

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

EXPERIENCIANDO O CUIDAR DO CLIENTE
PORTADOR DA SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA
ADQUIRIDA, COM BASE NO SISTEMA CONCEITUAL
DE ROGERS

ALCIONE LEITE DA SILVA

FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

1990

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO

Experienciando o cuidar do cliente com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, com base no Sistema Conceitual de Rogers.

Submetido à Banca Examinadora para detenção do grau de Mestre em Enfermagem

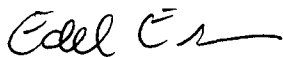
por

Alcione Leite da Silva

Orientadora: Profa. Dra. Edel Ern.

Co-orientadora: Profa. Ms. Maria Tereza Leopardi

Aprovada em 23 de novembro de 1990



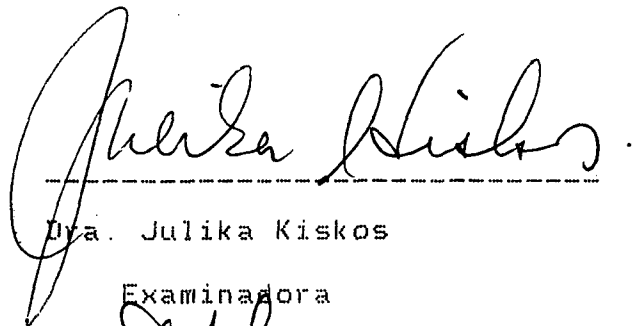
Dra. Edel Ern

Presidente



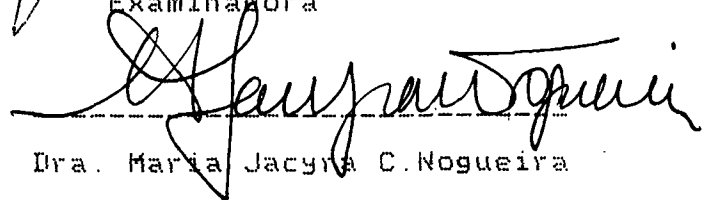
Dra. Eloita Neves Arruda

Examinadora



Dra. Julika Kiskos

Examinadora



Dra. Maria Jacyna C. Nogueira

Examinadora

AGRADECIMENTOS

Senhor Jesus!

Nós te agradecemos!

pela coragem de facear as dificuldades criadas por nós mesmos;

pelas provas que nos aperfeiçoam o raciocínio e nos abrandam o coração;

pela fé na imortalidade;

pelo privilégio de servir;

pelo dom de saber que somos responsáveis pelas próprias ações;

pelos recursos nutrientes e curativos que trazemos em nós;

pelo reconforto de reconhecer que a nossa felicidade tem o tamanho da felicidade que fizemos para os outros;

pelo discernimento que nos permite diferenciar aquilo que nos é útil daquilo que não nos serve;

pelo amparo da afeição no qual nossas vidas se alimentam em permuta constante;

pela benção da oração que nos faculta apoio interior para a solução de nossos problemas;

pela tranquilidade de consciência que ninguém nos pode subtrair...

Por tudo isso, e por todos os demais tesouros de esperança e amor, alegria e paz de que nos enriqueces a existência, sê bendito, Senhor, ao mesmo tempo que te louvamos a Infinita Misericórdia, hoje e para sempre.

Emmanuel

Agradecer, tem sido um dos verbos que mais tenho aprendido a empregar. Considero-me um ser privilegiado, pois a cada instante o amor se faz presente em minha vida, na presença de meus familiares, amigos, vizinhos, enfim, em cada ser humano que encontro em meu caminho. Aprendi, também, a ser grata àqueles seres humanos que, por algum motivo, pensam que dificultam a minha caminhada. Esforço-me por compreendê-los e amá-los, pois sei que eles, sem saberem, estimulam-me e apontam os meus aspectos menos harmoniosos, contribuindo, assim, para o meu aprimoramento íntimo. Quando compreendo que, o que sou hoje é o resultado das energias de amor sempre presentes na natureza e nos milhares de seres humanos, com quem convivi e aprendi ao longo da minha trajetória evolutiva, sinto sérias dificuldades para agradecer, visto que, não haveria espaço suficiente neste trabalho. Deste modo, me aterei aos meus amigos-companheiros que se encontram mais próximos de mim, na presente caminhada.

SOU IMENSAMENTE GRATA:

Ao planeta terra, querido amigo-companheiro, que, infelizmente, ainda não aprendemos a amar e respeitar. As suas energias de amor, diariamente, estão presentes nas forças vivas da natureza, que nos abençoam e enriquecem nossas vidas. Torna-se bem mais fácil caminhar, quando contamos com o calor do sol; o brilho do luar e das estrelas; a nossa mãe terra; o frescor do ar e da água; o calor do fogo; a solidariedade dos animais e vegetais; o perfume das flores; a harmonia nas mudanças das estações climáticas; o suave murmúrio do vento, da chuva, das águas que escorrem nos riachos, rios e das ondas do mar; do silêncio das noites, com seus infindáveis mistérios, que nos permitem alçar vôos inimagináveis...

Aos meus pais, queridos amigos-companheiros, pelo amor, respeito, confiança e estímulo. Com vocês, aprendi a amar, a respeitar o meu próximo, a buscar, incansavelmente, uma maior compreensão do meu ser e da vida, a ter como objetivo primordial de minha existência o meu aprimoramento íntimo...

Aos meus irmãos, queridos amigos-companheiros, pelo amor, respeito e solidariedade em cada momento de minha vida. Com vocês, aprendi a amar, a ser solidária, a compreender e respeitar a individualidade de cada ser humano...

Ao Serginho, querido amigo-companheiro e filho, pelo amor, confiança, respeito, estímulo e bom humor, com que enriquece minha existência. Com você, aprendi a amar, a compreender e respeitar, a ser menos exigente e mais paciente, a sentir a beleza e a importância de um carinho e de um sorriso...

À Tata, querida amiga-companheira, pelo amor, respeito, estímulo, bom humor e apoio incondicional sempre presente em minha vida. Com você, aprendi a amar, a compreender e respeitar, a ser mais humilde e mais paciente, a sentir a importância de um gesto amigo nos momentos de dificuldade...

Aos meus amigos-companheiros de caminhada, pelo amor, respeito, confiança, compreensão, solidariedade e incentivo. Com vocês aprendi a amar, compreender, respeitar, a sentir a preciosidade de um aconchego, de um gesto de amor e de solidariedade..

Aos meus queridos amigos-companheiros com AIDS, pelo amor, respeito e confiança, pela paciência e generosidade que tiveram para me ensinar, apoiar e aceitar. Com vocês, aprendi a amar, a compreender e respeitar, a ser mais humilde e mais paciente, a lutar para superar as minhas limitações. Sem vocês, este trabalho não teria se

concretizado...

À Edel, querida amiga-companheira e orientadora, pelo amor, pelo respeito a mim e as minhas crenças e valores, pela confiança e estímulo, pela dedicação e competência técnica com que me auxiliou a concluir este trabalho. Com você, aprendi a amar, compreender e respeitar, a ser solidária, paciente, a acreditar em mim e a superar as minhas limitações...

À Tetê, querida amiga-companheira e co-orientadora, pelo amor, pelo respeito a mim e as minhas crenças e valores, pela confiança, dedicação e competência técnica com que contribuiu para este trabalho. Com você, aprendi a amar, compreender e respeitar, a ser solidária e a superar as minhas dificuldades...

À Ingrid, querida amiga-companheira e professora, pelo amor, respeito, confiança, estímulo, competência técnica, pelo carinho com que apontou os meus erros, possibilitando-me corrigi-los e pelas contribuições dadas a este trabalho. Com você, aprendi a amar, compreender, respeitar, a ser solidária e a superar as minhas dificuldades e limitações...

Aos meus queridos amigos-companheiros e professores da UFSC, pelo amor, respeito, confiança, estímulo e competência técnica. Com vocês, aprendi a amar, compreender e respeitar, a ser perseverante e tolerante e a aceitar as diversidades de cada ser humano...

Aos meus queridos amigos-companheiros do Departamento de Enfermagem da U.F.M.T., pelo amor, respeito e estímulo. Com vocês, aprendi a amar, compreender e respeitar e a aceitar as diversidades de cada ser humano...

Aos meus queridos amigos-companheiros do Curso de Mestrado, pelo amor, respeito, estímulo e solidariedade. Com vocês, aprendi

di a amar, compreender e respeitar, a aceitar desafios e as diversidades de cada ser humano...

À Rosa, querida amiga-companheira e secretária do Curso de Mestrado, pelo amor, compreensão e respeito e pelas palavras e gestos de carinho, sempre presentes em seu dia a dia. Com você, aprendi a amar, compreender e respeitar, a sentir a importância da solidariedade e de um gesto de carinho...

Ao Artur, querido amigo-companheiro, pelo amor, respeito e compreensão, pela competência com que digitou este trabalho. Com você, aprendi a amar, compreender e respeitar, a sentir a importância de um estímulo e de um gesto de carinho...

À Maria Angélica, querida amiga-companheira, pelo amor, respeito e compreensão, pela eficiência nas transcrições das fitas. Com você, aprendi a amar, compreender e respeitar e a ser solidária...

À Maria de Lourdes, querida amiga-companheira, pelo amor, respeito e compreensão, pela eficiência nas transcrições das fitas. Com você, aprendi a amar, compreender e respeitar e a sentir a importância de ser solidária...

À Elma, querida amiga-companheira e Coordenadora do Programa DST/AIDS-SC, pelo amor, respeito, confiança e por fornecer-me material necessário à revisão bibliográfica deste trabalho. Com você, aprendi a amar, compreender, respeitar e a ser solidária...

Aos meus queridos amigos-companheiros do Grupo de Apoio e Prevenção da AIDS-SC, pelo amor, respeito e estímulo. Com vocês, aprendi a amar, compreender e respeitar, e a sentir a importância da solidariedade e do estímulo...

Aos meus queridos amigos-companheiros, profissionais e funcionários do Hospital X, pelo amor, respeito, confiança e por

aceitar a minha diversidade. Com vocês, aprendi a amar, compreender, respeitar e aceitar as diversidades de cada ser humano...

Aos meus queridos amigos-companheiros e membros da CAPES/PICD, pelo amor, respeito e confiança evidenciados através do estímulo financeiro, necessário à realização do Curso de Mestrado. Com vocês, aprendi a amar, compreender, respeitar e a ser solidária.

RESUMO

Neste trabalho descrevo e analiso a experiência de cuidar do cliente com AIDS, tendo como referencial a "Ciência dos Seres Humanos Unitários" de Martha E. Rogers. A partir deste referencial, elaborei um marco conceitual, englobando os conceitos e princípios de Rogers, com fins a direcionar as ações de enfermagem. Considerando os três fatos de diferentes ordens que compuseram o trabalho em questão, referentes ao sistema conceitual de Rogers, às tecnologias de assistência de enfermagem (técnicas tradicionais, técnicas de comunicação terapêuticas e terapias alternativas) e a síndrome da imunodeficiência adquirida, busquei construir uma metodologia que pudesse sintetizá-los de modo que este trabalho tivesse uma coerência interna e que esta se expressasse na operacionalização do próprio processo de cuidar. Esta metodologia teve como pontos de destaque o processo de enfermagem, as contribuições de dois métodos de pesquisa, tais como, o método fenomenológico e o da observação participante, bem como do processo da intuição. O processo de enfermagem foi subsidiado pelos princípios da homeodinâmica de Rogers e constou de quatro etapas, coleta de dados, diagnóstico, implementação e avaliação. Deste modo, a metodologia em questão resultou de uma mescla destes referenciais, o que lhe configurou uma característica própria e singular. Essa prática foi desenvolvida com seis clientes, inicialmente, internados no Hospital X, na cidade de Florianópolis, Estado de Santa Catarina e, posteriormente, se estendeu à nível ambulatorial e domiciliar. Da análise desta prática, concluo que o marco conceitual e a metodologia escolhida foram operacionalizáveis no processo de cuidar dos clientes com AIDS, conferindo a este processo uma forma mais humanística, avançada e efetiva, quando comparada ao modelo biomédico. Acredito na possibilidade de operacionalização deste trabalho em qualquer situação do processo saúde-doença e recomendo a sua aplicação, objetivando reavaliação e maior aprimoramento do mesmo.

ABSTRACT

In this work i describe and analyse the experience of taking care of the client with AIDS, using the science of Unitary Human Beings of Martha E. Rogers as referral (theoretical model). From that referral i draw a conceptual framework comprising Rogers concepts and principles in order to direct the nursing actions. Considering the three facts of different orders which constituted the work, Rogers conceptual system, thecnologies of nursing assistance (tradicional techniques, therapeutic communication techniques, and alternative therapies) and the acquired immonodeficiency syndrome, i searched to built a methodology which could synthetise them so that this work could present internal coherence, and that this coherence could express itself in the operationalization of the process of caring. The methodology had as relevant points the nursing process, the contributions of two research methods such as the phenomenology method and participant observation, and the intuition process. The nursing process was subsidised by Rogers principles of homeodynamics and implied four steps, data collection, diagnosis, implementation and evaluation. This way, the methodology used resulted from a combination of these referrals thus configurating a unique characteristic. This practice was developed with six clients, initially internned in Hospital X, in the city of Florianópolis, State of Santa Catarina, and later extended to home and ambulatory services. From the analysis of this practice i concluded that the conceptual framework and the methodology are operationalizable in the process of caring clients with AIDS, conferring it a more humanistic, advanced and effective form when compared to the biomedical model. I believe in the possibility of operationalization of this work to any situation of the health-illness process, and recommend its application in the search for reevaluation and improvement.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	01
OBJETIVOS	
Geral	04
Específico	04
2. REVISÃO DE LITERATURA	05
Aspectos Históricos	06
Características do HIV e o Sistema Imunológico	10
Testes de Detecção de Anticorpos Anti-HIV	15
Definição de caso de AIDS	17
Modelos Relacionados à Etiologia da AIDS	19
Epidemiologia	21
História Natural da Infecção pelo HIV	29
Abordagens Terapêuticas: Modelos e Biomédico e Holístico .	36
Assistência de Enfermagem ao Cliente com AIDS	48
Assistência de Enfermagem com base no Sistema Conceitual de Rogers	66
3. MARCO CONCEITUAL	79
Conceitos	80
Pressuposições Básicas	93
Princípios da Homeodinâmica	94

4. METODOLOGIA	98
Processo de Enfermagem	103
5. CUIDANDO DO CLIENTE COM AIDS	115
Preparando-me para cuidar do cliente com AIDS	116
Entrando no Hospital X	119
Apresentando o Meio Ambiente	121
O Meio Ambiente e o Cliente com AIDS	124
- Meu Encontro com Andréa	126
- Processo Vital de Andréa	128
- Processo Terapêutico	132
- Meu Encontro com Davi	151
- Processo Vital de Davi	153
- Processo Terapêutico	161
- Meu Encontro com Carol	195
- Processo Vital de Carol	197
- Processo Terapêutico	204
- Meu Encontro com Ricardo	245
- Processo Vital de Ricardo	247
- Processo Terapêutico	252
6. EXPERIENCIANDO O CUIDAR DO CLIENTE COM AIDS	265
7. ANÁLISE, DISCUSSÃO E RECOMENDAÇÕES	282

3. CONCLUSÕES 307

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 308

10. ANEXOS 328

SUMÁRIO DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

1. Representação da estrutura do HIV	11
2. Ciclo vital do HIV no organismo	13
3. História natural da infecção com o HIV	32
4. AIDS - tendência no Brasil - 31/12/87	32
5. Formas de intervenção terapêutica	37
6. Esquema do processo de enfermagem com base em Rogers	104
7. Planta física da unidade de internação para clientes com AIDS do hospital X	123
8. Esquema do processo vital de Andréa	133
9. Esquema do processo vital de Davi	163
10. Esquema do processo vital de Carol	207
11. Esquema do processo vital de Ricardo	253

TABELAS

1. Número de casos da AIDS, distribuição percentual e coeficiente de incidência (1.000.000 hab.), segundo período de diagnóstico e local de residência (Unidade Federada e macroregião - Brasil, 1980-1990	23
2. Número acumulado e percentual de casos de AIDS, segundo categoria de transmissão e sexo - Brasil 1980-1990	25

GRÁFICOS

1. Distribuição da contagem de leucócitos (p. mm ³) de Andréa, no período de 07/04 a 20/09/89	148
2. Distribuição da contagem de hemácias (p. mm) de Andréa, no período de 07/04 a 20/09/89	149
3. Distribuição da frequência do peso de Andréa, no período de 07/04 a 20/09/89	150

QUADROS

1. Terapias da AIDS em vários estágios de testes	38
2. Diferenças entre os critérios, métodos e técnicas das abordagens Biomédica e Holística	41
3. Interferências dissonantes no processo saúde-doença de Andréa	291
4. Interferências dissonantes no processo saúde-doença de Davi	292
5. Interferências dissonantes no processo saúde-doença de Carol	293
6. Interferências dissonantes no processo saúde-doença de Ricardo	294

SUMÁRIO DOS ANEXOS

1. Definição de caso brasileiro de AIDS
2. Cuidados para a assistência hospitalar aos clientes com AIDS
3. Técnica de visualização
4. Sinópsese dos dados de Andréa
5. Sinópsese dos dados de Davi
6. Sinópsese dos dados de Carol
7. Sinópsese dos dados de Ricardo

"Qualquer caminho é apenas um caminho e não constitui insulto algum - para si mesmo ou para outros - abandoná-lo quando assim ordena o seu coração. (...) Olhe cada caminho com cuidado e atenção. Tente-o tantas vezes quantas julgar necessárias... Então, faça a si mesmo e apenas a si mesmo uma pergunta: possui esse caminho um coração? Em caso afirmativo, o caminho é bom. Caso contrário, esse caminho não possui importância alguma".

