia+PNM hospitalar	SCR, SN, SH
105	Men.bacter+cripto+úlceras esof.+perda de peso+cefaléia	SGI, SN, SG
106	Candidíase esofágica+ infecção urinária	SGI, SU
107	Cand. Esof/urin.+anemia+perda de peso+alt.hepática+febre	SGI, SU, SH, SG
108	Pneumocistose +PNM bacter+Sd.consuptiva	SCR, SG
109	Neurotoxoplasmose + toxo ocular	SN, SO
110	Cand.esof.+úlceras por CMV+astenia+tontura+perda de peso	SGI, SG
111	Sd. Consuptiva+diarréia+Pneumocistose+cefaléia	SCR, SGI, SG
112	Pnm bacteriana NE	SCR
113	Diarréia crônica+BPN+ astenia+perda de peso+Mial/artralgias	SCR, SGI, SG
114	PNM/Pneumocistose+micobacteriose atípica+perda de peso	SCR, SG
115	farmacodermia	SD
116	Pneumocistose+diarréia+candida esofágica	SCR, SGI
117	Retinite por CMV	SN, SO
118	Meningite criptocócica+disúria	SN, SU
119	Meningite criptocócica	SN
120	candidíase ocular+sífilis tardia assintomática	SO

Códigos

Sistema Córdio-respiratório = SCR

Sistema Gastro-Intestinal = SGI

Sistema Nervoso = SN

Sistema Urinário = SU

Sistema Hematológico = SH

Sistema reprodutivo = SR

Sistema Dermatológico = SD

Sistema músculo-esquelético =SME

Sistema ocular = SO

Sistema geral = SG

APÊNDICE 5 - DADOS SOBRE A ABERTURA DO QUADRO DE AIDS

Número	Causa	Sistemas envolvidos
1	Pneumonia P Carinii	SCR
2	Retinite por CMV+Men.Cripto	SN, SOA
3	Linfoma Linfoblástico	SHL
4	Infec.Salmonella+diarréia	SIGI
5	Diarréia Aguda+anemia	SIGI, SHL
6	TB Bacilifera	SCR
7	Neurotoxoplasmose	SN
8	Herpes Zóster	SD
9	BPN P.Carinii	SCR
10	BPN P.Carinii	SCR
11	demência	SN
12	Neurotoxoplasmose+men.bacter	SN
13	BPN P.Carinii+Der.Pleural	SCR
14	Neurotoxoplasmose	SN
15	Gastroenterite	SIGI
16	Toxoplasmose+Sífilis Tard	SN
17	Pneumonia Bacter NE	SCR
18	Pneumonia Bacter NE	SCR
19	Pneumonia + febre NE	SCR
20	Pneumonia Bacter NE	SCR
21	TB Pulmonar	SCR
22	Infec Pulmonar P.Carinii	SCR
23	Pneumonia+diarréia+inapetência+Ppeso	SCR, SIGI, SCRO
24	TB pulmonar	SCR
25	Meningite criptocócica	SN
26	Histoplasmose	SCR
27	BPN P.Carinii	SCR
28	Meningite criptocócica	SN
29	Neurotoxoplasmose	SN
30	Meningite criptocócica	SN
31	Meningite criptocócica	SN
32	BPN Necrotizante+TB pulmonar	SCR
33	Diarréia crônica+Men.criptocócica	SIGI, SN
34	Neurotoxoplasmose	SN
35	Infec.Urinária+candidíase Esofágica+...	SCR, SIGI, SGU, SCRO
36	Derrame Pleural+TB miliar+diarréia crôn.	SCR, SIGI
37	Sarcoma de Kaposi cutâneo+linfoedema	SHL, SD
38	TB+caquexia+diarréia crôn.+pancitopenia	SCR, SIGI, SHL, SCRO
39	Pneumonia P Carinii	SCR
40	Tuberculose	SCR
41	Tuberculose bacilifera	SCR
42	sífilis tercéria	SD
43	CD4=05, sem outras	SCR, SIGI, SI, SD
44	Tuberculose disseminada	SCR, SIGI, SN, SHL
45	BPN+Neo em Pulmão	SCR
46	Neurotoxoplasmose	SN
47	Pneumonia P Carinii+TB pulmonar	SCR

APÊNDICE 5 - DADOS SOBRE A ABERTURA DO QUADRO DE AIDS

continua

Número	Causa	Sistemas envolvidos
48	linfonodomegalia+TB ganglionar	SHL
49	Diarréia crônica+CD4=18	SIGI, SI
50	Anemia+CD4=37	SHL, SI
51	CD4 = 31	SI
52	Hérpes Zóster+ CD4=8	SI, SD
53	Retinite por CMV	SN, SOA
54	Diarréia+CD4=53	SIGI, SI
55	Tuberculose pulmonar	SCR
56	Tb Ganglionar	SHL
57	Neurotoxo+Pneumonia	SCR, SN
58	Cirrose Hepática+CD4=180	SIGI, SI
59	Men.criptocócica+Neurotoxo	SN
60	Paraparesia espástica	SN
61	Men.criptocócica+Tb Pulmonar	SCR, SN
62	Pneumonia Pneumocócica+Hepatite B	SCR, SIGI
63	CD4=15 sem outras	SI
64	Pneumonia+caquexia	SCR, SCRO
65	Neurotoxoplasmose	SN
66	TB Pulmonar com evasão	SCR
67	BPN+Pneumocistose+pancitopenia+fegre	SCR, SHL
68	anemia + CD4 = 8	SHL, SI
69	TB pulmonar+ pancitopenia+hepatite Alc.	SCR, SIGI, SHL
70	Neurotoxo ou Linfoma SNC	SN
71	P.Carinii+ Herpes Zóster+CD4=9	SCR, SI, SD
72	Meningite criptocócica	SN
73	TB ganglionar disseminada	SHL
74	vertigem benigna+CD4+195	SI, SOA
75	Pneumocictose + Tromboflebite	SCR, SCRSCR
76	Pneumocictose	SCR
77	Diarréia crônica	SIGI
78	Tuberculose Pulmonar	SCR
79	Tuberculose Pulmonar	SCR
80	Neurotoxoplasmose	SN
81	Tuberculose pulmonar	SCR
82	Tuberculose ganglionar	SHL
83	CD4 = 75 em 1995	SI
84	CD4 = 146	SI
85	CD4=17, meningite criptocócica	SN, SI
86	Infecção Pulmonar	SCR
87	Neurotoxoplasmose	SN
88	Encefalopaia pelo HIV	SN
89	Odinofagia	SIGI
90	TB pulmonar	SCR
91	PCM + carcinoma espinacelular?	SIGI
92	PNM+insuf. Hepática+ hepatite+alt.renal	SCR, SIGI, SGU
93	TB pulmonar	SCR
94	P.Carinii + Sd consuptiva+ Pneumotorax	SCR, SCRO