*CARLOS CASTAÑEDA, The
Teachings of Don Juan
(Os Ensinamentos de
Don Juan)*

1 - INTRODUÇÃO

" Sempre enganados pela lentidão dos movimentos da amplidão cósmica, experimentamos vagamente uma extrema dificuldade em pensar o Homem a deslocar-se ainda em sua trajetória evolutiva. A fixidez - que agora já conhecemos como ilusória com relação às estrelas, às montanhas e ao imenso passado da Vida - continuamos a atribuí-la a nós mesmos".

Teilhard de Chardin

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS/SIDA) vem se constituindo em grave problema de Saúde Pública do século XX. Trata-se de uma síndrome cujos primeiros relatos oficiais foram divulgados em 1981 pelo U.S. - CDC (Center for Disease Control), tendo se manifestado primeiramente entre os homossexuais masculinos que apresentavam pneumonia por *Pneumocystis carinii* (P.P.C.) e/ou sarcoma de Kaposi (RODRIGUES et al, 1985:407).

No Brasil, os primeiros casos foram oficialmente divulgados em 1982 e, desde então, o número de casos vem aumentando progressivamente. Embora tenha sido divulgada inicialmente como uma doença ligada ao estilo de vida homossexual, observa-se uma incidência crescente da mesma nos contatos bissexuais e heterossexuais,

através do uso comum de seringas na aplicação de drogas injetáveis e na transmissão perinatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987a). Outro fator de relevante importância em nosso meio é a transmissão da doença através da transfusão de sangue e seus componentes.

Essa doença vem causando pânico e ansiedade nos diversos segmentos da sociedade. Tal fato parece decorrer da transmissibilidade do H.I.V. (vírus da Imunodeficiência Humana) através dos fluidos corporais e de ser, até o presente, letal na maioria dos casos.

Os indivíduos com AIDS vêm enfrentando grandes dificuldades, decorrentes da gravidade da doença e dos preconceitos que a ela estão ligados. Ao lado destes aspectos "... constata-se a incipiência de um sistema de saúde que não comporta em seu bojo ambulatórios especializados e leitos hospitalares em número necessário para atender a todos os portadores e/ou suspeitos da AIDS. Além disso, constata-se a falta de formação específica de profissionais de saúde que, devido a isso, acabam por reproduzir reações preconceituosas e discriminantes em relação aos portadores ou suspeitos" (M.S./S.N.A. B.S./P.N.C.D.S.T./AIDS, 1987). Em se tratando mais especificamente do enfermeiro, MENECHIN (1986:1034), através de um estudo, constatou que a falta de conhecimento sobre a AIDS, associada à forma geralmente preconceituosa de se encarar a homossexualidade e o despreparo pessoal e científico para abordar os temas da sexualidade e da morte levam o enfermeiro a expressar sua rejeição na recusa em assistir o cliente.

Isto posto, cumpre reconhecer que o enfermeiro é um profissional necessário ao indivíduo, família, grupo e sociedade, no que tange a prestar assistência de enfermagem, buscar conhecimentos para solucionar problemas de saúde e também para divulgar e aplicar esses conhecimentos.

O meu interesse em desenvolver um trabalho para a assistência de enfermagem a clientes com AIDS, surgiu a partir da necessidade de melhor compreender a realidade vivenciada pelos mesmos e, principalmente, contribuir numa proposta de assistência sistematizada.

Atualmente, a enfermagem já dispõe de um acervo significativo de conhecimento que precisa ser implementado e testado na prática, tais como, as teorias de enfermagem que se revestem de fundamental importância para nortear as ações do enfermeiro.

Dentro desta perspectiva, proponho a elaboração de um modelo de assistência de enfermagem a clientes com AIDS, subsidiado pela Teoria de Martha E. Rogers. Tal escolha deve-se em grande parte à minha identificação com a filosofia emanada das proposições do sistema conceitual de Rogers e, por acreditar que, dentre as teorias existentes, esta é a que mais se aprofunda na natureza do homem e na sua relação com o meio. Partilho da opinião de NEVES & TRENTINI (1987:3) quando referem que, para a aplicação de teorias na prática, o enfermeiro, além do mais profundo conhecimento possível da teoria, deve identificar-se com a perspectiva da teorista, ou seja, com os seus valores e crenças. Outro aspecto fundamental, que acredito deva também ser considerado é a adequação teórico-prática, a fim de que a operacionalização seja viável no cotidiano do enfermeiro.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Experienciar o cuidar do(s) cliente(s) com AIDS utilizando marco conceitual e processo de enfermagem baseados na teoria de Martha E. Rogers.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar um marco conceitual e projetar a estrutura de um processo de enfermagem direcionado para cliente(s) com AIDS com base na Teoria de Martha E. Rogers.
- Cuidar do(s) cliente(s) com AIDS, utilizando o marco conceitual e o processo de enfermagem
- Avaliar o cuidado de enfermagem prestado, a viabilidade de aplicação do marco conceitual e o desenvolvimento do processo de enfermagem.

2 - REVISÃO DE LITERATURA

"Talvez minha reação tenha sido diferente da maioria das pacientes com AIDS. Porque somos todos diferentes uns dos outros. Eu estou certo que todas as pessoas diagnosticadas reagem diferentemente. Ninguém é capaz de compreender plenamente a angústia do outro em tais circunstâncias; ninguém é capaz de compreender plenamente a dor".

Anthony J. Ferrara

*Portador da AIDS - Washington
+ 4 junho, 1984*

Neste capítulo abordo alguns itens referentes aos aspectos históricos da AIDS, as características do HIV e o sistema imunológico, testes de detecção de anticorpos anti-HIV, definição de caso, modelos relacionados à etiologia da AIDS, epidemiologia, história natural da infecção pelo HIV, abordagens terapêuticas e assistência de enfermagem ao cliente com AIDS e com base no sistema conceitual de Rogers. Ainda que possa parecer extensa e até mesmo desnecessária, a estruturação destes itens foi baseada em alguns aspectos que considere importantes. Primeiro, a AIDS se constitui em uma síndrome de aparecimento recente no meio científico. Segundo, venho encontrando, no exercício da profissão, inúmeros profissionais da área da saúde, dentre eles enfermeiros, que desconhecem o processo saúde-doença da AIDS. Finalmente, o aspecto mais relevante, a compreensão deste processo saúde-doença da AIDS, por parte do leitor é de fundamental importância para o acompanhamento do relato da experiência de cuidar do cliente com esta síndrome.

ASPECTOS HISTÓRICOS

Em junho de 1981 o Centro de Controle de Doenças (C.D.C.), dos Estados Unidos, relata em seu boletim a ocorrência de cinco casos de um tipo raro de pneumonia, causada pelo *Pneumocystis carinii* (Pneumococistose), em jovens homossexuais do sexo masculino, na cidade de Los Angeles (U.S.-C.D.C., 1981:250-2). O *Pneumocystis carinii* é um protozoário que faz parte da flora normal dos seres humanos, e não provoca danos para aqueles cujo sistema imunológico é competente. A pneumonia por *Pneumocystis carinii* e outras infecções de natureza oportunista eram observadas, até então, somente em seres humanos que apresentavam uma imunodeficiência.

Um mês após este relatório, em julho de 1981, médicos da cidade de Nova Iorque notificaram ao C.D.C. a ocorrência de uma forma grave de sarcoma de Kaposi em 26 adultos jovens, também homossexuais, que apresentavam imunodeficiência não relacionada a qualquer causa conhecida (U.S.-C.D.C., 1981:305-8). O sarcoma de Kaposi era conhecido como uma forma rara de câncer de pele, com quadro crônico, que acometia normalmente homens idosos de origem mediterrânea ou judaica (ARICÓ, 1987:15). Em 1978, entretanto, o sarcoma de Kaposi fora descoberto em clientes que se submeteram a transplantes renais e receberam terapia imunossupressora e em outros que foram iatrogenicamente imunodeprimidos (PRATT, 1986:12-3).

Tais ocorrências eram, até então, consideradas anômalas, tendo em vista que não havia razão para explicar o estado de imunodeficiência daqueles indivíduos. Todavia, alguns indícios mostravam uma ligação entre os casos detectados, a saber: elevada frequência de enfermidades incomuns, a concentração geográfica (as cidades de Los Angeles e Nova Iorque - E.U.A.) e todos os atingidos serem jo-

vens homossexuais do sexo masculino. Em decorrência, os pesquisadores do CDC focalizaram, inicialmente, as práticas da comunidade "gay" como responsáveis pelo colapso do sistema imune. Assim, dentre os fatores apresentados estavam: o uso disseminado de estimulantes (nitritos de butila e amila), sêmem de diversos parceiros, que é um imunossupressor por si só, múltiplos episódios de doenças sexualmente transmissíveis e o impacto de uma vida sexualmente agitada (COHEN, 1989:2). Contudo, posteriormente, novos casos foram detectados em usuários de drogas injetáveis, hemofílicos, receptores de sangue e seus componentes, recém-nascidos cujos pais e mães possuíam a doença e parceiros heterossexuais de pessoas também com a doença. A partir de 1982, a identificação dos casos passa a ser feita em diversos países, com destaque para os Estados Unidos, Haiti, Europa ocidental e África (GALVÃO-CASTRO, et al, 1986:27).

Emerge assim uma nova doença que provoca, principalmente, uma drástica redução do número de linfócitos T4, no sangue de pessoas afetadas, os quais exercem funções importantes na defesa contra microorganismos ou substâncias invasoras (GALVÃO-CASTRO, et al, 1986:27). Em decorrência, tais clientes desenvolviam doenças oportunistas, ou certas formas raras de neoplasias, como o sarcoma de Kaposi, sem que houvesse qualquer razão aparente. Esta síndrome tinha, portanto, como característica uma deficiência não hereditária do sistema imunológico, daí a denominação em 1982 de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS/SIDA).

Em 1983, na França, Jean Luc Montagnier do Instituto Pasteur de Paris e, em 1984, nos USA, Robert C. Gallo do National Institute of Cancer isolaram o L.V.A. (vírus 1 da linfadenopatia) e o H.T.L.V.III (retrovírus da leucemia de células T humana - variante citopático) do sangue de clientes acometidos da AIDS, respectivamen-

te, passando este vírus a ser considerado o agente etiológico da síndrome (RODRIGUES et al, 1985:413). Posteriormente, pesquisadores chegaram à conclusão de que se tratava do mesmo vírus e em maio de 1986, uma subcomissão da Comissão Internacional sobre Taxonomia de Vírus propôs que os retrovírus da AIDS fossem oficialmente designados como Vírus da Imunodeficiência Humana (H.I.V.) (PRATT, 1986:24).

Muitas especulações têm ocorrido para revelar as origens deste vírus. Segundo ARICÓ (1987:19) "... o relato de doenças parecidas com a AIDS na África Central desde o início dos anos 70, com positividade ao HIV, leva a uma hipótese similar as das origens africanas deste vírus".

Inúmeros pesquisadores têm conseguido isolar o HIV, de vários fluidos corporais. Dentre estes fluidos estão o sangue (BARRE-SINOUSSE et al, 1983:868-71, GALLO et al, 1984:500-3), esperma (HO et al, 1984:451-3, ZAGURY et al, 1984:449-51), líquido cerebrospinal (HO et al, 1985:1493-97, LEVY et al, 1985:586-8), lágrimas (FUJIKAWA et al, 1985:529-30), saliva (GROOPMAN et al, 1984:447-9, HO et al, 1985: 1-606), leite materno (THIRY et al, 1985:891-2), colostro (VOGT et al, 1986:575-7), urina (LEVY, 1985:694-9), secreções cervicais e vaginais (VOGT et al, 1986:525-7, WOFSEY et al, 1986:527-9). O vírus também foi isolado de células da medula óssea, gânglios linfáticos (MELBYE, 1986:5-12), tecido cerebral (HO et al, 1985:1493-97) e na pele (KOLATA, 1986:1197). Entretanto, os casos detectados até o presente parecem apontar a transmissibilidade do vírus através do sangue, esperma e secreção vaginal.

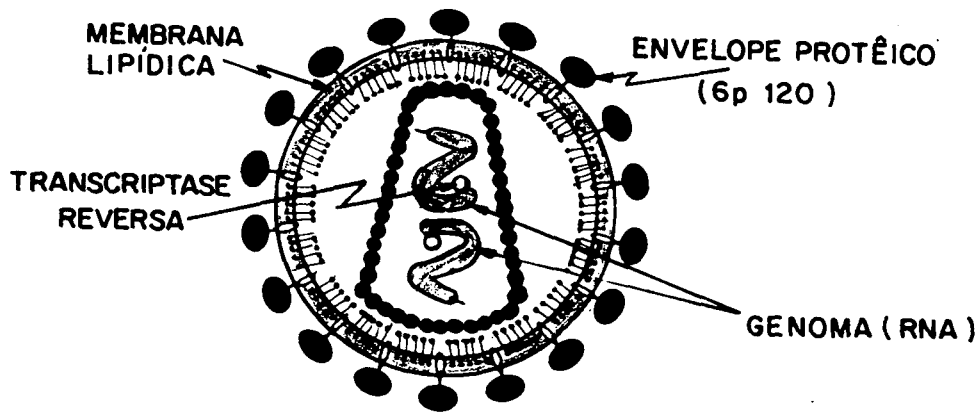
Decorridos nove anos após os relatos dos primeiros casos de AIDS nos Estados Unidos, esta síndrome tornou-se uma epidemia mundial. Esta epidemia está em seus estágios iniciais e os resultados futuros são de difícil avaliação. Contudo, as apreciações atuais

indicam que a AIDS é uma ameaça sem precedentes para a saúde mundial. Constituindo-se em um grande desafio para a ciência, a AIDS tem se tornado uma questão política para os setores públicos e privados. Sérios problemas sociais têm resultado, não só pelo fato desta síndrome ser transmissível e considerada letal, mas também por ter se manifestado inicialmente entre as minorias estigmatizadas. Deste modo, o medo do público tem se espalhado mais rapidamente do que a consciência acerca da AIDS (COHEN, 1989:6). O alcance destes problemas tem se estendido a todas as instituições sociais, desde família, escolas e comunidades até as empresas e instâncias governamentais, jurídicas e militares (FINEBERG, 1988:106). Assim, pessoas portadoras do HIV e da AIDS têm perdido o emprego, casa, amigos e muitas vezes têm sido afastadas dos familiares. Tem sido frequente também a recusa da internação destas pessoas por parte de Hospitais, que não estão enquadrados nas Instituições de referência. As crianças com AIDS têm sido negado o acesso as escolas e o convívio com outras crianças. Por outro lado, médicos, dentistas e enfermeiros têm sido vigorosamente criticados por se recusarem a cuidar de pessoas com AIDS e pelo desconhecimento acerca do processo saúde-doença desta síndrome (BOOTH, 1988:1087). Tais fatos evidenciam que grandes esforços coletivos devem ser empreendidos para se vencer esta epidemia e para exterminar os estigmas e preconceitos em relação às pessoas que vivenciam esta síndrome. Para isto tem-se que ter como foco de atenção básica as formas com que a ciência, a saúde e a educação vêm sendo praticadas no mundo.

CARACTERÍSTICAS DO HIV E O SISTEMA IMUNOLÓGICO

O HIV pertence a uma classe de vírus denominados retrovírus. Como os outros vírus, os retrovírus são incapazes de realizar sozinhos as próprias funções vitais, necessitando penetrar no interior de células vegetais ou animais para se apropriarem de seu mecanismo de síntese de proteínas. Os retrovírus diferenciam-se dos outros vírus por apresentarem um patrimônio genético constituído de ácido ribonucleico (RNA) e também por possuírem uma enzima chamada transcriptase reversa. Esta enzima transcreve o RNA do genoma (composição genética) viral, dando origem a uma cadeia de ácido desoxirribonucleico (DNA), a qual pode incorporar-se aos cromossomos da célula hospedeira (ver Figura 1). Cada vírus tem afinidade ou tropismo por determinado tipo de célula, que transforma em hospedeira. No caso do HIV, o problema é acentuado pela habilidade deste vírus infectar uma variedade de células e tecidos do organismo. Deste modo, além do HIV infectar seletivamente os linfócitos T4, ele infecta os monócitos, macrófagos e existem evidências de que ele também infecta células similares chamadas dendríticas, encontradas na pele, membranas mucosas, linfonodos, fígado, baço e cérebro (REDFIELD & BURKE, 1988:73). Os linfócitos T4 exercem funções importantes no organismo e dentre elas está a de reconhecer antígenos estranhos ou marcá-los nas células infectadas e ajudar a ativar outro conjunto de células brancas chamadas linfócitos B. As células B, conforme REDFIELD & BURKE (1988:70), quando ativadas, multiplicam-se e produzem anticorpos específicos que atacam as células infectadas e livram o organismo do antígeno identificado, inativando todas as células e organismos ou causando a destruição das mesmas. Conseqüentemente, a destruição dos linfócitos T4 ocasionada pelo HIV compromete seriamente

Figura 1. Representação da Estrutura do HIV.