APÊNDICE 5 - DADOS SOBRE A ABERTURA DO QUADRO DE AIDS

Número	Causa	Sistemas envolvidos	conclusão
95	Meningite criptocócica	SN	
96	CD4=75 em 01/2000	SI	
97	Linfoma de linhagem B	SHL	
98	TB pulmonar	SCR	
99	hepatite	S GI	
100	não há registro		
101	meningite+encefalite por CMV+PCM	SN	
102	diarréia crônica, astenia+odinofagia	S GI, SCR0	
103	diarréia+infec.vias urinárias	S GI, SGU	
104	Neurotoxo+Pneumonia+candidíase+anem	SCR, SN, SHL	
105	Menin. criptocócica+menin.bacter+	SN	
106	candidíase esofágica	S GI	
107	candidíase esofágica	S GI	
108	Pneumocistose+PNM Bacter	SCR	
109	Neurotoxoplasmose	SN	
110	esofagite por cândida	S GI	
111	Pneumocistose	SCR	
112	tuberculose(não refere, BAAR - atual)	SCR	
113	CD4=10+cirurgia colecistectomia	SI	
114	TB Ganglionar	SHL	
115	cand.esofágica+diarréia+TB Pulmonar	SCR, S GI	
116	PNM P. Carinii	SCR	
117	Retinite por CMV	SN, SOA	
118	Meningite criptocócica	SN	
119	Diarréia com CD4=55	S GI, SI	
120	CD4=112	SI	

Sistema. Córdio-Respiratório = SCR

Sistema Gastro-intestinal = S GI

S. Nervoso = SN

S. Genito-urinário = SGU

Sistema Hemato-linfático = SHL

Sistema Imunológico = SI

Pele e anexos = SD

Músculo-esquelético = SME

Ocular-auditivo = SOA

Causas sistêmicas = CS

APÊNDICE 6 - DADOS CLÍNICOS E IMUNOLÓGICOS DA INFECÇÃO PELO HIV

Número	Carga Viral c/μl	Log. Carga viral	CD4/μl	CD8/μl	CD4/CD8 /μl	Meses HIV+	continua	
							Meses HIV+	Meses AIDS
1	180.000	5	201	604	0,33	24	12	
2	-		51	921	0,06	1	1	
3	-		23	527	0,04	36	1	
4	2.000.000		38	232	0,16	12	1	
5	-		24	459	0,05	12	1	
6	-		198	806	0,24	3	1	
7	0		34	393	0,09	156	1	
8	-		72	763	0,09	24	18	
9	-		8	422	0,02	1	1	
10	-		2	313	0,01	60	5	
11	1.600.000		44	-	-	8	1	
12	17.600	4	71	257	0,28	36	1	
13	-		102	1276	0,08	3	1	
14	410	3	105	-	-	40	6	
15	130.000		26	-	0,08	48	1	
16	0		241	753	0,33	48	1	
17	-		182	260	0,7	40	1	
18	521.000	6	106	3630	0,04	4	1	
19	-		119	1570	0,08	108	1	
20	8.020	4	183	1289	0,14	60	1	
21	80	2	228	945	0,24	60	24	
22	25.000		95	-	-	120	36	
23	-		50	524	0,1	3	1	
24	-		41	617	0,07	7	7	
25	-		631	225	0,25	1	1	
26	-		40	269	0,015	168	1	
27	0		172	742	0,23	8	1	
28	-		87	309	0,28	96	1	
29	-		85	936	0,09	1	1	
30	5.690	4	109	596	0,18	96	5	
31	-		61	550	0,11	1	1	
32	-		10	510	0,02	12	1	
33	-		13	138	0,09	1	1	
34	-		1	-	-	60	36	
35	-		78	556	0,14	1	1	
36	43000		215	180	1,2	3	1	
37	-		95	432	0,22	18	1	
38	-		16	412	0,04	24	1	
39	-		85	248	0,34	1	1	
40	-		64	814	0,08	24	24	
41	56.900	5	72	516	0,14	36	36	
42	-		134	1.321	0,1	1	1	
43	8.818		46	408	0,11	12	12	
44	-		81	118	0,69	60	1	
45	-		65	330	0,2	36	1	
46	-		35	1.020	0,03	36	1	
47	-		130	578	0,22	1	1	

APÊNDICE 6 - DADOS CLÍNICOS E IMUNOLÓGICOS DA INFECÇÃO PELO HIV

Número	Carga Viral c/μl	Log. Carga viral	CD4/μl	CD8/μl	CD4/CD8 /μl	Meses HIV+	continua	
							Meses HIV+	Meses AIDS
48	-		64	276	0,23	1	1	
49	4000		18	-	-	72	72	
50	-		37	721	0,05	3	1	
51	180.000	5	31	900	0,03	36	36	
52	-		8	504	0,02	1	1	
53	0		17	448	0,04	48	36	
54	-		53	889	0,06	4	1	
55	-		81	443	0,18	48	48	
56	140.000	5	34	921	0,04	96	36	
57	-		65	412	0,16	1	1	
58	0		335	1.279	0,26	96	5	
59	-		63,8	462	0,14	5	2	
60	750	2,87	140	625	0,22	84	1	
61	-		9	68	0,13	12	1	
62	-		97	377	0,26	6	1	
63	-		1	23	0,04	73	41	
64	-		59	-	-	120	1	
65	-		90	1211	0,07	36	36	
66	-		116	985	0,12	72	1	
67	-		34	421	0,08	1	1	
68	-		8	143	0,06	4	4	
69	-		174	84	2,07	1	1	
70	-		5	122	0,04	2	2	
71	-		9	27	0,3	1	1	
72	-		7	417	0,02	1	1	
73	-		21	10	2,04	18	4	
74	12000		195	259	0,75	84	1	
75	-		23	337	0,07	60	1	
76	-		0,5	36	0,01	54	30	
77	-		123	489	0,25	48	1	
78	-		1	-	-	120	60	
79	-		36	302	0,1	60	30	
80	-		27	-	-	60	7	
81	-		31	312	0,1	60	48	
82	-		77	123	0,63	5	5	
83	1.000.000		7	-	-	150	88	
84	-		56	155	0,36	60	32	
85	-		8	51	-	40	12	
86	-		59	594	0,1	36	5	
87	-		140	530	0,26	1	1	
88	-		131	598	0,22	63	1	
89	-		13	324	0,04	1	1	
90	-		117	412	0,3	28	28	
91	400.000	6	51	-	-	16	7	
92	-		18	270	0,07	1	1	
93	-		135	319	0,42	1	1	
94	-		17	217	0,08	1	1	

APÊNDICE 6 - DADOS CLÍNICOS E IMUNOLÓGICOS DA INFECÇÃO PELO HIV

Número	Carga Viral c/μl	Log. Carga viral	CD4/μl	CD8/μl	CD4/CD8 /μl	Meses HIV+	conclusão
							Meses AIDS
95	360.000		3	-	-	192	2
96	590.000	6	-	-	-	24	12
97	540.000	6	60	210	0,29	72	2
98	10		10	91	0,11	48	34
99	-		11	164	0,07	54	11
100	400.000		24	138	0,17	90	90
101	-		27	-	0,03	24	21
102	-		13	28	0,46	60	24
103	-		70	614	0,1	60	1
104	-		7	322	0,02	1	1
105	-		8	82	0,1	1	1
106	-		23	112	0,2	2	2
107	750.000	6	25	341	0,07	2	2
108	-		86	505	0,17	1	1
109	-		9	346	0,03	1	1
110	-		95	304	0,31	1	1
111	-		10	190	0,05	4	4
112	23.000		266	-	-	144	96
113	-		261	-	-	72	23
114	-		8	90	0,1	12	12
115	271.000	5	27	-	-	60	55
116	-		7	-	-	36	1
117	-		169	-	-	6	3
118	-		95	780	0,1	1	1
119	-		13	125	0,1	32	32
120	-		136	540	0,3	36	12

Meses AIDS = tempo (meses) de diagnóstico de AIDS

Meses HIV+ = tempo de diagnóstico da infecção

APÊNDICE 7 – PROTOCOLO

DATA :

NOME :

REGISTRO :

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE :

SEXO:

RAÇA:

ESCOLARIDADE :

COMP. RISCO :

INTERNAMENTO :

CAUSA DO INTERNAMENTO :

TEMPO DE DOENÇA:

MANIFESTAÇÃO CLÍNICA QUE ABRIU O QUADRO DE AIDS :

HISTÓRIA MEDICAMENTOSA :

MEDICAÇÃO ATUAL :

CARGA VIRAL :

NÍVEIS DE CD4+ μ l :CD8+ μ l :

CD4+/CD8+ :

DIFICULDADE MOTORA:

INÍCIO:

RELAÇÃO COM:

ENVOLVIMENTO NEUROLÓGICO :

ATIVIDADE PROFISSIONAL :

AVALIAÇÃO FUNCIONAL :

SCORE FIM =

BARTHEL=

RANKIN =

KARNOFSKY =

F. MUSC. =

APÊNDICE 8 - DADOS SOBRE A FRAQUEZA

continua

Número	Graus de fraqueza
1	Percebe a fraqueza aos grandes esforços
2	Não refere fraqueza
3	Muita fraqueza, deseja ficar em repouso
4	Percebe a fraqueza aos grandes esforços
5	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
6	Não refere fraqueza
7	Não refere fraqueza
8	Não refere fraqueza
9	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
10	Não refere fraqueza
11	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
12	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
13	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
14	Não refere fraqueza
15	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
16	Não refere fraqueza
17	Percebe a fraqueza aos grandes esforços
18	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
19	Não refere fraqueza
20	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
21	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
22	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
23	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
24	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
25	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
26	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
27	Percebe a fraqueza aos grandes esforços
28	Percebe a fraqueza aos grandes esforços
29	Percebe a fraqueza aos grandes esforços
30	Percebe a fraqueza aos grandes esforços
31	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
32	Percebe a fraqueza aos grandes esforços
33	Percebe a fraqueza aos grandes esforços
34	Não refere fraqueza
35	Percebe a fraqueza aos grandes esforços
36	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
37	Não refere fraqueza
38	Percebe a fraqueza aos grandes esforços
39	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
40	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
41	Percebe a fraqueza aos grandes esforços
42	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
43	Percebe a fraqueza aos grandes esforços
44	Não refere fraqueza
45	Não refere fraqueza
46	não informa
47	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar

APÊNDICE 8 - DADOS SOBRE A FRAQUEZA

continua

Número	Graus de fraqueza
48	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
49	Percebe a fraqueza aos grandes esforços
50	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
51	Percebe a fraqueza aos grandes esforços
52	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
53	Percebe a fraqueza aos grandes esforços
54	Percebe a fraqueza aos grandes esforços
55	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
56	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
57	não informa
58	Não refere fraqueza
59	Não refere fraqueza
60	Não refere fraqueza
61	Percebe a fraqueza aos grandes esforços
62	Não refere fraqueza
63	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
64	não informa
65	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
66	não informa
67	não informa
68	Não refere fraqueza
69	Percebe a fraqueza aos grandes esforços
70	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
71	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
72	Não refere fraqueza
73	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
74	Não refere fraqueza
75	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
76	não informa
77	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
78	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
79	Não refere fraqueza
80	Não refere fraqueza
81	Percebe a fraqueza aos grandes esforços
82	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
83	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
84	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
85	Percebe a fraqueza aos grandes esforços
86	Muita fraqueza, deseja ficar em repouso
87	Muita fraqueza, deseja ficar em repouso
88	Não refere fraqueza
89	Não refere fraqueza
90	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
91	Percebe a fraqueza aos grandes esforços
92	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
93	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar
94	Muita fraqueza, deseja ficar em repouso

APÊNDICE 8 - DADOS SOBRE A FRAQUEZA

Número	Graus de fraqueza	conclusão
95	Não refere fraqueza	
96	Muita fraqueza, deseja ficar em repouso	
97	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar	
98	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar	
99	Não refere fraqueza	
100	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar	
101	Percebe a fraqueza aos grandes esforços	
102	Muita fraqueza, deseja ficar em repouso	
103	Não refere fraqueza	
104	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar	
105	Não refere fraqueza	
106	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar	
107	Percebe a fraqueza aos grandes esforços	
108	Não refere fraqueza	
109	Não refere fraqueza	
110	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar	
111	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar	
112	Percebe a fraqueza aos grandes esforços	
113	Percebe a fraqueza aos grandes esforços	
114	Percebe a fraqueza aos grandes esforços	
115	Não refere fraqueza	
116	Faz suas atividades num ritmo mais lento, precisar descansar	
117	Percebe a fraqueza aos grandes esforços	
118	Percebe a fraqueza aos grandes esforços	
119	Percebe a fraqueza aos grandes esforços	
120	Percebe a fraqueza aos grandes esforços	