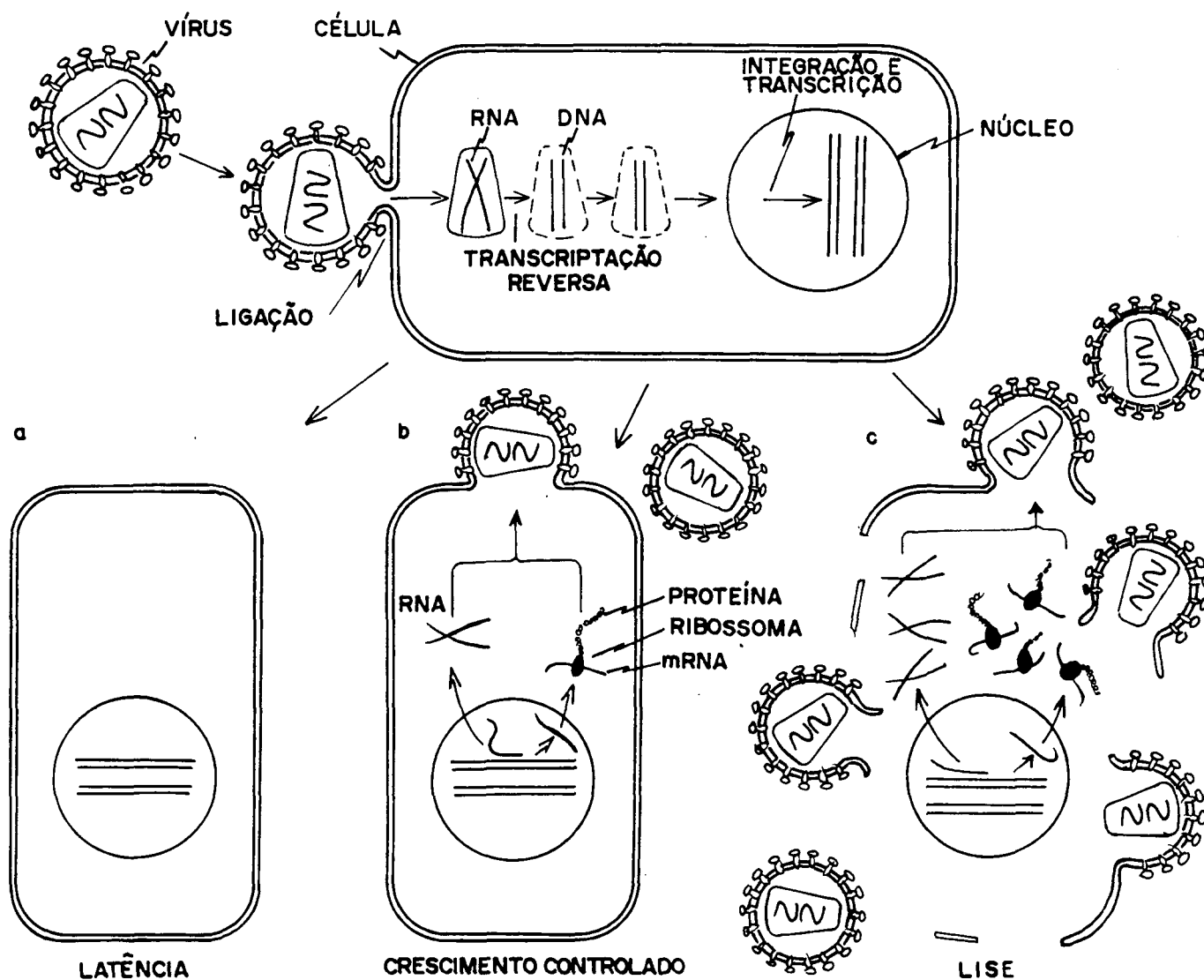


De aparência esférica, o HIV tem um envoltório de composição lipoproteica. Em sua membrana está a principal proteína antigênica do vírus, isto é, aquela que vai suscitar a produção de anticorpos pelo organismo atacado. No interior encontra-se o programa genético do vírus, inscrito em duas cadeias de RNA, com várias proteínas em torno. Associadas ao RNA está a enzima transcriptase reversa.
FONTE: Adaptação do esquema de HASELTINE & WONG-STAAAL (1988:37).

a habilidade do organismo de lutar contra os invasores e tem particularmente um severo impacto nas defesas contra os vírus, fungos, parasitas e certas bactérias. Por sua vez, o comprometimento das células do cérebro (neuróglia) pode levar a distúrbios neurológicos com quadros graves de demência (PRICE, 1918:586-92).

O processo pelo qual o HIV governa o seu ciclo vital é bastante complexo e muitas etapas deste ainda não estão claramente definidos (MARX, 1987: 390-2). Com base em HASELTINE & WONG-STAAAL (1988: 34-42), o ciclo vital do HIV (ver Figura 2), simplificada-mente, inicia quando os receptores da célula hospedeira adsorvem a partícula viral, propiciando a ligação do envoltório viral com a membrana da célula. Segundo WEBER & WEISS (1988: 81-7), resultados de pesquisas apontam o tropismo do HIV para as células mencionadas anteriormente, em virtude destas possuírem em suas membranas uma proteína conhecida como receptor CD4. Assim, explicam os autores, a ligação do vírus a estas células ocorre a partir da interação do CD4 com uma glicoproteína - com peso molecular de 120 Kilodaltons (gp120) - encontrada no "envelope" protéico do vírus (WEBER & WEISS, 1988: 81-7). Após esta ligação ocorre a penetração do nucleocapsídeo na célula hospedeira. No nucleocapsídeo do vírus encontra-se o genoma, que é composto de dois filamentos idênticos de RNA, assim como, proteínas e enzimas. Uma das enzimas é a transcriptase reversa, responsável pela conversão da informação genética viral em DNA. Consequentemente, os dois filamentos de RNA são convertidos em uma molécula de DNA de filamentos duplos, denominada de provírus. Este provírus migra para o núcleo da célula e se integra ao cromossomo celular. Uma vez lá, o provírus (DNA viral) será duplicado junto com os gens da própria célula, cada vez que ela se dividir.

Figura 2. Ciclo vital do HIV no organismo.



A infecção pelo HIV inicia quando o vírus ou a partícula viral liga-se a uma célula suscetível e introduz o genoma (RNA) viral. Sob a ação da enzima transcriptase reversa o RNA é convertido em uma cadeia de DNA que é duplicada assim que o RNA original é degradado. A cadeia dupla de DNA (o "provírus") migra para o núcleo e se integra ao DNA da própria célula. O provírus pode então permanecer latente, não dando sinal de sua presença (a). Alternativamente, ele pode comandar os mecanismos das células para copiar seus genes em RNA, alguns dos quais é traduzido em proteínas virais, em estruturas chamadas ribossomos. As proteínas e RNA adicional, então, formam novos vírus, que são liberados da célula. O processo pode ocorrer vagarosamente (b), ou tão rapidamente que a célula sofre lise ou ruptura (c). FONTE: Adaptação de HASELTIVE & WONG-STAAAL (1988:36).

O comportamento do vírus na segunda metade do seu ciclo vital - a produção de novos vírus - apresenta diversas performances e está na dependência do tipo de célula hospedeira e do próprio nível de atividade da mesma. Nos linfócitos T4, o vírus pode permanecer latente indefinidamente. Entretanto, quando as mesmas células são ativadas, o vírus pode destruí-las, através da replicação. A compreensão do processo pelo qual o HIV pode permanecer latente por um longo período de tempo e então passar ao processo de replicação pode ser a chave para a patologia da AIDS (GALLO & MONTAGNIER, 1988: 29). Em outras células, tais como as células do sistema imune chamadas macrófagos e monócitos, o processo de replicação do vírus é contínuo e lento, mas, provavelmente, só altera as funções destas células.

Um dos fatores que parece levar à replicação do vírus é a presença de infecções causadas por qualquer agente. Há, inclusive, evidências de que algumas infecções viróticas, tais como as ocasionadas pelos vírus *Herpes Simplex* e citomegalovirus possam especificamente estimular a replicação do HIV (JEFFRIES, 1988: 2). A replicação aumentada do vírus implica em que a pessoa infectada estará mais sujeita a desenvolver os sintomas completos da AIDS, tendo em vista a progressiva destruição das células infectadas e conseqüente imunodeficiência.

Diferentes cepas do HIV têm sido detectadas. A maioria das cepas diferem quanto ao envoltório viral, o qual é a primeira parte do vírus a ser reconhecida pelo sistema imunológico (BENN et al, 1985:949-51, WONG-STAAAL et al, 1985:759-62). Assim, como o HIV sofre mutação rápida, novas cepas estão se desenvolvendo continuamente. Esta questão tem implicações sérias para o desenvolvimento de uma vacina. Isto porque, uma vacina derivada do envoltório viral de uma

cepa pode não proteger contra outras, considerando que o sistema imunológico não as reconheceria (DAVIS, 1986:151).

Estudos têm demonstrado que o HIV é extremamente lábil, sendo inativado por diversos agentes físico-químicos. Entre eles destacam-se glutaraldeído a 1%, por 5 minutos; hipoclorito de sódio a 0,5%, por 5 minutos; etanol a 25%, por 5 minutos; água oxigenada a 0,3%, por 15 minutos; o fenol a 5%; paraformaldeído a 0,5%; extremos do pH por 48 horas; e calor a 56°C, por 15 minutos (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986:7).

TESTES DE DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Após a descoberta do HIV, testes laboratoriais foram desenvolvidos para detectar anticorpos para este vírus no sangue. Os testes disponíveis começaram a ser usados no primeiro semestre de 1985, na Europa e nos Estados Unidos (ABIA, 1988:7). O Brasil começou a importar estes testes no mesmo ano. A detecção de anticorpos anti-HIV vem sendo realizada, entre outras, por intermédio das seguintes técnicas sorológicas: Ensaio imuno-enzimático, conhecido pelo nome ELISA (enzyme linked immuno-sorbent assay), Western blot e Imunofluorescência indireta (RODRIGUES, 1990). Estas técnicas representaram um grande avanço no que se refere, principalmente, ao controle da qualidade do sangue transfundido, à determinação da prevalência da infecção na comunidade e à confirmação do diagnóstico das diferentes formas clínicas. Conforme OLIVA et al (1987), os princípios básicos são similares para os três testes, isto é, o soro do cliente é adicionado sobre o antígeno ligado a um suporte sólido. Entretanto, segundo os autores, o sistema de revelação das reações é

diferente, levando a diferentes níveis de sensibilidade e especificidade (OLIVA et al, 1987)

O teste mais amplamente utilizado é o teste ELISA, que envolve procedimentos laboratoriais menos complexos, "...presta-se admiravelmente à automatização e, portanto, ao uso em larga escala. Tem, no entanto, custo elevado" (GALVÃO-CASTRO et al, 1986:33). Por ser um exame de alta sensibilidade e especificidade, é perfeitamente adequado para a triagem de doadores de sangue e para estudos epidemiológicos, mas não para o diagnóstico da AIDS. Deste modo, um resultado positivo pode indicar tão somente que o indivíduo esteve em contato com o vírus ou seus produtos, não que tenha desenvolvido a doença. Contudo, o resultado deste exame deve ser interpretado de forma cautelosa, tendo em vista que pode resultar tanto em falso positivo, por causa da fixação eventual de outras imunoglobulinas não específicas, como em falso negativo, portadores de níveis não detectáveis de anticorpos (GALVÃO-CASTRO et al, 1986:33).

O teste de Imunofluorescência também é um teste de execução simples, fornece resultados muito sensíveis e específicos, porém com a desvantagem de não se prestar à automatização, o que impossibilita seu uso em grande escala (OLIVA et al, 1987). Para a realização deste teste são necessários técnicos de laboratório treinados e experientes, tendo em vista que a interpretação dos resultados é feita de forma subjetiva.

O Western blot é um teste altamente específico e são raros os resultados falso positivos, desde que o resultado seja interpretado por técnicos de laboratório altamente capacitados. Este teste não é aconselhável para procedimentos de triagem, devido à sua complexidade de execução e a seu elevado custo operacional, restringindo a sua utilização para fins de confirmação de diagnóstico e pa-

ra pesquisa (OLIVA et al, 1987)

Além das técnicas mencionadas acima, existem outras, tais como: radioimunoensaios e radioimunoprecipitação.

Considerando a possibilidade de resultados falso positivos, principalmente do ELISA, que é o teste utilizado em larga escala, é recomendado a confirmação destes resultados, através do maior número possível de testes, de preferência baseados em princípios distintos. O fluxograma de testes anti-HIV, na página seguinte, vem sendo proposto para a confirmação dos resultados positivos (OLIVA et al, 1987).

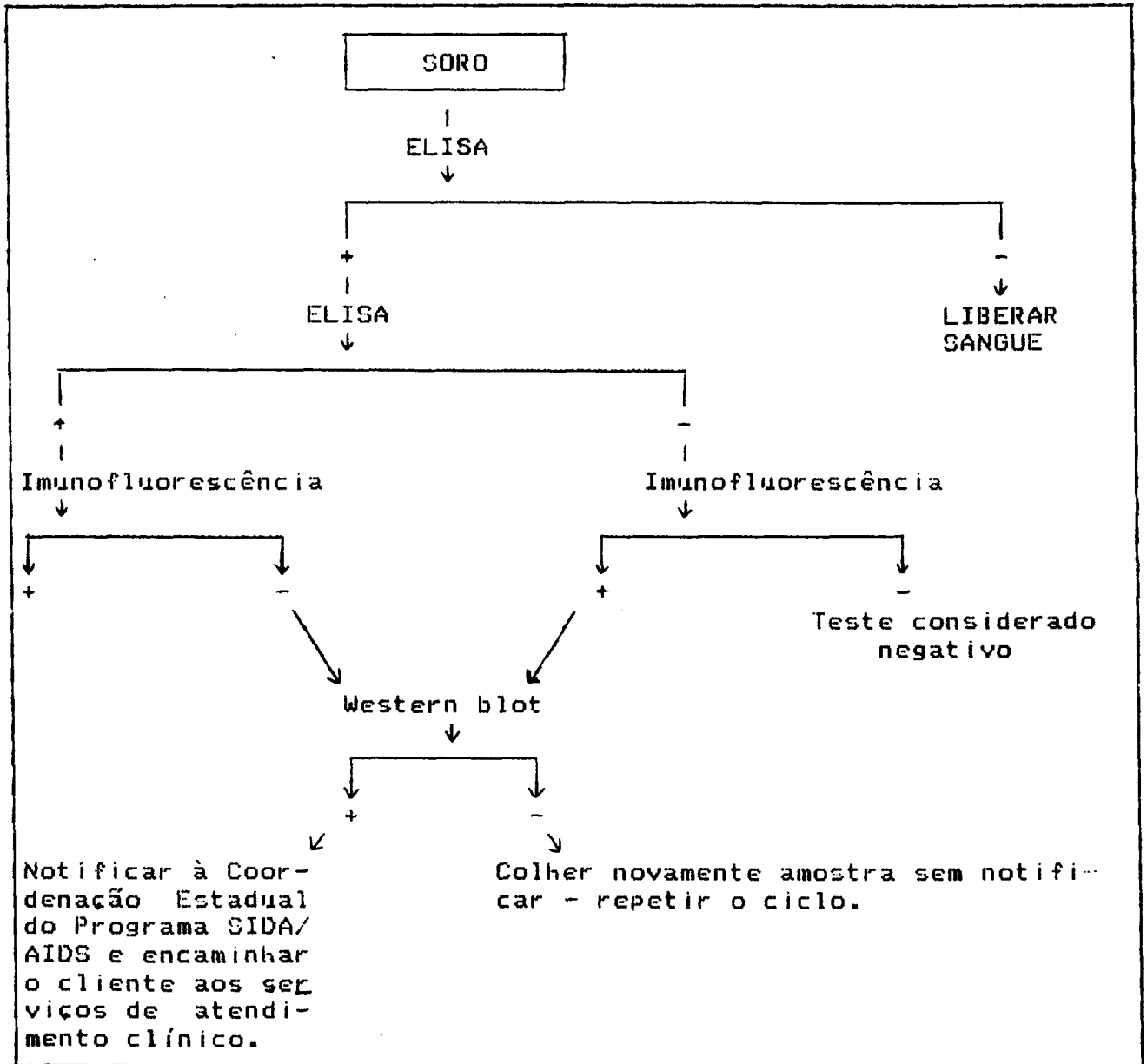
DEFINIÇÃO DE CASO DA AIDS

Em 1982, após o aparecimento da AIDS, o CDC adotou uma definição operativa para fins de vigilância epidemiológica (U.S-CDC, 1982:507-14).

Posteriormente, com a descoberta do HIV e o desenvolvimento dos testes para a detecção dos anticorpos anti-HIV e de terem sido reconhecidas outras doenças associadas ao vírus, o CDC em 1985 expandiu a definição anterior, que vigora até o presente (U.S-CDC, 1985:373-5).

No Brasil, em junho de 1986, a definição do CDC foi analisada e adequada à realidade nacional, por especialistas convidados pelo Ministério da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 1989). A Definição de Caso Brasileiro (anexo 1) tem como proposta melhorar a vigilância epidemiológica e não o diagnóstico de casos com fins clínicos ou terapêuticos.

FLUXO DO TESTE ANTI-HIV



MODELOS RELACIONADOS À ETIOLOGIA DA AIDS

Vários modelos têm surgido para explicar a etiologia da AIDS. Segundo MARTIN & VANCE (1984:1303-8), eles são: o modelo etiológico da AIDS, o da teoria da "sobrecarga imunológica" e, finalmente, o modelo interativo.

O modelo etiológico da AIDS sugere que esta doença é causada por um ou mais patógenos biológicos, de natureza viral, que produz um estado de incompetência imunológica. Esta, por sua vez, leva a uma vulnerabilidade do hospedeiro contra uma variedade de doenças secundárias, mais notadamente o sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e outras causadas por vírus, protozoários, fungos e mycobactérias (anexo 1). Este modelo de "único agente" ou "teoria do germe" da AIDS ganhou apoio após o isolamento do HIV (MARTIN & VANCE, 1984:1303).

O segundo modelo da AIDS, ou seja, o da teoria da "sobrecarga imunológica" (Sonabend, Nitkin & Purtilo, 1984) diverge do modelo da teoria do germe, pelas hipóteses criadas em relação ao mecanismo pelo qual a incompetência imune ocorre. Este modelo considera que a AIDS desenvolve a partir das múltiplas agressões ao sistema imunológico. As agressões são representadas pelo mau hábito de saúde, uso excessivo de drogas medicamentosas, frequente exposição ao sêmen (Witkin & Sonnabend, 1983), exposição a vírus, tais como *Cytomegalovirus* (Geraldo & Beth, 1980; Rinaldo et al, 1980), *Epstein Barr* (De Waele, et al, 1981). Estes desafios ao sistema imunológico quando combinados, produzem um estado de imunossupressão irreversível (Follansku et al, 1982, Friedman-Kien et al, 1982, Koziner et al, 1982, Mildvan et al, 1982, Witkin & Sonnabend, 1983). A partir deste modelo, portanto, o desenvolvimento da AIDS decorre destas

múltiplas exposições e não de um único contato com o vírus (MARTIN & VANCE, 1984:1303).