APÊNDICE 9 - QUEIXAS RELACIONADAS À ATIVIDADE FÍSICA

Número	Dificuldades Relacionadas	continua	
		Queixa de fraqueza	Queixa de ter a atividade física prejudicada
1	tontura	Sim	Sim
2	cefaléia, perda de acuidade visual	Não	Sim
3	Parestesias, fraqueza sendo difícil ficar em pé	Sim	Sim
4	fraqueza	Sim	Sim
5	fraqueza, tontura, dificuldade em pé	Sim	Sim
6	não refere	Sim	Sim
7	tontura, perda de movimento à E	Não	Sim
8	Perda de movimento à E	Não	Sim
9	Fraqueza	Sim	Não
10	não refere	Não	Sim
11	fraqueza e dificuldade c/ equilíbrio	Não	Sim
12	parestesias, fraqueza progressiva	Sim	Sim
13	fraqueza+ dispnéia aos esforços+ parestesias	Sim	Sim
14	instabilidade na marcha	Não	Sim
15	perda de movimento à E+edema em MIE+fraqueza	Sim	Sim
16	cefaléia e tontura	Não	Não
17	fraqueza aos maiores esforços(bronquite)	Não	Sim
18	fraqueza progressiva	Sim	Não
19	não refere	Não	Sim
20	Fraqueza	Sim	Sim
21	Fraqueza	Sim	Sim
22	Fraqueza	Sim	Sim
23	Fraqueza	Sim	Sim
24	Fraqueza	Sim	Sim
25	Fraqueza	Sim	Sim
26	Fraqueza	Sim	Sim
27	Fraqueza	Sim	Sim
28	Fraqueza	Sim	Sim
29	Fraqueza	Sim	Sim
30	Fraqueza	Sim	Sim
31	fraqueza+tontura+ dispnéia leve	Sim	Sim
32	Fraqueza	Sim	Sim
33	fraqueza+ dor nas costas pela punção	Sim	Sim
34	desequilíbrio+ dim. Acuidade visual	Não	Sim
35	dor articular + fraqueza precisando pausas	Sim	Sim
36	Fraqueza	Sim	Sim
37	parestesias(pisa em pregos)+dificuldade em pé+edema fraqueza+ edema MMII+ dificuldadeP/andar+	Não	Sim
38	parestesias	Sim	Sim
39	Fraqueza	Sim	Sim
40	Fraqueza	Sim	Sim
41	fraqueza + dispnéia aos esforços	Sim	Sim
42	fraqueza+lesões na pele que dificultam mobili/e	Sim	Sim
43	fraqueza + parestesias	Sim	Sim
44	perda de movimento à E + dor abdominal	Sim	Sim

APÊNDICE 9 - QUEIXAS RELACIONADAS À ATIVIDADE FÍSICA

		continua	
Número	Dificuldades Relacionadas	Queixa de fraqueza	Queixa de ter a atividade física prejudicada
45	dispnéia apenas a esforços prolongados	Não informa	Não informa
46	não informa	Sim	Sim
47	Fraqueza	Sim	Sim
48	Fraqueza	Sim	Sim
49	fraqueza+ caimbras nas pernas	Sim	Sim
50	fraqueza+ Tontura+cefaléia	Sim	Sim
51	Fraqueza	Sim	Sim
52	Fraqueza	Sim	Sim
53	Fraqueza	Sim	Sim
54	fraqueza+dor nas pernas+Tontura	Sim	Sim
55	fraqueza+ Tontura ao levantar	Sim	Sim
56	Fraqueza	Sim	Sim
57	não informa	Não informa	Não informa
58	Dificuldade para movimentar-se+dispnéia(ascite)	Não	Sim
59	perda de movimento à E	Sim	Não
60	Dificuldade para andar	Sim	Sim
61	Fraqueza	Sim	Sim
62	não refere	Não	Não
63	Fraqueza	Sim	Sim
64	não informa	Não informa	Não informa
65	Perda de movimento à E+ fraqueza aos esforços	Sim	Sim
66	não informa	Não informa	Não informa
67	não informa	Não informa	Não informa
68	não refere	Não	Não
69	fraqueza	Sim	Sim
70	Perda de movimento D+ fraqueza	Sim	Sim
71	fraqueza+ parestesias	Sim	Sim
72	tontura em movimentos bruscos	Não	Não
73	fraqueza+ parestesias	Sim	Sim
74	desequilíbrio+ vertigem	Não	Sim
75	fraqueza+ dores pelo corpo+parestesias	Não informa	Não informa
76	não informa	Sim	Sim
77	fraqueza+edema em MMII+tontura	Sim	Sim
78	fraqueza	Sim	Sim
79	caimbras musculares(dermatofibrose)	Não	Sim
80	não refere	Não	Não
81	fraqueza+parestesias+dores musculares	Sim	Sim
82	fraqueza+parestesias	Sim	Sim
83	fraqueza+parestesias+ dores musculares	Sim	Sim
84	fraqueza+dificuldade p/ andar+dispnéia	Sim	Sim
85	fraqueza+dores musculares+cefaléia	Sim	Sim
86	fraqueza+dispnéia aos pequenos esforços+caimbras	Sim	Sim
87	Perda de movimento à E+ fraqueza	Sim	Sim
88	dificuldade P/ andar agravando com a doença	Sim	Sim
89	não refere	Não	Não

APÊNDICE 9 - QUEIXAS RELACIONADAS À ATIVIDADE FÍSICA

Número	Dificuldades Relacionadas	Queixa de fraqueza	conclusão
			Queixa de ter a atividade física prejudicada
90	fraqueza+dispnéia	Sim	Sim
91	fraqueza aos grandes esforços	Não	Sim
92	fraqueza aos maiores esforços+caimbras	Sim	Sim
93	fraqueza	Sim	Sim
94	fraqueza+dispnéia	Sim	Sim
95	perdeu movi/s em pé E + parestesias	Sim	Sim
96	fraqueza+dores pelo corpo	Sim	Sim
97	fraqueza	Sim	Sim
98	fraqueza+dor nas costas	Sim	Sim
99	não refere	Não	Não
100	fraqueza+dor articular	Sim	Sim
101	dores nas costas+ dificuldades aos maiores esforços	Não	Sim
102	fraqueza+paresia dos MMII+ Hipotrofia musc.	Sim	Sim
103	caimbras+parestesias+dores no corpo	Não	Sim
104	fraqueza+tontura	Sim	Sim
105	não refere	Não	Não
106	fraqueza	Sim	Sim
107	fraqueza + dor nos tornozelos	Sim	Sim
108	não refere	Não	Não
109	mov.invol.à E+ falta de coordenação+dor pernas	Não	Sim
110	fraqueza	Sim	Sim
111	fraqueza+tontura	Sim	Sim
112	fraqueza aos esforços maiores	Sim	Sim
113	fraqueza+dores no corpo	Sim	Sim
114	fraqueza aos esforços maiores	Sim	Sim
115	não refere	Não	Não
116	fraqueza	Sim	Sim
117	fraqueza aos esforços maiores+dificuldade visual	Sim	Sim
118	fraqueza aos esforços maiores	Sim	Sim
119	fraqueza em mmii	Sim	Sim
120	fraqueza aos esforços maiores+dores musc.	Sim	Sim

APÊNDICE 10 - DEIXARAM O TRABALHO DEVIDO À DOENÇA

(n = 52)

continua

Número	Deixaram o trabalho	Motivo
1	Professora	fraqueza
2	Mot. Caminhão	visão prejudicada
3	Diarista	fraqueza+ neo face
6	Doméstica	desorientação
8	Motorista	hemiparesia
10	mecânico	recuperou déficit+não voltou a trabalhar
11	pintor	fraqueza
12	Limpeza	feridas na perna
14	servente	fraqueza
15	Doméstica	hemiparesia
16	Vendas	cefaléia+tontura há 2 meses
18	Balconista	fraqueza
21	Doméstica	fraqueza
30	Prostituta	problema pulmonar
32	Servente pedr.	fraqueza
33	Teatro	desorientação
34	secretária	visão prejudicada
37	Mot. Caminhão	queimação+edema MMII
38	Pedreiro	dificuldade p/ marcha+fraqueza
39	Téc. Almox.	fraqueza
46	Garçon	hemiparesia+desorientação
51	Mot. Ônibus	saiu fora do itinerário
56	Cons.Civil	aposentado por TB
58	fotógrafo	aposentado por invalidez
59	Garçon	fraqueza, piora do estado geral
62	Pedreiro	quedas por tontura+internamento
63	vendedor	estado geral ruim
64	Vendedora	fraqueza+dificuldade p/ deambular
65	Servente pedr.	fraqueza
68	Mot. Caminhão	anemia, piora geral
70	Estofador	piora na psoríase
77	motorista	fraqueza
78	labo.fotografia	não está bem para se manter no emprego
80	bancário	aposentado temporariamente
82	granjeiro	fraqueza
83	Joalheiro	visão prejudicada+dificuldade motora fina
84	vigilante	encostado desde 1990
85	Fiscal de pista	afastou-se do emprego pela Herpes Zoster
87	motorista	fraqueza+estado geral ruim
90	artezanato ripe	fraqueza+formigamento+gestação
91	motorista	não retornou após radioterapia
92	vendedor	estado geral ruim+fraqueza
95	técnico automação	parou há 3 meses devido queimação/pés
97	artezanato/do lar	fraqueza
100	Téc. Contabilidade	aposentado/dificuldade visual+mal estar
101	servente pedreiro	desorientação
102	Doméstica	fraqueza

APÊNDICE 10 - DEIXARAM O TRABALHO DEVIDO À DOENÇA

(n = 52)

conclusão

Número	Deixaram o trabalho	Motivo
111	descarregar carga	fraqueza+estado geral ruim
112	prostituição	internou-se em casa de recuperação
114	lavoura	fraqueza+desorientação
116	lava carros	fraqueza
120	vendedor	fraqueza

APÊNDICE 11 - QUEIXAS QUANTO AO ENVOLVIMENTO NEUROLÓGICO

Número	Queixa	continua
1	não refere	
2	retinite por CMV	
3	Parestesias	
4	não refere	
5	não refere	
6	desorientação	
7	diplopia, tontura, dim.equilíbrio, hemiparesia	
8	hemiparesia	
9	não refere	
10	não refere	
11	dim. Equilíbrio, confusão mental	
12	Parestesias, tontura	
13	parestesias	
14	alt. Sensitiva, dim.equilíbrio	
15	desorientação, dim.acuidade visual	
16	tontura, convulsão	
17	não refere	
18	não refere	
19	não refere	
20	não refere	
21	não refere	
22	não refere	
23	não refere	
24	parestesias	
25	não refere	
26	não refere	
27	não refere	
28	não refere	
29	convulsão, vertigem, cefaléia	
30	não refere	
31	tontura	
32	não refere	
33	confusão mental	
34	retinite por CMV	
35	parestesias	
36	não refere	
37	parestesias	
38	parestesias	
39	não refere	
40	não refere	
41	não refere	
42	não refere	
43	parestesias	
44	hemiparesia	
45	não refere	
46	confusão mental +não informa	
47	não refere	

APÊNDICE 11 QUEIXAS QUANTO AO ENVOLVIMENTO NEUROLÓGICO

continua

48	não refere
49	não refere
50	cefaléia
51	não refere
52	não refere
53	não refere
54	não refere
55	não refere
56	não refere
57	não informa
58	parestesias
59	convulsão + hemiparesia
60	paraparesia espástica
61	não refere
62	não refere
63	convulsão + parestesias
64	não informa
65	hemiparesia
66	não informa
67	não informa
68	não refere
69	não refere
70	hemiparesia
71	parestesias
72	não refere
73	parestesia
74	dim. Equilíbrio
75	parestesia
76	confusão mental + não informa
77	parestesias + tontura
78	não refere
79	cefaléia
80	convulsão + embaçamento visão+ cefaléia
81	parestesias + tremor fino
82	parestesias
83	neurite
84	não refere
85	cefaléia
86	parestesias
87	parestesias + confusão mental + convulsão
88	paralisia cerebral
89	parestesias
90	não refere
91	não refere
92	não refere
93	não refere
94	não refere
95	parestesias

APÊNDICE 11 QUEIXAS QUANTO AO ENVOLVIMENTO NEUROLÓGICO

conclusão

96	não refere
97	Tontura
98	não refere
99	não refere
100	cefaléia + tontura + visão turva
101	cefaléia + desorientação
102	não refere
103	parestesias + cefaléia
104	não refere
105	não refere
106	Cefaléia
107	Parestesias
108	Parestesias
109	movimentos involuntários
110	não refere
111	tontura + cefaléia
112	não refere
113	não refere
114	não refere
115	não refere
116	não refere
117	retinite por CMV
118	Cefaléia
119	não refere
120	não refere

APÊNDICE 12 – AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR

												continua		
28	JAJ	IV	IV	IV	IV	Alterada								
29	CRG	IV	IV IV	IV	Alterada									
30	MT	IV	IV IV	IV	Alterada									
31	MAP	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal
32	MNR	IV	IV IV	IV	Alterada									
33	PCS	IV	IV IV	IV	Alterada									
34	LCFZ	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal
35	IN	IV	IV IV	IV	Alterada									
36	MJO	V	V IV	IV IV	IV IV	IV IV	V IV	V IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV V	V	Alterada
37	LCF	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal
38	RAC	IV	IV IV	IV	Alterada									
39	JRM	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal
40	AM	V	V V	V V	V V	V V	V V	V III	V IV	V IV	V IV	V IV	V	Alterada
41	ÁPA	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal
42	AMM	IV	IV IV	IV	Alterada									
43	AGC	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal
44	JCBP	V	III V	III V	III V	III V	III V	II V	I V	I V	I V	I V	0	Alterada
45	CAS	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal
46	CA	V	III V	III V	III V	III V	III V	III V	III V	III V	III V	III V	III	Não colabora
47	CNR	IV	IV IV	IV	Alterada									
48	EFS	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal
49	AVPR	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal
50	VLSM	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal
51	APC	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal
52	LS	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal
53	RMS	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal
54	DA	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal
55	OMF	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal
56	EJF	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal
57	FR													Não colabora
58	JCAP	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal

APÊNDICE 12 – AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR

											continua	
59	EM	V	III V	IV V	IV V	IV V	IV V	IV IV	IV V	IV	IV	Alterada
60	MM	V	V V	V V	V V	V IV	IV V	V V	V V	V	V	Alterada
61	NFC	V	V	V	V V	V IV	IV V	V IV	IV V	V	V	Alterada
62	JÁ	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	V	Normal
63	AB	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	V	Normal
64	CN											Não colabora
65	VA	V	IV V	V V	IV V	V V	V V	V V	V V	V	V	Alterada
66	OPF											Não colabora
67	PM											Não colabora
68	APR	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	V	Normal
69	GC	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	V	Normal
70	DJS	IV	V IV	V IV	V IV	V IV	V IV	V IV	V IV	V	IV	Alterada
71	MHTL	V	V IV	IV IV	IV V	V V	V V	V IV	IV IV	IV	IV	Alterada
72	PRB	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	V	Normal
73	DNA	V	V IV	IV IV	IV V	IV IV	IV V	V V	V V	V	V	Alterada
74	NDAB	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	V	Normal
75	NL	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	V	Normal
76	MJMC											Não colabora
77	AG	V	V IV	IV IV	IV IV	V IV	V V	V IV	IV V	IV	V	Alterada
78	ELX	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	V	Normal
79	ERS	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	V	Normal
80	OAR	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	V	normal
81	ASP	V	V V	V V	V III	V V	V V	V V	V V	V	V	Alterada
82	VAA	V	V IV	IV IV	IV V	V IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV	III	Alterada
83	MVN	IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV	IV	Alterada
84	MF	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	V	Normal
85	RU	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	V	Normal
86	MAS	III	III	III	Alterada							
87	MAA	IV	III IV	III IV	III III	III IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV	IV	Alterada
88	MP	IV	IV IV	IV IV	IV III	IV III	III IV	III IV	III IV	III	III	Alterada
89	MÁS	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	V	normal

APÊNDICE 12 – AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR

											conclusão	
90	AMOS	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal
91	JRP	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal
92	FM	V	V IV	IV IV	IV V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Alterada
93	WAS	V	V IV	IV IV	IV V	V IV	IV V	V IV	IV V	IV V	V	Alterada
94	AFS	V	V IV	V IV	IV V	V IV	IV V	V IV	IV V	IV V	V	Alterada
95	JFS	V	IV V	IV V	IV III	III V	V V	III III	III III	III III	0	Alterada
96	HPC	IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV	Alterada
97	SF	V	V V	V IV	IV IV	IV IV	IV V	V V	V V	V V	V	Alterada
98	JBM	V	V IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV	Alterada
99	MAJ	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal
100	EU	V	V V	III IV	III V	V IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV V	V	Alterada
101	AS	V	V V	IV IV	IV V	IV V	V V	IV V	IV V	IV V	IV	Alterada
102	VNS	III	III	Alterada								
103	MJDFS	V	V IV	IV IV	IV V	V V	V V	V IV	IV V	IV V	V	Alterada
104	GSC	V	V IV	IV IV	IV V	V IV	IV V	V V	V V	V V	V	Alterada
105	CDC	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal
106	AAB	V	V V	V IV	IV IV	IV IV	IV V	V IV	IV V	IV V	V	Alterada
107	IM	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal
108	MNF	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal
109	APB	V	V V	IV V	IV V	IV V	V V	V V	V V	V V	V	Alterada
110	EFF	IV	IV IV	IV IV	IV III	III IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV	Alterada
111	CGA	V	V V	V V	V IV	V V	V V	V V	V V	V V	V	Alterada
112	ALF											Não colabora
113	MCNR	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal
114	JRC	IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV	Alterada
115	ZS	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal
116	LCBF	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal
117	JV	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal
118	PMC	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal
119	JSA	IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV IV	IV	Alterada
120	RP	V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V V	V	Normal

APÊNDICE 13 - QUADRO DE DADOS DAS ESCALAS BARTHEL, RANKIN E KARNOFSKY

Número	Barthel										Rankin	Karnofsky Score	
	Al.	T.P.	EV.	Mic	Ve.	Tr.	Toal	Mob.	Esc	Ban	Total		TT
1	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	90%
2	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	90%
3	2	1	0	0	2	3	2	2	1	1	14	3	40%
4	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	80%
5	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1	15	2	70%
6	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	90%
7	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	17	2	70%
8	1	1	2	2	1	3	2	3	1	0	16	3	60%
9	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	90%
10	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	90%
11	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	4	40%
12	2	1	2	1	2	3	2	3	2	1	19	1	80%
13	2	1	2	1	2	3	2	3	2	1	19	2	70%
14	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	16	3	70%
15	2	1	2	2	2	3	2	2	1	1	18	2	70%
16	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	90%
17	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	90%
18	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	17	2	70%
19	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	90%
20	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	90%
21	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	16	3	70%
22	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	80%
23	2	1	2	2	1	2	2	2	1	1	16	2	70%
24	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	80%
25	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	80%
26	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	80%
27	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	90%
28	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	80%
29	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	80%
30	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	70%
31	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	80%
32	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	70%
33	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	70%
34	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	70%
35	2	1	2	0	2	3	2	3	2	1	18	2	80%
36	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	70%
37	2	1	2	1	2	3	2	2	2	1	18	2	80%
38	2	1	1	2	1	3	2	2	0	0	14	3	70%
39	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	80%
40	2	1	2	2	2	2	2	2	1	0	16	2	80%
41	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	90%
42	1	1	2	2	1	2	1	2	1	0	13	3	50%
43	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
44	1	1	2	2	1	2	1	2	0	1	13	4	40%
45	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	80%
46	1	0	0	0	1	0	1	2	0	0	5	4	40%

47	2	1	2	2	2	2	2	2	0	0	15	3	70%
48	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	80%
49	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
50	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
51	2	1	2	2	2	3	2	3	1	1	19	2	90%
52	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
53	2	1	2	2	2	3	2	3	1	1	19	2	80%
54	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	90%
55	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
56	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
57	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	10%
58	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
59	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	16	2	80%
60	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
61	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
62	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	90%
63	2	1	1	2	2	3	2	3	2	1	19	2	80%
64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	10%
65	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
66	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	10%
67	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	10%
68	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	90%
69	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
70	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
71	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
72	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	90%
73	2	1	1	2	2	2	2	3	1	1	17	2	80%
74	2	1	2	2	2	3	2	2	2	1	19	2	80%
75	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	17	2	80%
76	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	4	4	30%
77	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
78	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
79	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
80	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	80%
81	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	17	2	80%
82	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	17	3	70%
83	2	1	0	0	1	2	1	2	1	1	11	3	70%
84	2	1	2	2	1	3	2	3	1	1	18	2	80%
85	2	1	2	2	2	3	2	3	1	1	19	2	80%
86	1	0	2	2	2	2	2	2	0	1	14	4	20%
87	1	0	0	0	1	2	1	1	0	0	6	4	20%
88	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	5	4	20%
89	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	80%
90	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
91	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
92	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
93	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
94	2	1	2	2	1	2	1	2	0	0	13	3	20%
95	1	1	2	2	1	2	1	2	0	0	12	3	50%
96	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4	4	30%
97	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%

98	2	1	2	2	2	3	2	3	1	1	19	2	80%
99	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	90%
100	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
101	2	1	2	0	2	2	2	2	1	1	15	3	80%
102	1	1	2	2	1	1	1	1	0	0	10	4	50%
103	2	1	1	2	2	3	2	3	2	1	19	2	80%
104	2	1	2	1	1	3	2	3	2	1	18	2	80%
105	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	90%
106	2	1	2	1	2	3	2	3	2	1	19	2	80%
107	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
108	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	1	90%
109	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
110	2	1	2	1	1	1	1	2	0	1	12	4	50%
111	2	1	2	2	2	3	2	2	1	1	18	2	80%
112	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
113	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
114	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
115	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
116	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
117	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
118	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	20	2	80%
119	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	5	4	40%
120	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	15	3	70%