O terceiro modelo, ou seja, o interativo, combina a teoria do germe e a teoria da "sobrecarga imunológica" da AIDS em um único modelo, mais compreensivo e que pode fornecer um ponto de partida útil na investigação do papel dos fatores de exposição ao risco bem como daqueles relacionados à vulnerabilidade à AIDS. O modelo interativo postula que a exposição ao HIV só levará a uma sintomatologia clinicamente significativa em condições de vulnerabilidade do hospedeiro. Dentre os fatores que concorrem para esta vulnerabilidade, ou seja, para a incompetência imunológica, estão uso de drogas, repetidas infecções causadas por vírus, doenças sexualmente transmissíveis (DST), doenças entéricas e os tratamentos associados a tais enfermidades e desordens. Entretanto, recentes pesquisas psiconeuroimunológicas sugerem um complexo encadeamento causal, associando eventos ambientais e mentais a alterações imunológicas e a doença resultante, mediada pela influência do Sistema Nervoso Central sobre a regulação hormonal (Cunningham, 1981). Fatores relevantes à imunocompetência podem, assim, estenderem-se, além de substâncias e agentes que tenham consequências diretas no sistema imunológico, a uma ampla série de fatores comportamentais e psicossociais, tais como o estresse da vida, exaustão, bem como hábitos de saúde e de nutrição, mecanismos de enfrentamento e ausência de redes de apoio social (MARTIN & VANCE, 1984:1305-6).

EPIDEMIOLOGIA

Atualmente, a AIDS constitui-se em um problema importante de saúde pública. A presente situação mundial da AIDS, entretanto, é de difícil avaliação, em decorrência tanto da falta de informações existentes, como da não-uniformidade nos critérios diagnósticos e até mesmo das dificuldades encontradas pelos países subdesenvolvidos em diagnosticar as doenças oportunistas, o que obstaculariza e até mesmo impossibilita comparações precisas entre os países (BRUNET-ANCELLE, 1985:670). As dificuldades apontadas, contudo, não impedem a indiscutível constatação da emergente epidemia mundial da AIDS.

Segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgado em Genebra, até setembro de 1990 já haviam sido registrados 288.337 casos de AIDS em todo o mundo (SÚMULA, 1990:4). Contudo, a estimativa desta organização para este total de casos acumulados, considerando o alto índice de casos não identificados, chega a 800 mil (SÚMULA, 1990:4). Já o relatório divulgado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) revela que o total de casos de AIDS registrados nas Américas até setembro de 1990 é de 173.933, sendo que 101.602 dessas pessoas acabaram morrendo (SÚMULA, 1990:4). Naquele período, Estados Unidos, Brasil, Canadá, Haiti e México reuniam mais de 95% dos casos de AIDS (SÚMULA, 1990:4).

Os dados divulgados até 30 de junho de 1990, pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE (Tabela 1, pág. 23), mostram que o Brasil já conta com 12.405 casos notificados de AIDS. Por região, o perfil da doença demonstra que 82,5% dos casos foram registrados na Região Sudeste, a qual apresenta o maior contingente populacional, a maior concentração urbana e as melhores condições de diagnóstico. Seguem-lhe as Regiões Nordeste (7,3%), Sul (6,6%), Centro-Oeste (2,8%) e Norte

(0,8%). A nível estadual, São Paulo ocupa o primeiro lugar com 7.826 casos, o equivalente a 63,0% e uma incidência de 27. O Estado do Rio de Janeiro vem em segundo lugar, com 1.909 casos, o equivalente a 15,5% e uma incidência de 15. Segue-lhe o Estado do Rio Grande do Sul, com 527 casos, o equivalente a 4,3% e uma incidência de 6. Todavia, a incidência de casos de AIDS no Rio Grande do Sul (6) é menor, quando comparada com os estados de Roraima (9) e Distrito Federal (7). Cabe aqui ressaltar que estes dados não expressam a real situação da AIDS no Brasil, em decorrência da falta de controle dos órgãos oficiais, das subnotificações dos casos detectados e dos tabus e preconceitos associados à doença. Oficialmente, o Ministério da Saúde admite uma subnotificação de 50% dos casos (ABIA, 1988:1). Conforme SOUZA (1988:5), a AIDS no Brasil vem atingindo predominantemente as camadas da classe média e baixa da população.

A partir da análise dos relatórios sobre AIDS e dos dados de soroprevalência, três amplos e já distintos padrões epidemiológicos da AIDS tem sido reconhecidos (MANN et al, 1988:62). O padrão I é típico dos países industriais com um grande número de casos de AIDS relatados, dentre os quais incluem os Estados Unidos, México e Canadá, muitos países da Europa ocidental, Austrália, Nova Zelândia e partes da América Latina, inclusive o Brasil. Algumas regiões do norte da África também exibem padrão I de comportamento, embora estas áreas não sejam industrializadas. Nos países de padrão I, a maior parte dos casos de AIDS tem ocorrido, principalmente, em homossexuais e bissexuais do sexo masculino e usuários de drogas injetáveis. O padrão II é observado em algumas áreas das regiões centrais, do leste e do sul da África e, mais acentuadamente, em certos países da América Latina, particularmente alguns do Caribe. O modo de transmissão nestas regiões de padrão II é, em sua maioria, atra-

Tabela 1 - Número de casos da AIDS, distribuição percentual e coeficiente de incidência (taxa por 1.000.000 hab.), segundo período de diagnóstico e local de residência (Unidade Federada e Macrorregião) - Brasil, 1980 - 1990 *

UF/MACRORREGIÃO	n	%	COEF. DE INCIDÊNCIA
Brasil	12405	100,00	9
NORTE	97	0,80	1
Rondônia	9	0,08	1
Acre	7	0,06	2
Amazonas	22	0,18	1
Roraima	9	0,07	9
Pará	43	0,35	1
Amapá	5	0,05	2
Tocantins	2	0,01	0
NORDESTE	909	7,30	2
Maranhão	52	0,40	1
Piauí	23	0,20	1
Ceará	119	1,00	2
Rio Grande do Norte	59	0,45	3
Paraíba	41	0,35	1
Pernambuco	277	2,20	4
Alagoas	47	0,40	2
Sergipe	34	0,30	3
Bahia	257	2,00	2
SUDESTE	10232	82,50	23
Minas Gerais	408	3,30	3
Espírito Santo	89	0,70	4
Rio de Janeiro	1909	15,50	15
São Paulo	7826	63,00	27
SUL	822	6,60	4
Paraná	189	1,50	2
Santa Catarina	106	0,80	3
Rio Grande do Sul	527	4,30	6
CENTRO-OESTE	345	2,80	6
Goiás	104	0,80	2
Mato Grosso	66	0,55	5
Mato Grosso do Sul	66	0,55	4
Distrito Federal	109	0,90	7

FONTE: Divisão Nacional de DST/AIDS - Serviço de Epidemiologia.
Boletim Epidemiológico Ano III, nº 11 - Ministério da Saúde.

(*) 1990 (Dados preliminares até a semana 26/90, terminada em 30/06)
Dados sujeitos à revisão.

vés do contato heterossexual e o número de infectados masculinos e femininos é aproximadamente igual. O padrão III prevalece em áreas do leste europeu, norte da África, Oriente Médio, Ásia e da maioria das ilhas do Pacífico (exceto Austrália e Nova Zelândia). Nestas áreas o número de casos de AIDS relatado é pequeno, sendo que a maioria destes casos tiveram contato sexual com indivíduos dos países de padrão I ou padrão II (MANN, et al, 1988:62).

No Brasil, o perfil da doença (Tabela 2) mostra a predominância da transmissão sexual, com 65% dos casos. Entre eles, 37% tem ocorrido em homossexuais do sexo masculino, 17% entre bissexuais e 11% em heterossexuais. A transmissão sanguínea é responsável por 24% da contaminação, sendo que 16% são usuários de drogas, 5% são transfundidos de sangue e hemoderivados e 3% são hemofílicos. Os dados mostram que, no Brasil, a doença não se restringe somente aos grupos de risco, mas vem atingindo além dos heterossexuais, as crianças. Até 30 de junho de 1990, 211 crianças foram infectadas pelas mães, antes, durante e após o parto. Os dados também evidenciam que a contaminação da AIDS através do sexo vem decrescendo. Em 1982 e 1983, este modo de transmissão representava quase 100% dos casos, em comparação com 65% dos casos nos últimos dados (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987b e 1990). Em contraposição, o número de usuários de drogas injetáveis, que contraem a doença, vem crescendo anualmente. Em 1984, apenas 0,8% das transmissões estavam relacionadas à droga, em comparação com os dados recentes de 16% de casos desta categoria (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987b e 1990).

Outro fator de relevante importância em nosso meio é a transmissão da doença através da transfusão de sangue/hemoderivados, o que ainda reflete uma política inefetiva quanto a estas transfusões, o ineficiente controle da qualidade de sangue e uma inoperante fiscalização nas áreas de sorologia e imuno-hematologia. Esta afirmação é corroborada pelo exemplo da situação do Estado de Santa Ca-

Tabela 2 - Número acumulado e percentual de casos de AIDS, segundo categoria de transmissão e sexo. Brasil. 1989 - 1990*

CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO/ CONDIÇÃO DO CLIENTE	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		N	%
	N	%	N	%		
TRANSMISSÃO SEXUAL	7752	69	353	30	8105	65
HOMOSSEXUAL	4583	41	-	-	4583	37
BISSEXUAL	2167	19	-	-	2167	17
HETEROSSEXUAL	1002	9	353	30	1355	11
TRANSMISSÃO SANGUÍNEA	2272	20	654	55	2926	24
USUÁRIO DE DROGAS E.V.	1500	14	395	33	1975	16
HEMOFÍLICO	313	3	-	-	313	3
RECEPTOR DE SANGUE/ COMP.	379	3	259	22	638	5
TRANSMISSÃO PERINATAL	109	1	102	9	211	2
TRANSMISSÃO NÃO DEF./OUTRA (1)	1089	10	74	6	1163	9
TOTAL	11222	(90) (2)	1183	(10) (2)	12405	100

- FONTE: Divisão Nacional de DST/AIDS - Serviço de Epidemiologia
Boletim Epidemiológico - Ano III, nº 11. Ministério da Saúde
- (*) 1989/90 (Dados preliminares até a semana 26/90, terminada em 30/06)
- (1) Caso e/ou categoria não investigada, ou transmissão investigada sem, entretanto, ser caracterizada ou outra categoria definida, na investigação, excluindo as acima relacionadas.
- (2) Distribuição proporcional segundo o sexo.
Dados sujeitos à revisão.

tarina, em relação ao controle do sangue, que não difere dos outros estados brasileiros, onde em 1987 dos 31 bancos de sangue cadastrados, somente 6 realizavam teste anti-HIV (COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE CONTROLE DA AIDS, S.C., 1987). Embora a AIDS transfusional estivesse ocorrendo no Brasil, somente em 1988, o então Presidente da República sancionou a Lei n. 7.646, que tem o intuito fundamental de garantir ao sangue e hemoderivados transfundidos terapêuticamente a necessária qualidade, promovendo a profilaxia da veiculação de infecções (NETO, 1988:2). Contudo, este controle ainda se faz de modo ineficaz e hesitante, o que é corroborado por depoimentos da atual Coordenadora Geral da ABIA, que aponta em especial a situação do Rio de Janeiro, onde é inoperante a fiscalização dos bancos de sangue (RAMOS, 1989:4).

O pessoal da área da saúde, embora não faça parte da maioria das categorias de fator de risco, emerge como grupo que apresenta riscos de contaminação no trabalho (HENDERSON, 1984:9-10, BLATTNER et al, 1985:667). Estudos do Centro de Controle de Doenças (C.D.C.) mostram, que em 1987, foram constatados 2.586 pessoas da área de saúde com AIDS, nos Estados Unidos (U.S.-C.D.C., 1988:229-39). Destes, 135 (5,3%) se infectaram, com grande probabilidade, através do contato com fluidos orgânicos de clientes com AIDS, ou através de portadores assintomáticos do HIV. No restante (94,7%) destas pessoas, foi possível identificar outra atividade de risco mais provável, tais como: contato sexual suspeito (homo, bi ou heterossexual), uso de seringa contaminada (viciados em drogas injetáveis), transfusões de sangue ou hemoderivados suspeitos. As ocupações das pessoas da área da saúde que se contaminaram no exercício da profissão, nos Estados Unidos, foram: auxiliares de enfermagem (27%), faxineiros (21%), médicos (15%), (a maioria cirurgiões), enfermeiros (9%), técnicos de laboratório (9%), dentistas (3%) e fisioterapeutas (3%) (U.S.-C.D.C., 1988:229-39). Tais estudos têm levado pesquisadores a estimar uma taxa de infecção menor que 1%, neste grupo (BARNES, 1988:161-2).

No Brasil, à semelhança dos Estados Unidos e Europa, o maior percentual dos casos de AIDS situa-se na faixa etária de 20 a 49 anos, atingindo, desta forma, indivíduos adultos-jovens, em plena fase produtiva. Segundo dados do MINISTÉRIO DA SAÚDE (1990), no Bra-

sil, 85% dos indivíduos acometidos pela doença encontram-se na faixa etária citada.

Até o presente, por não se dispor de uma abordagem terapêutica eficaz para a AIDS, a mortalidade tem sido relatada como sendo de 100% dos casos (ARICÓ, 1987:51, PRATT, 1986:20). Contudo, partilho da opinião de GUATTARI (1987:38) de que não há doença considerada 100% letal. MANN et al (1988:60) relataram que o intervalo compreendido entre o diagnóstico da AIDS e a morte varia grandemente em países desenvolvidos, sendo que 50% dos clientes morrem dentro de 18 meses após o diagnóstico e, cumulativamente, 80% dentro de 36 meses. No Brasil, até 30 de junho de 1990, são conhecidos 6.230 óbitos pela doença (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Ressalto aqui que todas as variáveis enfatizadas nos dados estatísticos apresentados encontram-se dissociadas da dimensão social. Os estudos realizados não relacionam as condições de vida da população de portadores da doença com as condições da política de saúde do Estado, tanto no que se refere ao aspecto assistencial à saúde, quanto à formação de agentes desta assistência para esta população. Desta forma, estas variáveis são vistas isoladamente, não contextualizadas, o que pode levar a uma visão reduzida e não global da real situação do portador da AIDS no Brasil.

O que vem se observando no Brasil é uma complacência por parte dos órgãos governamentais em relação à AIDS e uma redução nos esforços para conter a doença. Tais fatos, que não se restringem especificamente a este país, levou o atual diretor do Programa Mundial contra a AIDS, da OMS, a lançar um alerta universal (MANN, 1990a:5). Este diretor acentua que se a doença não for enfrentada com a devida atenção e recursos, o número de pessoas com AIDS vai aumentar 10 vezes nos anos 90; a perspectiva é de chegarmos ao ano 2000 com seis

milhões de doentes (MANN, 1990a:5).

No momento atual, a AIDS já apresenta um desafio para o Brasil. Um exemplo claro é a situação do Estado de São Paulo, que não é muito diferente da que ocorre em outros Estados, onde os clientes com AIDS vem sendo atendidos de forma precária, visto que a rede pública não dispõe de leitos suficientes, bem como de recursos necessários a este atendimento (SÚMULA, 1990:5). Soma-se a estes problemas a recusa da rede privada em estabelecer convênios com a Secretaria Estadual de Saúde, visando assim aumentar o número de leitos para o Estado (RADIS, 1990:5). No Rio de Janeiro, o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), um dos principais centros de atendimento a clientes com AIDS, está para ser fechado por falta de infraestrutura básica, desde medicamentos até alimentos, conforme depoimento do diretor deste hospital (PINTO, 1990:3). Ainda no Rio de Janeiro, cerca de 200 pessoas com AIDS necessitando de internação urgente perambulam pelos hospitais, sem a menor condição de serem atendidas (RADIS, 1990:4). Todos estes fatos, somados à problemática que envolve o sistema de saúde no Brasil, tais como o descaso dos órgãos governamentais, a ausência de uma política de saúde efetiva e a insuficiência de verbas destinadas ao setor, tem levado profissionais da área, a exemplo de SÁ (1990:3), a afirmar que muita gente tem morrido de AIDS, não por causa da doença, mas pela falta de tratamento das infecções oportunistas, as quais podem ser controladas.

Outro aspecto digno de nota é que a AIDS vem evidenciar problemas há muito existentes neste país e no mundo. Consequentemente, esta síndrome emerge como um problema político e social. Portanto, para se lutar contra a AIDS, em qualquer país, é preciso reconhecer que esta doença existe no sistema social, exigindo cuidados primários de saúde e que este sistema possui desequilíbrios, assim

como problemas na distribuição de bens sociais (MANN, 1990a:4). Desse modo, partilho da opinião de MANN (1990a:4), de que lutar contra a AIDS é lutar contra a toxomania, a prostituição, os problemas sociais e políticos e educar sexualmente as crianças.

HISTÓRIA NATURAL DA INFECÇÃO PELO HIV

Apesar dos avanços ocorridos nesta década no que tange aos conhecimentos científicos sobre a AIDS, ainda permanecem obscuros vários aspectos relativos à história natural da infecção pelo HIV. Segundo BLATTNER et al (1985:668), parte da dificuldade em compreender plenamente a dinâmica deste processo deve-se ao fato de que muitos dos estudos relatados até agora são do tipo transversal em relação aos vários momentos do curso da epidemia. Contudo, através das observações dos casos, alguns estádios tem sido apontados como fazendo parte da história natural da infecção pelo HIV.

Em 1986, o U.S.-C.D.C. enquadrou a característica clínica da infecção pelo HIV em quatro estádios - a saber: 1) infecção aguda; 2) infecção assintomática; 3) linfadenopatia persistente generalizada; 4) outras doenças relacionadas ao HIV, inclusive a AIDS (U.S.-C.D.C, 1986:334-39).