Al = Alimentação

TP = Trato pessoal

EV = Evacuação

Mic = Micção

Ve = Vestuário

Tr = Transferências

Toal = Toalete

Mob = Mobilidade

Esc = Escadas

Ban = Banho

APÊNDICE- 14 AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MEDIÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Número	Auto cuidado						Cont. Esfincters Intes	Esfinc Urina	Mobilidade			Locom.		Comunicação		Cog. Social			continua Score Total
	AL	TP	Ban	VS	VI	HP			CCCR	V.San	Ba	A/C	Esc	Comp	Expr.	In	S	Prob	
11	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	26	
14	4	6	6	5	5	6	7	7	6	7	5	5	7	7	7	7	7	109	
35	7	7	7	7	7	7	7	1	7	7	7	7	7	7	7	7	7	119	
39	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126	
40	7	7	5	7	7	7	7	7	6	6	6	5	7	7	7	7	7	117	
41	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126	
42	4	4	4	4	4	4	6	6	4	4	4	5	4	7	7	7	7	92	
43	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	125	
44	5	5	3	3	3	6	7	7	5	5	5	3	1	7	7	7	7	93	
45	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	125	
46	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	1	3	26	
47	7	7	5	6	6	7	7	7	6	6	6	6	5	7	7	7	7	116	
48	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126	
49	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126	
50	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126	
51	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126	
52	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126	
53	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126	
54	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126	
55	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126	
56	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	125	
57	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	
58	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126	
59	7	7	6	6	6	6	7	7	6	6	6	6	3	7	7	7	7	114	
60	7	7	7	6	6	7	7	7	6	6	6	6	6	7	7	7	7	119	
61	7	7	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	122	
62	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126	
63	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126	
64	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	
65	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	7	7	7	7	123	
66	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	
67	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	

APÊNDICE- 14 AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MEDIÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Número	Auto cuidado						Cont. Esfincters Intes	Esfinc Urina	Mobilidade		Locom.		Comunicação		Cog. Social		Score Total	contínua		
	AL	TP	Ban	VS	VI	HP			CCCR	V.San	Ba	A/C	Esc	Comp	Expr.	In S			Prob	Mem
68	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126		
69	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126		
70	6	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6	7	7	7	7	120		
71	7	7	6	7	6	6	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	122		
72	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126		
73	7	7	6	7	6	6	4	7	6	6	6	4	7	7	7	7	7	113		
74	7	7	6	7	6	6	7	7	6	6	6	4	6	7	7	7	7	116		
75	7	7	6	7	6	6	7	7	6	6	6	5	5	7	7	7	7	116		
76	3	3	3	3	3	3	1	7	3	3	3	3	1	3	3	5	1	3	54	
77	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	125		
78	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	7	7	7	7	124		
79	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126		
80	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126		
81	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	6	6	7	7	7	7	123		
82	7	7	7	7	6	7	7	7	6	6	6	6	4	7	7	7	7	118		
83	7	7	6	7	4	6	6	1	6	6	6	5	5	7	7	7	7	107		
84	7	7	6	6	6	7	7	7	7	7	7	6	5	7	7	7	7	120		
85	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	5	7	7	7	7	124		
86	5	2	5	6	6	6	6	6	6	4	4	4	1	1	7	7	7	91		
87	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	5	39		
88	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	2	4	1	4	29	
89	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126		
90	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126		
91	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126		
92	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126		
93	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126		
94	6	5	1	1	1	2	6	6	6	4	1	1	1	7	7	7	7	71		
95	1	4	1	1	1	2	5	5	5	5	5	2	1	7	7	7	7	73		
96	6	6	1	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	7	7	7	7	61		
97	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	125		
98	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126		
99	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126		

APÊNDICE- 14 AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELA ESCALA MEDIÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Número	Auto cuidado						Cont. Esfincters Intes	Esfinc Urina	Mobilidade			Locom.		Comunicação		Cog. Social		conclusão Score Total
	AL	TP	Ban	VS	VI	HP			CCCR	V.San	Ba	A/C	Esc	Comp	Expr.	In	S	
100	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	125
101	7	7	6	7	6	6	7	1	6	6	6	5	5	5	5	5	5	101
102	7	7	5	4	4	5	7	7	4	4	4	1	7	7	7	7	7	98
103	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126
104	7	7	6	6	5	7	7	5	7	7	7	6	7	7	7	7	7	119
105	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126
106	7	7	7	7	6	7	7	4	7	7	7	6	7	7	7	7	7	121
107	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	124
108	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126
109	7	7	7	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	124
110	5	5	4	4	3	3	7	4	4	4	4	1	7	7	7	7	7	87
111	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	6	4	7	7	7	7	7	121
112	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	125
113	5	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	123
114	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126
115	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126
116	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	125
117	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	126
118	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	125
119	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	5	5	5	5	5	51
120	5	5	5	5	5	7	7	7	5	5	5	5	7	7	7	7	7	96

AL = alimentação

TP = Trato Pessoal

Ban = banho

VS = Vestuário Superior

VI = Vestuário Inferior

HP = Higiene Pessoal

Intes = controle de intestino

Urina = controle de urina

CCCR = cama, cadeira, cadeira de rodas

V.San = vaso sanitário

Ba = ducha, banheira
A/C = anda ou usa cadeira de rodas
Esc = escadas
Comp = compreensão
Expr = expressão
In S = Interação Social
Prob = Resolução de problemas
Men = memória
Contr. Esfinc = Controle de esfínteres
Locom = locomoção
Cog. Social = Cognição social

ANEXOS

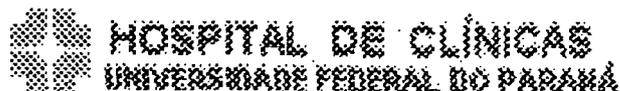
ANEXO 1 – APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA

ANEXO 2 – SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO PARA INFECÇÃO POR HIV(CDC 1992)

ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO

ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO PARA USO DA ESCALA

ANEXO 1 APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITE DE ÉTICA



Curitiba, 30 de maio de 2001.

Ilmo(a) Sr.(a) Sr.(a)(s)
Maries Euzene Zornia
Nesta

Prezado(a) Senhor(a),

Comunicamos que o Projeto de pesquisa "PSICOTERÁPIA MIREORA FUNCIONAL EM PACIENTES PORTADORES DE AIDS", está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde Protocolo CEP-HC nº 240-050/2001-05

O referido projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, em reunião realizada no dia 29 de maio de 2001.