O primeiro estádio inicia-se com a presença do HIV na circulação, podendo estimular o desenvolvimento de anticorpos como resposta do sistema imunológico. Conforme Craske e Melbye citados por POPULATION REPORTS (1987:7), a maioria das pessoas que se tornam infectadas, desenvolve anticorpos sem quaisquer sintomas imediatos. Entretanto, uma proporção não conhecida de pessoas infectadas pode experimentar, associado a soroconversão, breves episódios de febre,

linfadenomegalia generalizada, hepatomegalia, exantema (semelhante ao da rubéola) e mais raramente diarreia e alterações do quadro neurológico (MANN et al, 1988:60, REDFIELD & BURKE, 1988:74 e HASELTINE & WONG-STAAAL, 1988:34). O período de tempo compreendido entre a penetração do HIV no organismo e a presença de anticorpos é relatado como sendo de duas semanas a três meses e raramente mais tarde (MANN et al, 1988:60).

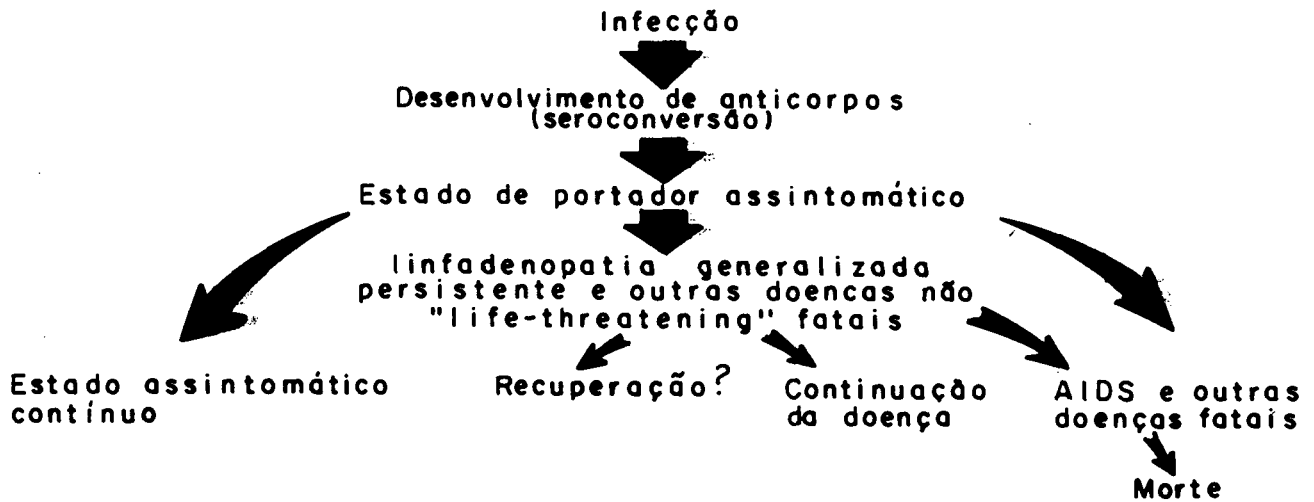
No segundo estágio, as pessoas infectadas apresentam anticorpos anti-HIV, sem contudo manifestarem os sintomas da doença, o que as caracteriza como sendo portadoras assintomáticas. Estudos desenvolvidos por alguns pesquisadores nos Estados Unidos mostram que o período correspondente a este estágio é de três a cinco anos (REDFIELD & BURKE, 1988:75). Apesar dos numerosos estudos na área, ainda não se pode precisar quantas pessoas assintomáticas desenvolverão sintoma e quantas evoluirão para a AIDS (FRANCIS et al, 1985:721). Entretanto, estudos anteriores sobre a progressão da doença sugerem que, somente 30 a 40% de clientes infectados com o HIV progridem para a AIDS (REDFIELD & BURKE, 1988:77). Já, estudos mais recentes, desenvolvidos por REDFIELD & BURKE (1988:77), mostram que mais de 90% dos clientes progrediram para estádios mais avançados em um período de três anos. Tem sido também apontada a possibilidade de este estágio ser contínuo, como sugere Bartlett em seu modelo (Figura 3, pág.32) (POPULATION REPORTS, 1987:7).

Um relato digno de nota foi feito recentemente por pesquisadores do Multicenter AIDS Cohort Study (MACS), que tem sedes em Baltimore, Chicago, Los Angeles e Pitsburg, de que 0,4% de homens, infectados com HIV, mas sem sintomas da AIDS, pararam de produzir anticorpos, anteriormente detectados por três diferentes testes sanguíneos (BARNES, 1988:1407). Saah, um dos pesquisadores envolvidos,

afirma estar muito relutante em dizer que estes homens estão controlando o vírus e que este é um evento muito raro em pessoas que permanecem livres dos sintomas (BARNES, 1988:1407).

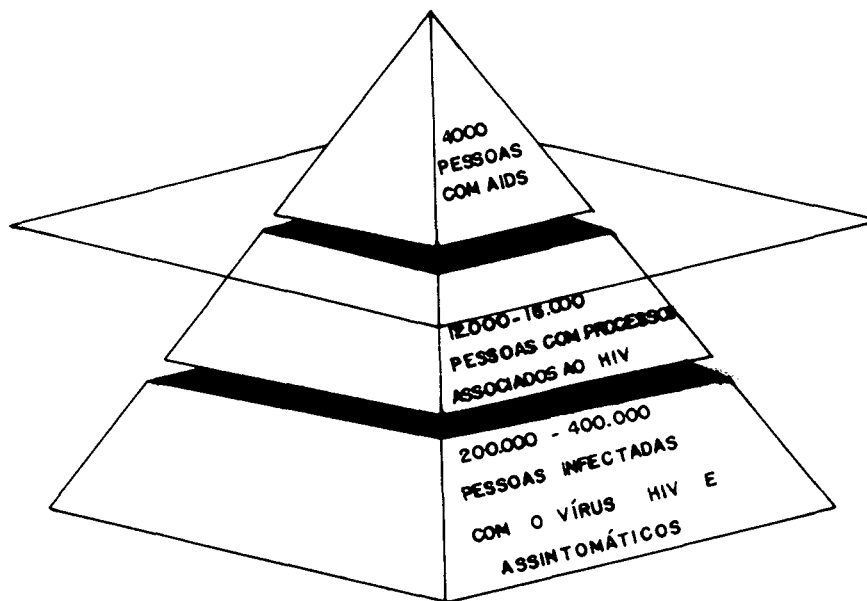
O número de pessoas que se encontra no primeiro e segundo estádios parece ser muito superior ao daqueles que se encontram nos outros estádios. A OMS calcula que, até junho de 1990, cerca de 6 a 8 milhões de pessoas no mundo já estavam infectadas pelo HIV (OMS, 1990:1). Segundo as estimativas do MINISTÉRIO DA SAÚDE (1987b), havia sido previsto, para 31/12/87, um número de 200 a 400 mil brasileiros infectados pelo HIV e assintomáticos (FIGURA 4, pág. 32). Já, as estimativas da OMS para a América do Sul é a seguinte: no tocante ao sexo masculino, existe 1 homem infectado pelo HIV para 125 não infectados e quanto ao sexo feminino é de 1 por 500 (OMS, 1990:2). Tal fato é preocupante, tendo em vista que estes indivíduos, por não apresentarem sintomas da doença, podem desconhecer seu estado de portadores e, conseqüentemente, transmitir o vírus, aumentando cada vez mais as estatísticas dos casos de AIDS. Em contrapartida, conforme HEYWARD & CURRAN (1988:57), recentemente tem sido mostrado que pessoas com AIDS ou infecção sintomática são mais prováveis de transmitir o HIV do que aquelas que são assintomáticas ou se encontram em estádios iniciais da infecção. Deste modo, ainda de acordo com os autores, tem sido encontrado parceiros de pessoas soropositivas que tem permanecido não infectadas, apesar de manterem contato sexual, por longo período de tempo, sem tomarem nenhuma precaução contra a infecção. Estes fatos, prosseguem os autores, sugerem que, além dos fatores comportamentais, os fatores biológicos frequentemente contribuem para a transmissão do HIV. Eles também revelam que alguns indivíduos infectados transmitem mais facilmente o HIV do que outros e que a infectividade de uma pessoa pode variar

Figura 3 - História Natural da Infecção com o HIV.



FONTE: Bartlett (POPULATION REPORTS, 1987:7)

Figura 4 - AIDS, Tendência - Brasil, 31/12/87*.



(*) Dados estimados.

FONTE: DNC - DST/AIDS - SNABS/M.S. - Serviço de Epidemiologia.

com o tempo (HEYWARD & CURRAN, 1988:57).

O terceiro estágio, ou seja, o da linfadenopatia persistente generalizada, caracteriza-se por linfadenomegalia, envolvendo duas ou mais regiões extra-inguinais, com duração de pelo menos 3 meses. Devem ser excluídas doenças ou uso de drogas que possam causar o aumento dos gânglios linfáticos. O período de tempo em que pessoas permanecem neste estágio ainda não está claro, existindo até mesmo interrogações sobre a possibilidade de recuperação, como aponta Bartlett em seu modelo (Figura 3). Contudo, um acompanhamento realizado com 42 pessoas demonstrou uma média de 4 anos e meio de permanência neste estágio, sendo que 12 (29%) das pessoas tinham desenvolvido AIDS até aquele momento (MATHUR-WAGH et al, 1985:1542-3).

Ainda conforme U.S-CDC (1986:334-39), o quarto estágio, o de outras doenças, é dividido em vários subgrupos, a saber:

- Subgrupo A: Doença Constitucional - um ou mais dos seguintes sinais ou sintomas com duração maior que 1 mês e sem causa identificada: febre, diarreia, perda de peso superior a 10%.
- Subgrupo B: Doença Neurológica - uma ou mais das seguintes síndromes sem causa identificada: demência, mielopatia, neuropatia periférica.
- Subgrupo C - Doenças infecciosas associadas com a infecção pelo HIV e pelo menos moderadamente indicativas de um defeito na imunidade celular. Os clientes deste subgrupo são divididos em duas categorias:
 - Categoria C.1 - Pneumonia por: *Pneumocystis carinii*, criptosporidíase crônica, toxoplasmose, estrogiloidíase extra-intestinal, isosporidíase, candidíase (esofágica, brônquica ou pulmonar), criptococose, histoplasmose, infecção com *Mycobacterium avium-intracellulare* ou *M. Kansasii*, citomegaloviro-

se, infecção mucocutânea crônica ou disseminada por herpes simples e leucoencefalopatia multifocal progressiva.

- Categoria C.2 - Leucoplasia pilosa oral, herpes-zoster, bacteremia recorrente por salmonella, nocardiose, tuberculose e candidíase oral.
- Subgrupo D: Neoplasias secundárias - Sarcoma de Kaposi, linfoma não-Hodgkin (pequeno linfoma de núcleo celular não-chafrado, sarcoma imunoblástico) ou linfoma primário do cérebro.
- Subgrupo E - Doença ou quadro clínico não classificados acima, que possam ser atribuídos a infecção pelo HIV e/ou são indicativos de defeito na imunidade celular. Inclui clientes com pneumonite intersticial linfóide crônica com sintomas constitucionais não suficientes para classificação no subgrupo IV-A, ou com doenças infecciosas não listadas no subgrupo IV-C, ou com neoplasias não listadas no subgrupo IV-D.

A partir desta divisão, a AIDS propriamente dita é enquadrada nos subgrupos B, C, D e E (U.S.-CDC, 1986:334-39).

Os distúrbios neurológicos podem ser graves nos subgrupos de B a E, podendo ocorrer perda progressiva da memória, demência, sintomas psiquiátricos, encefalite e meningite (REDFIELD & BURKE, 1988:96, PRICE et al, 1988:586-92, SUNDER, 1984:68). PRICE et al (1988:588) relataram que o complexo de demência da AIDS é uma das complicações mais importantes associada com a infecção pelo vírus. Tal fato se deve, como explicam os autores, à gradual redução das funções no trabalho, na vida diária e no auto-cuidado, além das amplas implicações sociais relacionadas com perda da produtividade, e com o custo da assistência e do tratamento institucional a longo prazo.

O período compreendido entre a infecção pelo HIV e o desenvolvimento da AIDS parece ser longo e variável. Segundo diversos autores, entre eles, GOEDERT et al (1986:992-5), JAFFE et al (1985:210-4) e GROOPMANN et al (1984b:1419-22), este período pode variar de 1,5 a 7 anos. Já autores, tais como HASELTINE & WONG-STAAAL (1988:34), apontam um período de 2 a 10 anos. Inúmeros fatores tem sido destacados como tendo influência na progressão da infecção. A presença destes fatores parece explicar porque alguns indivíduos contaminados pelo HIV evoluem mais rapidamente para a AIDS, enquanto outros permanecem assintomáticos, conforme assinalam GALLO & MONTAGNIER (1988:31), REDFIELD & BURKE (1988:77) e PRATT (1987:28). Dentre estes fatores estão: a predisposição genética para que a doença se manifeste, repetidas exposições ao esperma alógeno (PRATT, 1987:27), o estado de imunodepressão anterior à contaminação pelo HIV e a presença de outras infecções latentes (GALLO & MONTAGNIER, 1988:31, RADFIELD & BURKE, 1988:77).

ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

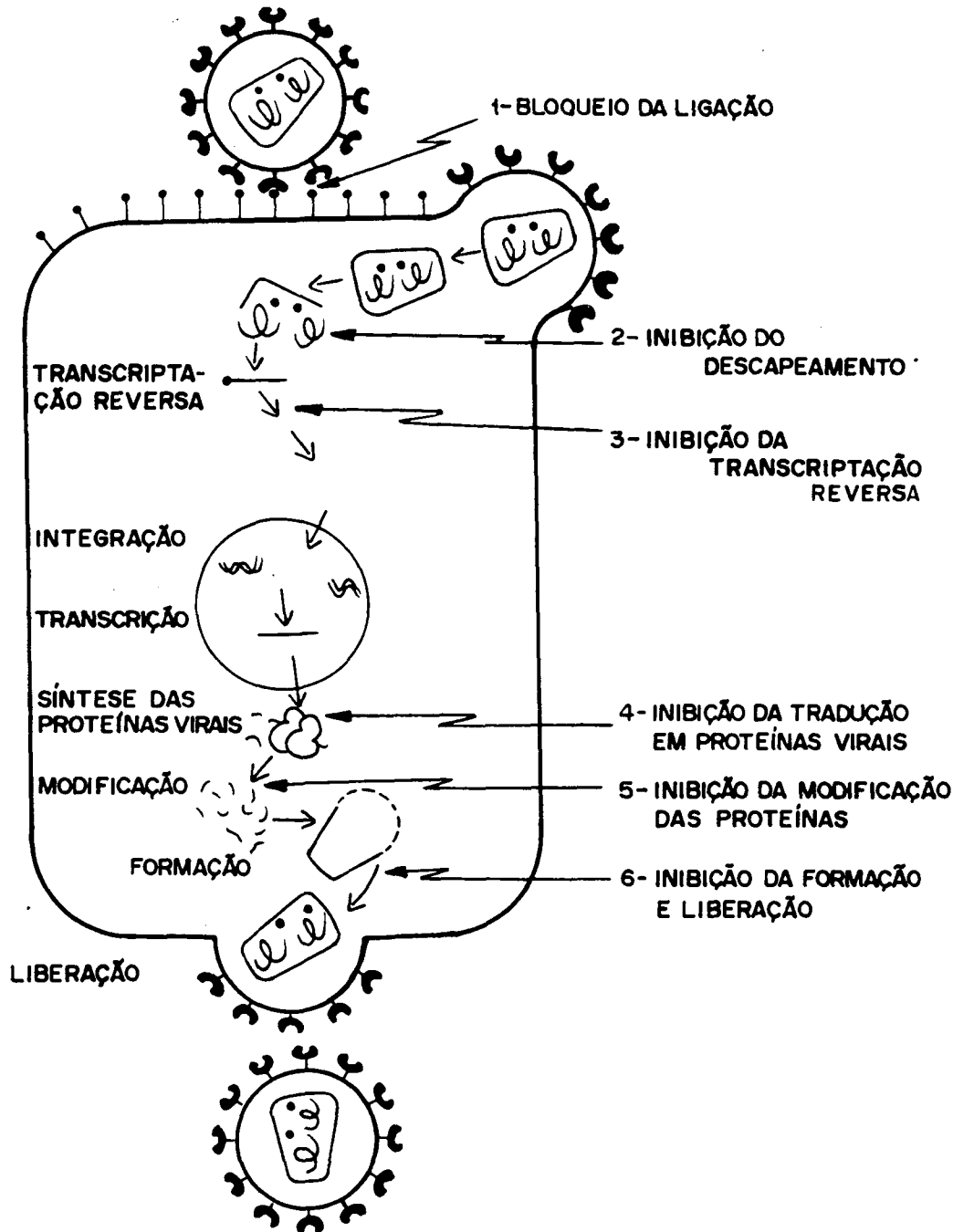
MODELO BIOMÉDICO OU ORTODOXO

O tratamento efetivo da AIDS tem se constituído em um desafio para a ciência. Este desafio decorre, em grande parte, do fato de os vírus, em geral, se multiplicarem na célula hospedeira. Deste modo, as drogas em uso para combater o vírus influem de maneira negativa sobre o metabolismo das células, podendo até chegar a destruí-las (SION, 1986:36-7).

Segundo YARCHOAN et al (1988:88-97), diversas drogas vêm sendo desenvolvidas para atuarem nas várias etapas do ciclo vital do HIV no organismo (ver Figura 5, pág. 37). Várias delas (Quadro 1, pág. 38) encontram-se atualmente em fase experimental, sendo que a única liberada mundialmente para tratamento da AIDS é a azidotimidina (AZT). Contudo, PRATT (1987:132-4) e SION (1986:36-7) relatam que os resultados obtidos com muitas destas drogas não são muito animadores, visto que, a redução do vírus é transitória e os sinais clínicos da imunodepressão não diminuem nas formas graves da doença. Por outro lado, o segundo autor citado refere que o aparecimento de efeitos colaterais obriga muitas vezes a interrupção do tratamento (SION, 1986:36-7).

Dentre a drogas existentes, o AZT é a única que possui algum valor clínico, já demonstrado no combate à AIDS (ESPARZA, 1989:3, CHAGAS, 1983:3). Entretanto, esta droga pode ser tóxica, especialmente no que se refere à supressão da medula óssea, desenvolvendo frequentemente anemia e queda do número de leucócitos e plaquetas (YARCHOAN et al, 1988:97). No Brasil, 'o Ministério da Saúde

Figura 5 - Formas de Intervenção Terapêutica



O ciclo vital do HIV está sujeito ao ataque de drogas em diversos estádios. Certos anticorpos podem bloquear a ligação da glicoproteína-gp120 do envelope viral aos receptores CD4 na superfície dos linfócitos T4 (1). Outros agentes podem evitar a liberação do RNA viral e transcriptase reversa do envelope protêico (2). Drogas como o AZT e outros dicleoxynucleosídeos previnem a transcriptação reversa do RNA viral em DNA viral (3). Oligonucleotídeos podem bloquear a tradução em proteínas virais (4). Antes do processo de formação deve haver a modificação das proteínas virais; certos compostos podem intervir em tais processos como a divisão de proteínas ou a adição e grupos de açúcar (5). Finalmente, substâncias antivirais como o interferon podem evitar a formação de partículas virais e liberação da célula (6).

FONTE: YARCHOAN et al (1988:90)

QUADRO 1 - Terapias da AIDS em varios estádios de testes

DRUGA	MECANISMO DE AÇÃO	COMENTÁRIOS
Sulfato de dextran	Inibe provavelmente a ligação viral	Usada oralmente fora dos E.U para reduzir níveis de colesterol; tem atividade anti-HIV. O uso na fase II de triagem clínica iniciou no Hospital Geral de São Francisco.
CD4 solúvel	Inibe a ligação viral	Forma geneticamente engendrada. O uso na fase I de triagem
AZT (azidotimidina)	Inibe a transcriptase reversa, muda a terminação	Druga de prescrição; aumenta o tempo de sobrevivência e reduz infecções oportunistas; pode melhorar a demência induzida pelo HIV; tóxica para a medula óssea
d.d.c. 2', 3'-dideoxycytidina	Inibe a transcriptase reversa, muda a terminação	Efeito antiviral, dado em doses muito baixas; efeitos tóxicos nos nervos periféricos, que pode ser reduzido quando dado em conjunto com o AZT. Uso na fase II de triagem, dado sozinho e em combinação com o AZT
d.d.a. e d.d.i. (2', 3'-dideoxyadenosina)	Inibe a transcriptase reversa, muda a terminação	Relativamente pouco tóxico para a medula óssea in vitro. Uso na fase I de triagem
fosfonoformate	Inibe a transcriptase reversa	Ativa contra o citomegalovirus. Uso na fase II de triagem mostra evidência de alguma atividade anti-HIV
rifabutin	Possível inibidor da transcriptase reversa	Ativo in vitro contra certas mycobactérias que podem infectar clientes com AIDS. Uso na fase I de triagem sendo completada
ribaviran	Mecanismo desconhecido	Efeitos principais anti-HIV; atividade antagonista do AZT em laboratório. O uso na triagem clínica não tem mostrado redução do antígeno no soro de clientes
fosforothisate, oligodesoxynucleotídeos	Provavelmente diversos mecanismos, incluindo o impedimento da síntese de proteínas virais	Pode ter atividade de sequência específica e não específica, ainda em desenvolvimento inicial
castanospermine	Inibe enzimas que compõem o grupo de açúcar da proteínas virais	Reduz a infectividade do vírus; ainda em desenvolvimento inicial
interferon alfa	Pode reduzir a liberação do vírus; provavelmente tem outros mecanismos	Tem atividade antitumoral direta contra o sarcoma de Kaposi. Uso na fase I de triagem, dado sozinho e em combinação com o AZT
ampligen	Induz o interferon, pode ter outros mecanismos de ação	Pouca toxicidade observada em clientes. Uso na fase II em larga escala e fase III de triagem

Todas as substâncias listadas acima têm mostrado alguma atividade anti-HIV em testes de laboratório. Muitas delas estão agora em vários estágios de triagem clínica.

Fase I - usualmente envolve um pequeno número de clientes e são designados para estabelecer a toxicidade, dose máxima tolerada e mecanismos de ação da droga no organismo. Fase II e fase III envolve um maior número de pessoas e são designados para avaliar a efetividade da droga.

FONTE: YARCHOAN et al (1988:96)

autorizou, em outubro/88, a comercialização do AZT, conquanto esta droga não faça parte do seu arsenal terapêutico, em virtude do alto custo da mesma (VEJA, 1988:93). Conseqüentemente, no Brasil, a grande maioria dos clientes com AIDS vem sendo tratada apenas sintomaticamente (RODRIGUES et al, 1985:415). Todavia, é importante ressaltar que nenhuma das drogas atualmente disponíveis implica na cura da infecção pelo HIV.

SION (1986:36-7) relata que outras formas experimentais de tratamento vêm sendo empregadas, visando reativar a capacidade de defesa do cliente. Incluem-se neste caso, a imunoestimulação e a imunossupressão. Os tratamentos da imunoestimulação mais promissores têm se baseado na Interleucina 2, no Interferon gama, capazes de aumentar a atividade imunológica e a capacidade citotóxica dos linfócitos T. A imunossupressão tem sido realizada através da transfusão de linfócitos e do transplante de medula óssea. No entanto, prossegue o autor, nenhum esquema voltado para a reativação imunológica, poderá obter êxito se não for acompanhado de terapia capaz de neutralizar os efeitos da ação do vírus da AIDS (SION, 1986:37).

Quanto à prevenção, grandes esforços têm sido envidados na busca de uma vacina. Contudo, a extraordinária variação da estrutura genética do vírus parece afastar a possibilidade de êxito da descoberta de uma vacina a curto ou médio prazo (SION, 1986:36-7).

MODELO HOLÍSTICO

Contrapondo-se ao modelo ortodoxo, anteriormente relatado, vêm sendo também utilizadas pelos clientes com AIDS outras abordagens terapêuticas, denominadas terapias alternativas (REUBEN,

1986:52-69). Estas terapias são inspiradas no modelo holístico, as quais são orientadas em direção à exploração do potencial de auto-cura do organismo humano.

Conforme NOGUEIRA (1985:17), a prática da saúde holística visa harmonizar e equilibrar todas as dimensões do ser humano, através de condutas individuais, focalizando a importância da interação corpo-mente-espírito no processo saúde-doença. BLATTNER, citado pela autora acima, relata que a abordagem holística diverge do modelo biomédico ou ortodoxo no que se refere aos critérios, métodos e técnicas utilizadas (ver Quadro 2), (NOGUEIRA, 1985:29-30).

REUBEN (1986:52-69) descreve as terapias alternativas que vêm sendo usadas no tratamento de clientes com AIDS. Dentre elas encontram-se a acupuntura, homeopatia, fitoterapia, visualização (mentalização), quiroprática, do-in, imposição de mãos, massagem rítmica, macrobiótica, psicoterapia, espiritualização, exercícios e ácido ascórbico. Segundo a autora citada, estas terapias muitas vezes têm sido utilizadas em conjunto. A adoção destas terapias não exclui a utilização de medicamentos alopáticos, cirurgias ou irradiação.

ACUPUNTURA: consiste em restabelecer o equilíbrio energético através da inserção de agulhas no tecido sub-cutâneo ao longo dos meridianos de energia (STEIN & KIN, 1978: 172-3). Conforme REUBEN (1986:56-7), determinados efeitos têm sido obtidos em portadores da AIDS com o uso da acupuntura, tais como: aumento de energia, diminuição dos linfonodos, sensações de bem estar, melhora das condições respiratórias, diminuição dos suores noturnos, controle da diarreia e descontinuação do uso de drogas e álcool. Ainda conforme a autora, investigações científicas realizadas pelo sistema de cura chinesa tem revelado os seguintes efeitos fisiológicos da acupuntu-

QUADRO 2 - Diferenças entre os critérios, métodos e técnicas da abordagem Biomédica e Holística.

ABORDAGEM BIOMÉDICA OU ORTODOXA	ABORDAGEM HOLÍSTICA
- Tratamento dos sintomas	- Pesquisa das causas e configurações da doença
- Especializada	- Integrada, vê o paciente como um todo
- Ênfase na eficiência	- Ênfase nos valores humanos
- O profissional pode ser emocionalmente neutro	- O profissional é componente da cura
- A dor e o sofrimento são totalmente negativos	- A dor e o sofrimento podem ser sinais importantes de conflitos internos
- A intervenção primária é feita primariamente por drogas e cirurgia	- A intervenção é mínima, com tecnologia apropriada, completa da com métodos e técnicas não invasiva
- O corpo é uma máquina em bom ou mau estado	- O corpo é visto como um sistema dinâmico, com um campo de energia complexa em relação ao meio
- A doença ou a incapacidade são vistas como uma entidade	- A doença ou a incapacidade são vistas como um processo
- A ênfase é dada na eliminação dos sintomas e na doença	- A ênfase é dada no alcance máximo de saúde física e mental
- O paciente é dependente	- O paciente é (ou pode ser) autônomo
- O profissional é uma autoridade	- O profissional é um parceiro terapêutico
- Corpo e mente são separados; a doença psicossomática é vista como mental e encaminhada ao psiquiatra	- O corpo e a mente são vistos como uma entidade; a doença psicossomática é vista em todo o cuidado profissional
- A mente é considerada como fator secundário na doença orgânica	- A mente é, primariamente, um fator igualmente importante em qualquer doença
- O papel do placebo é tido como efeito da sugestão	- O efeito placebo é evidência do papel da mente na doença e na saúde
- As informações quantitativas para a história do paciente são mais importantes	- Informações qualitativas incluindo as subjetivas do paciente são adicionadas às quantitativas
- A prevenção focaliza mais uma gama de meios (vitaminas, exercícios, imunização, etc)	- A prevenção focaliza a pessoa como um todo (corpo-mente e espírito) em relação com o seu meio

FONTE: Adaptado de Blattner (1981) - NOGUEIRA (1985:30)

ra: aumento das endorfinas (substância que tem função analgésica), aumento da atividade fagocitária, melhora das funções hormonais, endócrinas e das reações imunológicas, regeneração das fibras nervosas; eliminação da febre e normalização dos movimentos e secreções gastrointestinais (REUBEN, 1986:56-7).

HOMEOPATIA: é uma doutrina que, concebendo as doenças como simples grupos de sintomas da alteração geral da energia vital, cura-as com agentes que produzem no corpo um grupo de sintomas semelhantes, os quais são usados em doses mínimas, usualmente infinitesimais, que agem sobre a energia vital alterada por meio da sua energia curativa posta em liberdade pelo seu modo de preparação farmacêutica ou pelos próprios líquidos orgânicos (dinamização) (CAIRO, 1987:33). O tratamento das pessoas com AIDS tem se baseado nos sintomas, além de incluir medicamentos com comprovados efeitos antiviróticos. Conforme relato de REUBEN (1986:60) um cliente estabeleceu seu tratamento contra a AIDS consultando um guia homeopático. Posteriormente, não foi detectado anticorpos anti-HIV, após uma série de testes, durante um acompanhamento clínico de vários meses.

FITOTERAPIA: é a arte e a ciência de restabelecer a saúde através de remédios vegetais, produzidos a partir de todo o complexo bionergético da planta, tais como, raiz, caule, folhas, flores, cascas, sementes e frutos (PANIZZA, 1989:81, GUIA CORPO A CORPO, 1989:192). Dentre as inúmeras atividades curativas exercidas por plantas medicinais, podem ser citados: desintoxicação, melhora da circulação, reequilíbrio dos órgãos, redução do ritmo funcional das glândulas, sedativo. REUBEN (1986:60) relata que os japoneses têm obtido resultados promissores no tratamento da AIDS com L E M (*Lentinus Edodes Mycellium*, um cogumelo utilizado na culinária asiática), ao obter a redução de células cancerosas no fígado de ratos, em quase

50% comparado com o grupo de controle. Ainda empregando Lentinan (um composto do L E M) por via endovenosa, comprovaram a ausência de anticorpos anti-HIV. A autora prossegue dizendo que outros produtos usados pelos clientes com AIDS são o alho (antiparasitário, antiviral), echinacea (antibiótico e antivirótico), pau d'arco ou casca de ipê (anti-cancerígeno), hidraste (antibiótico e antiviral), e as ervas chinesas *atractyloides*, *codonopsis* e *ginseng* (REUBEN, 1986:60).

VISUALIZAÇÃO OU MENTALIZAÇÃO (MÉTODO SIMONTON): baseia-se no modelo corpo/mente e consiste de um processo que inclui um período de relaxamento durante o qual o cliente cria mentalmente imagem do objetivo ou resultado desejado (SIMONTON, et al, 1987:17-8). Conforme REUBEN (1986:65), pessoas com AIDS estão incorporando a visualização em seus próprios trabalhos de cura. Esta técnica pode mudar a habilidade do desempenho do sistema imune, além de auxiliar a revelar partes do nosso próprio eu, anteriormente ocultos (REUBEN, 1986:65).

QUIROPRÁTICA: consiste em liberar os bloqueios de energia originados na compressão dos nervos da coluna vertebral, através de massagens e manipulação (SOUZA, 1989:286-98, GUIA CORPO A CORPO, 1989:195). Esta técnica parte do conceito de que cada nervo da coluna vertebral apresenta relação direta com determinados órgãos e o seu bom funcionamento. "De acordo com Davi Moulton, quiroprático do Comitê de Ação da AIDS de Boston, as pessoas com AIDS estão sempre tensas e doloridas. A quiroprática alivia a dor, por meio de ajustes. Restaurando a função dos nervos, aumenta o potencial do corpo de se curar" (REUBEN, 1986:59).

DO-IN (DIGITOPRESSURA): consiste em liberar o fluxo de energia, através da pressão dos dedos sobre os pontos do corpo ao longo dos meridianos de energia (LANGRE, 1988:11-4, CANÇADO, 1986:

13-9, KUSHI, 1985: 75-6). Esta técnica é também utilizada como auto-diagnose e portanto tem uma importante ação preventiva (LANGRE, 1988:12). Em Boston, Hara Klein, do subcomitê de Terapias Holísticas do Comitê de Ação da AIDS, diz que o DO-IN ativa a circulação sanguínea e do sistema linfático (REUBEN, 1986:64). Klein ainda relata que os resultados obtidos em clientes com AIDS são: aumento da energia, melhora do raciocínio, diminuição de náuseas e insônia, regularização das evacuações e de todas as funções do corpo (REUBEN, 1986:64).

IMPOSIÇÃO DE MÃOS (TOQUE TERAPÊUTICO OU PASSES): é o ato de transmitir energia curadora pela imposição das mãos de uma pessoa em outra (QUINN, 1984:44, FANLOW, 1983:75, KRIEGER, 1982:13). Segundo REUBEN (1986:64), esta técnica vem sendo difundida entre os clientes com AIDS, entretanto, em Boston, ainda permanece pouco explorada pela maioria destes clientes.

MASSAGEM RÍTMICA: conforme Hauschka (1978) esta técnica consiste de massagens feitas com as mãos, utilizando movimentos especiais, em locais específicos do corpo, com a finalidade de restabelecer o ritmo universal ou cósmico do organismo humano (NOGUEIRA, 1985:34. REUBEN (1986:64) relata que a aplicação desta técnica tem possibilitado a vivência de uma experiência profunda, tanto para os clientes com AIDS, quanto para os terapeutas. Esta técnica proporciona aos clientes uma melhora do seu estado geral, maior relaxamento dos músculos corporais e uma mudança da auto-imagem. Alguém deseja tocá-los. Isto causa tanta alegria, tanto alívio, que terapeutas e clientes sentem um fluxo de energia passando de um para o outro, em duas direções (REUBEN, 1986:64).

MACROBIÓTICA: engloba os princípios de uma alimentação natural e integral, balanceados em relação à energia Yin/Yang, com a

finalidade de restabelecer o equilíbrio energético do organismo (SMITH, 1989:212-8, MACROBIOTIC NEWS, 1988:5). A lei do Princípio Único ou lei Yin/Yang, baseia-se na filosofia oriental e consiste de duas forças dinâmicas, opostas, contrárias e antagônicas, que se complementam (SMITH, 1989: 216). De acordo com REUBEN (1986:59), a macrobiótica considera a individualidade psico-social, geográfica e bioquímica das pessoas. Esta prática alimentar vem sendo aceita e utilizada por médicos americanos e clientes com AIDS (MACROBIOTIC NEWS, 1988:9). Estudos realizados por médicos do departamento de microbiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Boston mostram que a macrobiótica pode prolongar a sobrevivência dos clientes com AIDS, estabilizar a porcentagem de linfócitos T4 e melhorar a saúde geral, a nível físico, emocional e psicológico (REUBEN, 1986:66, MACROBIOTIC NEWS, 1988:9).

PSICOTERAPIA: conforme REUBEN (1986:62) esta terapia promove a harmonização dos clientes com AIDS, através da externalização das emoções e de um "olhar para dentro". Ainda, segundo a autora, esta terapia, baseada na sabedoria milenar, encoraja os clientes a confiar na intuição, a procurarem em si mesmos as respostas para as questões difíceis da vida e a estimularem seus poderes de cura (REUBEN, 1986:62).

ESPIRITUALIZAÇÃO: clientes com AIDS, ao se defrontarem com a concretude de sua morte, vêm buscando o desenvolvimento espiritual. Esta busca passa por questões profundas sobre o sentido da vida, tais como, quem sou eu, de onde vim e para onde vou. De acordo com REUBEN (1986:62-3) o desenvolvimento da espiritualidade não precisa estar ligado a nenhuma religião, entretanto, é o fator mais importante para a reconstituição do sistema imunológico e para a cura.