Seu o que se apresenta para o momento, subscrevo-me,

Atenciosamente

Prof. Dr. Renato Tambora Filho
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisas em
Serres Humanos do Hospital de Clínicas -- UFPR

ANEXO 2 . SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO PARA INFECÇÃO POR HIV – 1 E
VIGILÂNCIA NA DEFINIÇÃO DE CASOS DE AIDS PARA ADOLESCENTES E
ADULTOS.(1992)

CD4 + Categorias de células	(A) Assintomáticos ou PGL	(B) Sintomáticos não nas condições (A) e (B)	(C) Condição de Indicador de AIDS
(1) $\geq 500/\text{mm}^3$	A1	B1	C1
(2) 200–499/ mm^3	A2	B2	C2
(3) $<200/\text{mm}^3$	A3	B3	C3
Contagem de células indicadora de AIDS			

Categoria A : Infecção por HIV assintomática, Linfadenopatia generalizada persistente (PGL). Infecção aguda (primária) acompanhada de doença ou história de infecção aguda por HIV.

Categoria B : Condições sintomáticas ocorrendo num adulto ou adolescente infectado por HIV, excluindo aquelas da Categoria C, incluindo aquelas não limitadas a : endocardite bacteriana, meningite, pneumonia, ou sepsis; Candidíase, vulvovaginal: persistente (> 1 mês duração) ou que responde mal à terapia; Candidíase, orofaríngea; Displasia cervical; Sistomas constitucionais, tais como febre ($> 38.5\text{C}$) ou diarreia com duração >1 mês; Leukoplasia Hairy, oral; Hérpes Zóster, envolvendo pelo menos dois episódios distintos ou mais que um dermatomo; Trombocitopenia idiopática púrpura; Listeriose; Nocardiose, Doença inflamatória pélvica; neuropatia periférica.

Categoria C : Pneumonia Bacteriana, recorrente; Candidíase em brônquios, traquéia ou pulmões; Candidíase, esofageana; Câncer pélvico, invasivo; coccidioidomycosis, disseminada ou extrapulmonar; Criptococosis extrapulmonar; Criptosporidiose, crônica intestinal (> 1 mês duração); Doença por Citomagalovirus (outra fora no fígado, baço e gânglios); Retinite por citomegalovirus (com perda da visão); Encefalopatia por HIV –1 ; Herpes simples: Úlcera(s) crônica(s) (>1 mês duração) ou bronquite, pneumonite, ou esofagite; Histoplasmose, disseminada ou extrapulmonar; Isopsoríase, intestinal crônica (> 1 mês duração) ; Sarcoma de Kaposi; Linfoma, burkitt's (ou equivalente); Linfoma, imunoblástico (ou termo equivalente); Linfoma , primário no cérebro,; Mycobacterium Avium Complex ou M. Kansasii, disseminada ou extrapulmonar; Mycobacterium tuberculosis disseminada extrapulmonar ou pulmonar; Mycobacterium, outras espécies ou espécies não identificadas, disseminadas ou extrapulmonares ; Pneumonia por Pneumocystis carinii; Leucoencefalopatia multifocal progressiva; Septicemia por Salmonella, recorrente; Toxoplasmose cerebral; Síndrome Wasting devido ao HIV – 1.

ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- a) Você tem tipo de doença denominada de :aids e está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “Avaliação Motora Funcional em Pacientes com Aids”. É através das pesquisas clínicas que ocorrem os avanços na medicina , e sua participação é de fundamental importância.
- b) O objetivo desta pesquisa é documentar e descrever os graus e os tipos de incapacidades físicas encontradas em pessoas com aids.
- c) Caso você participe nesta pesquisa, será necessário fazer uma avaliação fisioterápica de sua capacidade motora e responder algumas perguntas de um questionário.
- d) Este estudo não oferece qualquer tipo de tratamento, portanto você não experimentará qualquer desconforto.
- e) Não há riscos que envolvam o seu tratamento.
- f) Para tanto você será avaliado apenas um vez quando estiver internado.
- g) Não há benefícios esperados imediatamente após a avaliação, mas sim com o andamento da pesquisa colhendo os dados e preparando melhor nosso serviço de Reabilitação.
- h) Não haverá necessidade de acompanhamento médico especificamente relacionado à pesquisa.
- i) Não há opção de tratamento alternativo.
- j) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.
- k)
- l) Neste estudo não será utilizado um grupo controle ou placebo. (O que significa que você terá a chance de receber um tratamento convencional (grupo controle) ou uma medicação que não tem efeito (grupo placebo)).
- m) A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de recusar participar de estudo, ou se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Este fato não implicará na interrupção de seu atendimento , que está assegurado.
- n) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos médicos que executam a pesquisa e pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação,isto será feito de forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.
- o) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa (exames, medicamentos, etc...) não são de responsabilidade do paciente.
- p) Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você terá a garantia de que qualquer problema decorrente do estudo será tratado no próprio H.C.
- q) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome e sim um código.
- r) Não há qualquer restrição alimentar ou medicamentosa relacionada com o estudo.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo e os tratamentos alternativos. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar a minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento com o meu médico. Eu entendi o que não posso fazer durante o tratamento e sei que qualquer problema relacionado ao tratamento será tratado sem custos para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

	Data		Data
	/ /		/ /
Assinatura do paciente Ou responsável legal		Nome do pesquisador	

ANEXO 4 - AUTORIZAÇÃO PARA USO DA ESCALA MIF



The
Functional
Assessment
Specialists

Uniform Data System

for Medical
Rehabilitation

Telephone
716-829-2076

Fax
716-829-2080

E-mail
info@udsmr.org

Website
www.udsmr.org

202 Parker Hall
University at Buffalo
6435 Main Street
Buffalo, New York
14214

October 18, 2001

Marise Bueno Zonta
Hospital de Clinicas da Universidade
Rua Petit Carneiro 881 ap 81
Curitiba, PR 80 240 050
BRASIL

Dear Ms. Bueno Zonta:

Enclosed please find an original copy of the fully executed International Research License Agreement between Uniform Data System for Medical Rehabilitation and Marise Bueno Zonta for your records.

Limited Permission is hereby granted to use the FIM™ instrument for the purpose of your project entitled "Physical Therapeutic Motor Evaluation in Patients with Aids" as more fully described on Schedule C of the above-mentioned Agreement. I understand your research project description is as follows: The intention of this project is to evaluate, document and describe the disabilities in over a hundred patients with the diagnosis of Aids that are being treated in our hospital. They will be both out patients and from the acute unit in the hospital. Licensee will associate the disabilities found with the time the patient had the diagnosis of Aids, the clinic manifestation that opened the disease, CD4, viral load and neurologic complications.

Please refer to the enclosed information about proper citations for our materials and correct uses for our trademarks and service marks. When you are ready to write about your project please be sure to follow the guidelines as described in the Research License Agreement. If you create any Tables or Figures that include mention of the FIM™ instrument, the following acknowledgment must appear below them:

"The FIM™ instrument. Copyright © 1997 Uniform Data System for Medical Rehabilitation (UDSMR). All rights reserved. Used with permission of UDSMR, University at Buffalo, 202 Parker Hall, 6435 Main Street, Buffalo, NY 14214."

If you need any further assistance, please do not hesitate to contact Amy McCormack, Legal Service Specialist at 716-829-2076 extension 53. Thank you.

Sincerely,

Carl V. Granger, M.D.
Director Emeritus

Enclosure
CVG/gjm