EXERCÍCIOS: caminhadas, técnicas de relaxamento, entre outras, têm auxiliado os clientes com AIDS a manterem a forma física e o ânimo (REUBEN, 1986:59). Os exercícios, quando praticados diariamente, ajudam a melhora da circulação sanguínea e a qualidade do sangue, previnem problemas cardíacos, dentre outras doenças, regularizam a digestão e eliminação, mantêm os ossos saudáveis e fortes, aliviam tensões e preocupações, tonificam os músculos, especialmente da coxa, perna e quadris e melhoram a aparência geral (MACROBIOTIC NEWS, 1988:3).

ÁCIDO ASCÓRBICO: REUBEN (1986:57-58) refere que o uso desta vitamina em clientes com AIDS visa inibir reações alérgicas à penicilina, aumentar a absorção de ferro, estimular a atividade fagocitária dos neutrófilos e agir como anti-histamínico e anti-oxidante. A autora ainda relata que clientes com AIDS estão recebendo 4 a 100 gramas por dia ou mais, sendo a dose correta determinada pela tolerância intestinal (REUBEN, 1986:57-58).

As terapias alternativas vêm sendo cada vez mais aceitas e utilizadas por profissionais das diversas áreas da saúde. No caso específico da enfermagem, ROUSSEAU & SAILLANT (1988:14) relatam que há alguns anos vem crescendo o número de enfermeiros que estão utilizando terapias alternativas em seu trabalho diário com clientes. As autoras acreditam que este é o caminho em que os enfermeiros poderão redescobrir a essência da enfermagem em sua origem (ROUSSEAU & SAILLANT, 1984:14).

Ao meu ver, estas terapias, por considerarem o ser humano em sua totalidade e possibilitarem uma abordagem mais humanística, são as propostas mais coerentes para o trabalho em pauta. Todavia, cabem aqui algumas considerações no que se refere ao assunto. Em primeiro lugar, toda forma de conhecimento é provisória e, portanto,

esta compreensão possibilita a permanente disposição de substituir conhecimentos atuais, por outros mais inovadores e efetivos. Segundo, todo tipo de terapêutica apresenta méritos e limitações. Deste modo, acredito que o conhecimento amplo do enfermeiro no que se refere às terapias, capacita-o a escolher com cada cliente o recurso mais indicado, considerando a individualidade de cada um e a situação específica. As terapias alternativas, portanto, se constituem em um caminho inicial, onde os enfermeiros podem ultrapassar a visão mecanicista e dicotômica utilizada pelo modelo biomédico, com novas e mais efetivas formas de assistir. Dentro desta perspectiva, é importante ter sempre presente que as diversas formas de terapias alternativas se constituem em instrumentos que podem conduzir o ser humano ao seu auto-conhecimento, à compreensão de sua totalidade, da vida e à sua harmonização com o seu eu e com o universo. Contudo, elas, por si só, não substituem os esforços que cada ser humano deve empreender no seu auto-aprimoramento.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM AIDS

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida tem provocado grande temor e ansiedade não só dos meios sociais, como também, entre os membros da equipe de saúde.

STEINBROOK et al (1985: 787-90) relata uma ocorrência que ilustra a reação da equipe de um hospital comunitário, nos Estados Unidos, ao internar o segundo cliente com AIDS. Um músico, homossexual masculino, 43 anos, foi hospitalizado para avaliação da perda de peso, diarreia e linfadenopatia. Foi diagnosticado sarcoma de Kaposi. Diversas enfermeiras recusaram-se a cuidar do cliente. Os médicos estavam ansiosos pelo temor de se contaminarem, enquanto examinavam o cliente, em decorrência de sua frequente incontinência fecal. Ao ser realizada uma sigmoidoscopia, todos os equipamentos foram retirados da sala de operação, exceto a mesa. Os funcionários da limpeza não queriam limpar o quarto do cliente e os da nutrição deixavam a bandeja de refeição no corredor. A crise acentuou-se quando entupiu o vaso sanitário do quarto onde estava o cliente. Os funcionários que fizeram o reparo ficaram convencidos de que haviam adquirido AIDS. Após duas semanas, o cliente foi transferido para outro hospital. A seguir, o residente que cuidara do cliente e o psicólogo iniciaram um programa educacional e o hospital adotou as diretrizes de controle de infecção para clientes com AIDS. Após a implantação destas medidas, constatou-se que a ansiedade em relação ao cuidado ministrado a estes clientes diminuiu significativamente.

No Brasil, esta reação da equipe de saúde também tem sido observada.

MENEZHIN (1986:104) tem constatado, através de sua experiência, que a falta de conhecimento sobre AIDS, associada à forma

geralmente preconceituosa de se encarar a homossexualidade, leva o enfermeiro a expressar, mesmo de forma não verbal, sua rejeição, manifestada pela recusa em assistir o cliente, ou pela procura de sua transferência para outras unidades de internação. A maioria do pessoal de enfermagem paramenta-se totalmente para entrar no quarto do cliente, provocando, dessa forma, maior distanciamento do mesmo. Os enfermeiros verbalizam seu medo de executar certas técnicas como punção venosa, sondagem e curativo. Ainda, segundo o autor, houve casos em que o pessoal de enfermagem recusou-se em preparar e vestir o corpo "post-mortem". O autor acredita que este comportamento do enfermeiro seja reflexo do comportamento do médico que, também, está despreparado para atender o cliente com de AIDS, o que é evidenciado pela recusa de proctologistas em fazer retosigmoidoscopia, de cirurgiões em fazer flebotomia ou instalar "intra-catch". Endoscopistas evitam fazer exames de bronco ou gastroscopia, patologistas não permitem a realização de necrópsias, mesmo com todo material protetor à disposição. Mais graves ainda são as já conhecidas recusas em admitir clientes com AIDS por parte da administração de hospitais onde sabidamente há vagas disponíveis.

Com o aumento do número de casos de AIDS, cada vez mais os enfermeiros se defrontam com a realidade vivenciada pelos clientes portadores desta síndrome. Entretanto, apesar das informações veiculadas sobre esta doença pela imprensa falada, escrita e em palestras e revistas científicas, poucas são as publicações sobre assistência de enfermagem a clientes com AIDS.

O cuidado desses clientes tem sido relatado como sendo uma tarefa complexa, desafiadora e extremamente estressante.

SIMMONS-ALLING (1984: 31-7) refere que, a partir de um estudo de observação realizado no Centro do Instituto Nacional de Saú-

de (I.N.S.), nos Estados Unidos verificou-se que enfermeiros e outros membros da equipe de saúde apresentavam problemas comuns de ansiedade, isolamento, esgotamento e estresse. Entre as causas de ansiedade encontrou-se medo de contrair a AIDS e de lidar com a morte, desafios decorrentes do confronto dos valores pessoais, background cultural e ideais religiosos relativos às variáveis psicossociais desta nova população, tais como, diferentes práticas sexuais, novas expressões coloquiais, sexualidade em geral e auto-conceito. O isolamento afetou o pessoal de enfermagem, tanto ao nível pessoal como profissional. Ao nível pessoal, resultou do fato de terem de prestar contas ou de se defenderem por estarem trabalhando com uma população considerada de risco para a saúde de suas famílias, amigos e colegas. Profissionalmente, o isolamento tornou os enfermeiros solitários, fechados, orientados para a tarefa e vulneráveis, numa experiência similar a dos clientes. As causas ligadas ao esgotamento decorreram do fato de lidarem diariamente com emoções e defesas experimentadas pelo cliente e seus familiares. A cólera foi citada como a emoção mais difícil de lidar, principalmente quando era inapropriada e desrespeitosa. A morte e o morrer foram considerados os maiores fatores de esgotamento. Por sua vez, o estresse esteve ligado às áreas emocionais de ansiedade, isolamento e esgotamento emocional.

BRENNAN et al (1988:60-4) desenvolveram um estudo, com uma amostra de 346 enfermeiros, em 15 hospitais nos Estados Unidos. O objetivo deste estudo foi identificar como estes enfermeiros se sentiam ao cuidar de clientes com AIDS. Foram utilizados questionários, os quais foram enviados aos diretores de enfermagem dos hospitais para serem distribuídos aos enfermeiros que ministravam cuidados aos referidos clientes. As autoras não relataram o tipo de estudo reali-

zado, bem como os dados de validade e confiabilidade desse instrumento. Os resultados deste estudo mostraram que 95% eram enfermeiros registrados e com experiência mínima de 10 anos. Todos os enfermeiros haviam prestado cuidados a uma média de 44 clientes, durante os últimos 3 anos. No período em que responderam ao questionário, cuidavam de 10 clientes em média. A maioria de seus clientes eram toxicômanos, homossexuais/bissexuais masculinos, ou ambos. Constatou-se também um número significativo de heterossexuais masculinos e femininos, além de transfundidos e crianças. Ao serem questionados sobre como se sentiam ao cuidar de clientes com AIDS, os pesquisadores obtiveram múltiplas respostas, excedendo assim a 100% . A maioria dos entrevistados (173%) afirmou que estava preocupada com a própria segurança. Quase a metade das enfermeiras (47%), estavam frustradas pelo mau prognóstico de seus clientes; 42% demonstraram uma atitude de aceitação; 36% sentiam-se desafiadas. Outras, todavia, sentiam temor (27%) ou raiva (15%). Quando interrogadas quanto ao sentimento de suas famílias, a respeito de cuidarem de clientes com AIDS, 80% dos entrevistados evidenciou que os familiares "preocupavam-se" com a segurança dos enfermeiros. Cerca de 36% disseram que as famílias estavam atemorizadas; 32% preocupavam-se com a sua própria segurança. Em torno de 20% aceitavam o trabalho que eles realizavam e em 12% constataram sua indignação. Foram, também, feitas perguntas aos enfermeiros no sentido de avaliar suas reações gerais quanto a cuidar de clientes com AIDS. Muitos (44%) foram ambivalentes, por variadas razões. Mais de um terço (1/3) dos entrevistados demonstrou aversão em tratar destes clientes, moderadamente (23%), ou intensamente (14%). Por outro lado, houve enfermeiros que gostaram de cuidar dos referidos clientes, moderadamente (10%), ou sobremaneira (11%). Estes enfermeiros insistiram que se devem apro-

ximar destes clientes, conhecê-los e se sentirem gratificados. Foram também solicitadas opiniões dos entrevistados sobre as recomendações de precauções de rotina, instituídas pelo C.D.C., tais como, uso de máscara, avental e luvas. Tais precauções foram consideradas suficientes (63%), embora 27% achem o contrário. Com relação ao diagnóstico, 97% dos enfermeiros queriam ser informados sobre os mesmos, independente do direito do cliente à privacidade. Cerca de 56% dos entrevistados relataram que os clientes testados para HIV/AIDS são identificados, 39% disseram que são identificados somente após a positividade dos resultados. Apenas 5% referiram que os clientes com AIDS não são identificados para a equipe. Quando interrogados sobre o direito de recusar a cuidar dos clientes, 50% responderam que não, 47% sim, e 3% deixaram em branco. Entretanto, ao serem questionados sobre possíveis recusas anteriores, a maioria absoluta (93%) respondeu que nunca haviam recusado. Dos 7% que recusaram cuidar dos clientes, apenas um entrevistado disse ter havido repercussões: "Eu deveria escolher entre cuidar do cliente ou me demitir". Este estudo evidenciou que quanto mais informados são os enfermeiros, mais positivamente eles reagem ao cuidar destes clientes.

REED et al (1984:153-6) desenvolveram um estudo similar com enfermeiros, cujo objetivo foi identificar as atitudes destes profissionais em relação ao cuidado prestado a clientes com AIDS. O instrumento foi constituído por um questionário de 21 ítems, usando a escala de Likert. O questionário continha 9 ítems, relacionados com informações demográficas e 12 ítems relativos ao conhecimento sobre AIDS, atitudes em relação à homossexualidade e experiência efetiva individual com estes clientes. A amostra foi constituída por 267 enfermeiros de um hospital de cuidado terciário, com 650 leitos, situado em uma grande área metropolitana dos Estados Unidos. Não fo-

ram relatados dados referentes à validade e confiabilidade do instrumento. Quatro fatos básicos emergiram deste estudo. Primeiro, muitos dos entrevistados possuíam um acervo razoável de conhecimento sobre a AIDS. Entretanto, os autores não puderam evidenciar, se estes conhecimentos eram provenientes dos programas educacionais oferecidos pelo hospital ou através de outras fontes. Em segundo lugar, os membros das famílias dos enfermeiros também possuíam algum conhecimento, embora menor. Em terceiro lugar, o medo do contágio foi um tema que permeou a população pesquisada. Finalmente, embora seja um evento sempre presente no pessoal da área de saúde, este estudo constatou que o serviço de enfermagem é, em geral, tolerante em relação ao estilo de vida homossexual. Poucos foram os entrevistados que não estavam dispostos a cuidar destes clientes.

DOUGLAS et al (1985:1309-11) realizaram um estudo, cujo objetivo foi investigar e qualificar o grau de homofobia entre médicos e enfermeiros, que trabalham em um grande hospital de ensino, onde muitos homossexuais masculinos com AIDS são tratados. A amostra foi composta de 37 internos e residentes do departamento de medicina e 91 enfermeiros registrados, que trabalham em unidades médicas ou em salas de emergência. Os instrumentos utilizados foram uma escala de homofobia (Index of Homophobia Scale - I.H.P.) e um questionário com informações demográficas e um conjunto de 8 questões pertinentes à homossexualidade e à AIDS. O I.H.P., instrumento tipo Likert, com 21 itens, auto-administrado foi desenvolvido por Hudson e Rickets. Os pesquisadores definiram homofobia como uma constelação de respostas afetivas, incluindo temor, repugnância, raiva, desconforto e aversão que indivíduos podem experimentar em contato com homossexuais. Os itens da I.H.P. foram designados para investigar especificamente esta dimensão da ansiedade pessoal em relação aos ho-

mossexuais, ao invés de atitudes cognitivas e opiniões sobre o assunto. Os itens foram dimensionados em uma escala de 5 pontos, ordenados de 1 (concorda plenamente) a 5 (não concorda absolutamente). A contagem total de escores variou de 21 a 100 e os escores de 50 ou acima, foram definidos como homofóbicos. O H.I.P. demonstrou ter uma confiabilidade de 90, um erro padrão de medição de 4,75 e boa validade fatorial e de conteúdo. O outro instrumento, ou seja, o questionário, continha informações demográficas referentes às variáveis idade, sexo, estado civil, religião e questões sobre contatos anteriores com homossexuais, seja na família, com amigos, no trabalho com médicos e enfermeiros e, também com clientes. Os autores não relataram os dados de validade e confiabilidade desse questionário. Os resultados obtidos são apresentados a seguir. Médicos e enfermeiros tiveram uma média de escores I.H.P. que os situavam em uma faixa de baixo grau homofóbico (50,84 e 55,60, respectivamente). Por outro lado, aproximadamente 32% dos médicos e 30% dos enfermeiros entrevistados admitiram que eles apresentaram sentimentos mais negativos, em relação à homossexualidade, desde a emergência da AIDS. Médicos (32%) e enfermeiros (32%) concordaram com a afirmação de que, no hospital, clientes com AIDS recebem cuidados inferiores, comparados aos que apresentam outras doenças. Mais de 9% concordaram com a afirmação de que os homossexuais que contraem a AIDS estão "obtendo o que merecem". Os homens da amostra (49,76%) tinham uma média de escores I.H.P. significamente mais baixo que mulheres (56,09%). A filiação religiosa e grau de religiosidade não tiveram aparente influência no nível de ansiedade sobre homossexualidade. Os entrevistados que possuíam amigos próximos ou parentes "gays" apresentavam reduzida ansiedade em relação aos homossexuais. O fato de enfermeiros terem trabalhado com colega "gay" reduziu também as suas ansie-

dades. Tal fato não foi válido para os médicos. Para os autores, este estudo não permite tirar conclusões definitivas. Entretanto, os resultados indicam que uma porcentagem extremamente significativa dos profissionais de saúde estudados apresentaram sentimentos mais negativos, até mesmo abertamente hostis, em relação aos homossexuais, após a emergência da epidemia da AIDS.

Os estudos relatados parecem evidenciar que determinados fatores, tais como o medo do contágio, os estilos de vida dos grupos de homossexuais e usuários de drogas e, o lidar com a morte e com a sexualidade podem interferir na qualidade da assistência prestada aos clientes com AIDS. Contudo, maiores informações sobre a doença, sobre os modos de transmissão e prevenção, bem como os contatos anteriores com o grupo de homossexuais parecem diminuir a ansiedade, concorrendo assim para uma melhor assistência de enfermagem.

No Brasil, até o presente, não foram encontrados na literatura de enfermagem, estudos que evidenciem as atitudes dos enfermeiros frente aos clientes com AIDS, como também sobre o grau de homofobia dos mesmos.

Sendo a AIDS uma doença transmissível através dos fluidos corporais, determinadas medidas de prevenção devem ser adotadas na assistência aos clientes pela equipe de saúde. O MINISTÉRIO DA SAÚDE (1986: 1-16) divulgou diretrizes que visam orientar os profissionais e as instituições de saúde, bem como os clientes e os grupos de risco, na execução das atividades e ações para o diagnóstico e controle da AIDS. Destacam-se, nestas diretrizes, os cuidados para a assistência hospitalar aos referidos clientes (anexo 2). Entretanto, atualmente, tais medidas não se restringem à assistência a estes pacientes. Nos Estados Unidos, o C.D.C., em 1985, recomendou que os enfermeiros tomem precauções ao se exporem aos fluidos corporais de

todos os clientes (SIPES, 1988:49), tendo em vista que grande parte dos portadores do HIV nem sempre se encontra diagnosticada como tal.

BATTEN & TABOR (1983:19-20) referem que muitos medos expressados pelos enfermeiros ao cuidar de clientes com AIDS são infundados. Isto porque, segundo as autoras, as técnicas gerais de controle de infecção, tais como a lavagem frequente e adequada das mãos e as precauções específicas requeridas na manipulação do sangue destes clientes oferecem adequada proteção aos enfermeiros e a outros profissionais de saúde.

RYAN (1984:19-24) relata que no Centro Clínico do Instituto de Saúde (I.N.S.), USA, enfermeiros vêm utilizando um modelo baseado nas necessidades humanas, para identificar padrões de força e déficits dos clientes com AIDS. As áreas abordadas na coleta dos dados psicossociais são as seguintes: percepção, estado psicológico (estado de ânimo, ansiedade e cognição), estresse, comunicação, confiança, segurança, auto-cuidado e auto-estima, sexualidade e status sócio-cultural. Esta fase é implementada logo após a admissão do cliente e inicia com a percepção deste em relação à doença, o que ele sabe sobre esta, o que ele espera da hospitalização e quais as expectativas dele com relação à equipe. A seguir, é avaliado o estado psicológico do cliente, incluindo estado de ânimo, nível de ansiedade e possíveis deficiências de memória ou função intelectual. Determinados aspectos são investigados, tais como: questões relativas à privacidade e confiabilidade, assim como disponibilidade do cliente em se auto-revelar, capacidade de expressar seus temores. Também são investigadas mudanças da auto-estima e auto-imagem, decorrentes do diagnóstico, recursos internos para enfrentar a crise, disponibilidade em discutir preferências sexuais e problemas relacionados. Outros aspectos importantes, nesta fase, é a investigação

do conhecimento da família sobre a homossexualidade do cliente, antes do diagnóstico, necessidade de apoio da família, reações de esposas de cliente bissexual ao saber do diagnóstico.

Os dados coletados, citados pelo autor mencionado (RYAN, 1984:19-24), são usados para identificar, juntamente com o cliente, problemas do domínio da enfermagem e conseqüentemente desenvolver um plano de cuidado apropriado para o mesmo. Alguns diagnósticos de enfermagem detectados em clientes com AIDS, a partir desta coleta de dados psicossociais são: ansiedade, inefetivo enfrentamento, alteração da imagem corporal, mágoa e angústia, abordados a seguir. A intervenção em relação a estes diagnósticos, resulta de uma abordagem individualizada e humanística.

A ansiedade tem sido frequentemente detectada nestes clientes, podendo variar de estádios brandos até o pânico, em um continuum. O estágio brando da ansiedade geralmente ocorre quando os mecanismos de defesa estão presentes. Neste estágio, o cliente pode ser orientado, tendo em vista que o seu campo perceptual está aberto a informações e ele pode manter uma atitude questionadora. No estágio moderado de ansiedade o sentimento de desafio e alerta aumentado do cliente é utilizado para o ensino. Durante este estágio emocional elevado, o cliente é capaz de resolver problemas e, de fato, está aberto a novas idéias para ajudar na redução do seu nível de ansiedade. Explicações detalhadas sobre as intervenções têm sido úteis neste estágio. O terceiro estágio, ou severo nível de ansiedade, é a típica resposta de luta ou fuga. Durante este estágio, os clientes não são capazes de resolver problemas sozinhos. O enfermeiro pode ajudar a diminuir a ansiedade, estimulando o cliente a falar sobre suas preocupações, propiciando medidas de conforto e orientando técnicas de relaxamento. Quando ocorre o quarto estágio, ou seja, o de

pânico, o cliente pode agir por impulso, em decorrência de seu raciocínio estar prejudicado. Neste estágio podem ser indicadas consultas psiquiátricas e também intervenção farmacológica.

O diagnóstico de inefetivo enfrentamento resulta da incapacidade do cliente em satisfazer suas necessidades básicas, resolver e enfrentar efetivamente seu estado precário de saúde. O enfermeiro deve utilizar comportamentos que reforcem os mecanismos de enfrentamento do cliente: grupos de apoio são excelentes oportunidades para se aprender novos métodos de lidar com fatores estressantes.

Clientes com diagnóstico de alteração da imagem corporal têm apresentado sentimentos de frustração, desespero ou raiva. As lesões corporais provocadas pelo sarcoma de Kaposi, por exemplo, podem aumentar o sentimento de vergonha do cliente e ser percebido como estigma. O enfermeiro ao desenvolver técnicas de isolamento deve ensinar ao cliente princípios de assepsia e auto-proteção. A compreensão das técnicas de proteção ajudam muito a reduzir a ansiedade dos enfermeiros e, assim, como aumentar o sentimento de valor e aceitação do cliente.

A mágoa geralmente é diagnosticada em clientes com AIDS por esta ser uma resposta humana normal, em face das ameaças de perdas sentidas por eles. Auxiliar estes clientes a enfrentar e aceitar as perdas que sofrem se constitui em grande desafio para os enfermeiros. Requer destes compreensão, conhecimento dos estágios de mágoa e escolha adequada do momento para agir. O estágios de mágoa associados à perda são choque e negação, raiva e depressão, compreensão e aceitação (Colgrave, Bloomfield e McWilliams, citados por RYAN, 1984:19-24).

Outro diagnóstico de enfermagem, citado por RYAN (1984:19-24), é o de angústia e decorre da falta de aceitação e re-

mentos. O sentimento de ser vítima que frequentemente acompanha estes clientes podem levá-los a sentir que forças imperiosas prevalecem e que há um senso de aleatoriedade e de ausência de sentido no universo. Pessoas com orientação religiosa podem se sentir abandonadas por Deus, ou, acharem que forças malévolas estão operando contra elas. Nestas situações podem ser úteis a presença de membros religiosos para clientes de todos os tipos de fé, assim como assistentes sociais, enfermeiros da área da saúde mental e psiquiátrica. Grupos de apoio podem também ser requeridos.

Este modelo implementado pelos enfermeiros no INS parece transcender os modelos biologicistas tão utilizados na enfermagem. Entretanto, ao focar as áreas psicossociais, enfatiza uma atenção maior a área psicológica em detrimento da social. A assistência à família, bem como a participação desta no processo não é evidenciada. Destaca-se neste modelo a abordagem individualizada, bem como a participação do cliente, embora esta seja somente enfocada na fase de coleta de dados e no planejamento do cuidado. Contudo, denota avanços, visto que o enfermeiro atua com o cliente e não por ele. Outro aspecto que não se evidenciou no relato de RYAN refere-se à avaliação da assistência, assim como dos resultados desta.

PRATT (1986:91-116) propõe um modelo de assistência a estes clientes, concebido através dos modelos comportamentais de enfermagem de Henderson, Roper e Orem. Segundo o autor, estes modelos descrevem as necessidades e os requisitos de auto-cuidado necessários para uma vida normal e saudável. O uso destes modelos permite ao enfermeiro uma rápida identificação das necessidades não satisfeitas e os déficits dos requisitos do auto-cuidado. Estas necessidades reportam aos problemas em potencial, associados à condição do cliente (social, psicológica, física e clínica), à doença específi-

ca, à hospitalização e ao tratamento médico. O registro sistemático destes itens facilita a intervenção adequada de enfermagem e consequentemente sua avaliação. Esse modelo tem como objetivo "assistir o indivíduo, doente ou sadio, no desempenho daquelas atividades que contribuem para a saúde ou sua recuperação (ou para uma morte serena), o que o cliente realizará se tiver a força, a vontade e o conhecimento necessários. Isto será feito de tal maneira que ajude o cliente a tornar-se independente o mais rápido possível" (HENDERSON, 1984).

Aquele autor estipula as necessidades que podem ser levantadas durante a consulta de enfermagem, adaptação de Henderson e Roper. A partir destas necessidades são identificados os problemas em potencial e suas origens. A seguir, elabora os objetivos da assistência e a intervenção de enfermagem para os problemas específicos.

Este modelo, no entanto, não aborda os conceitos necessários à compreensão do mesmo, bem como a metodologia do processo de enfermagem. Embora a assistência planejada seja individualizada, a participação efetiva do cliente não é enfocada em qualquer momento. Esta assistência também não inclui a família, parceiro e amigos do cliente, isolando o cliente, desta forma, de seu meio ambiente. Parece que o modelo proposto não atende às reais necessidades do cliente, tendo em vista a sua abordagem mecanicista e a sua acentuada ênfase às necessidades biológicas.

SUNDER (1984:67-71) se reporta às estratégias de enfermagem realizadas no serviço neurológico do Instituto Nacional de Saúde (I.N.S.) U.S.A. O cliente com AIDS é admitido neste serviço para tratamento de infecção oportunista que afeta o S.N.C., acarretando encefalite, meningite, e/ou convulsões. Também são admitidos clientes com encefalopatia secundária a um distúrbio metabólico. A pri-

meira fase do processo de enfermagem, ou seja a coleta de dados, é realizada logo após a internação do cliente. Nesta fase é enfatizado o aspecto neurosensorial, compreendendo as funções motoras, sensorial e o estado dos nervos cranianos. Atenção especial é dada ao nível de consciência, orientação e memória dos clientes, tendo em vista que as doenças como a encefalite, meningite, ou encefalopatia frequentemente levam a alterações do estado mental. Esta mesma atenção é dada a história de convulsões, pois esta pode ser uma manifestação de encefalopatia. Neste sentido, quanto ao nível de consciência do paciente, é avaliado o estado de alerta, letargia, estupor, semicoma e coma. Em relação à orientação do cliente no tempo, espaço e pessoa, é verificado se ele sabe o mês, ano, o dia aproximado, local onde se encontra, seu nome e o de pessoas significantes. A memória é avaliada em função de acontecimentos recentes, remotos ou a longo prazo. Finalmente, verifica-se a ocorrência de convulsões passadas e atuais. O plano de cuidado de enfermagem neste serviço é compartilhado com a família, sendo, após a alta, adaptado para ser seguido em casa pelos familiares, sob acompanhamento dos enfermeiros.

As estratégias, desenvolvidas pelos enfermeiros do INS a clientes com distúrbios neurológicos decorrentes da AIDS, parecem não acrescentar novas perspectivas na assistência de enfermagem a estes clientes. Entretanto, ressalto aqui a participação dos familiares na elaboração do plano de cuidado e o acompanhamento do cliente, em casa, após a alta.

HOWES (1984:61-6) descreve as estratégias implementadas para o cuidado de clientes com AIDS admitidos no ambulatório do Instituto Nacional de Saúde (I.N.S.) U.S.A. O cliente, em sua visita inicial, é examinado por um médico, um enfermeiro e um assistente

social da equipe clínica de oncologia médica. Somente são admitidos neste serviço, os clientes que preencherem os requisitos do protocolo de pesquisa do I.N.S. Na admissão, os clientes assinam um termo de compromisso contendo informações, a fim de iniciarem o tratamento. Os enfermeiros do serviço de enfermagem efetuam um levantamento inicial, a partir do qual é estabelecido o diagnóstico, visando assim estruturar um plano de cuidado para o cliente.

O Departamento de Enfermagem do I.N.S. utiliza o diagnóstico de cuidado, conforme reconhecido pela Associação Norte-Americana de Diagnóstico de Enfermagem. Naquela Instituição é seguida a definição de GORDON que afirma "Diagnóstico de Enfermagem é uma descrição de problemas de saúde reais ou potenciais os quais os enfermeiros são capazes e licenciados para tratar, em virtude de sua educação e experiência".

A orientação inicial consiste nos tipos de medicamento que o cliente receberá, nos efeitos colaterais destes, bem como na frequência com que serão aplicados e em que situação ele deverá procurar o serviço. A apresentação destas orientações é reforçada pelo fornecimento de folhetos informativos.

Os clientes com AIDS não são tratados, neste serviço, diferentemente dos outros clientes oncológicos ambulatoriais. Eles aguardam suas consultas em salas de espera comuns e recebem os quimioterápicos em um local de tratamento, na presença de outros clientes. O enfermeiro ao aplicar os medicamentos usa luvas descartáveis como faz com todos os clientes, independente do diagnóstico. Esta precaução, segundo a autora, decorre dos riscos envolvidos na possível absorção cutânea de agentes mutagênicos. Precauções adicionais são tomadas em relação a clientes com AIDS, quando são executados procedimentos diagnósticos, ou quando ele apresenta lesões que dre-

nam. Para tais intervenções a equipe usa luvas e avental. Após o tratamento, os instrumentos são limpos e esterilizados a gás. A limpeza do ambiente obedece as precauções de isolamento. Todas as amostras são rotuladas com clareza, como sendo provenientes de clientes com AIDS, e são colocadas em sacos duplos.

Diversos diagnósticos de enfermagem têm sido reconhecidos nesta população de clientes, tais como: intolerância à atividade, alterações da evacuação, incapacidade frente às adversidades, redução da capacidade de organizar e manter a casa, déficit de conhecimentos, alterações nutricionais e danos quanto à integridade da pele. Todavia, com base na avaliação de enfermagem dos 9-10 meses de assistência a estes clientes, HOWES julga adequado usar os diagnósticos de impotência e isolamento social. A definição destes diagnósticos é dada pelo grupo de Diagnóstico de Enfermagem Norte-Americana. O primeiro diagnóstico de enfermagem, ou seja, o de impotência é definido como sendo a percepção do indivíduo de que sua própria ação não afetará significativamente um resultado. Impotência é a ausência de controle sobre uma situação ou fato imediato. As características que definem a impotência do cliente fundamentam-se na sua expressão verbal em não possuir controle ou influência no tocante ao resultado. O cliente constata que, apesar de seguir o tratamento, ele se deteriora fisicamente. O segundo diagnóstico de enfermagem é o de isolamento social. Isolamento social é definido como uma condição de solidão sentida pelo indivíduo, que é percebida como imposta por outros e é um atestado negativo ou ameaçador. A etiologia deste isolamento social é proveniente de seu estado alterado de bem-estar, das deformações da aparência e imagem corporal, decorrentes das lesões de Kaposi, perda de peso e do abatimento geral. As características que definem o isolamento social do cliente, segundo a autora,

são: seu estado de espírito triste e entorpecido, o sentir-se rejeitado pela sociedade e o seu estado de saúde alterado.

O papel do enfermeiro, neste serviço ambulatorial, consiste em trabalhar continuamente com o cliente, de modo a estabelecer um plano de cuidado individual, utilizando cada visita deste para um acompanhamento e apoio. Os enfermeiros oferecem uma atmosfera de compreensão e aceitação para estes clientes e seus companheiros. As necessidades sociais e físicas do cliente são atendidas em casa, pelo serviço social e grupo de apoio a clientes com AIDS do I.N.S. Ele também é informado quanto a grupos de apoio disponíveis na comunidade "gay".

A autora relata que, ao longo dos 16 últimos meses, 26 clientes com AIDS tem sido tratados pelo sistema ambulatorial. Até o presente relato, 10 clientes não demonstravam evidências da doença após a implementação do tratamento. Seis dos 26 clientes faleceram, sendo que a maioria destes óbitos foi consequência de infecções oportunistas generalizadas.

As estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros no ambulatório do I.N.S. parecem centrar-se no cliente, desvinculando-o do seu meio. Estas estratégias, segundo o relato, não se estendem à família do cliente, nem em relação a assistência, nem na participação desta no planejamento dos cuidados relativos ao mesmo.

Sendo a AIDS uma doença recentemente comprovada, poucas são as publicações de assistência de enfermagem a estes clientes embasadas em teorias, especialmente, no que se refere à literatura brasileira. Acredito, entretanto, que as publicações encontradas capacitam o enfermeiro a elaborar e implementar uma assistência aos clientes portadores desta síndrome. Destaco aqui que, os fatores ligados a estes clientes, tais como a transmissibilidade da doença

através dos fluídos corporais, a ausência de um tratamento efetivo, a homossexualidade, o uso de drogas e a morte e o morrer, não são novos para a sociedade como um todo e conseqüentemente para os enfermeiros. Todavia, na situação específica do cliente com AIDS, estes fatores reunidos emergem com maior intensidade, exigindo do enfermeiro a busca de uma maior capacitação e de novas perspectivas de ação. Desta forma, acredito que novas conquistas poderão ser obtidas pelos enfermeiros ao assistir os clientes com AIDS.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COM BASE NO SISTEMA CONCEITUAL DE ROGERS

Considerando que este trabalho tem como diretriz o Sistema Conceitual de Rogers, inicialmente abordarei alguns aspectos biográficos da autora.

"Martha E. Rogers, nasceu em Dallas, Texas, em 12 de maio de 1914, sendo a mais velha dos quatro filhos. Antes de entrar na Escola de Enfermagem do Hospital Geral de Knoxville, ela frequentou a Universidade de Tennessee, em Knoxville, de 1931 a 1933. Recebeu seu diploma em 1936; o de bacharel de Ciências em Enfermagem de Saúde Pública do Colégio George Peabody, Nashville, Tennessee, em 1937; seu grau de mestre em Supervisão de Enfermagem de Saúde Pública no Colégio de Professores da Universidade de Colúmbia, Nova Iorque, em 1943; o grau de mestre em Filosofia em 1952 e o grau de Doutor em Ciências em 1954, ambos pela Universidade John Hopkins" (FALCO & LOBO, 1985:214).

"Ocupou numerosas lideranças e posições em equipes dentro da enfermagem comunitária e procurou desenvolver sua educação, através de visitas, conferências e como membro da Associação de Pesquisadores. Durante 21 anos foi professora e dirigiu a Divisão de Educação em Enfermagem na Universidade de Nova Iorque. Tem se mantido ativa em diversas organizações profissionais, tendo recebido muitos prêmios e honrarias. Fez inúmeras publicações em revistas de enfermagem" (FALCO & LOBO, 1985:214). Em 1970 publicou o livro "An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing". "A preparação desta obra foi motivada por uma convicção profunda da necessidade de uma crítica da prática de enfermagem e de esta ser fundamentada por conhecimentos efetivos, para que os seres humanos possam ser benefi-

ciados" (ROGERS, 1970:7). Posteriormente, Rogers clarifica as suas conceitualizações. Essas mudanças são encontradas em um capítulo escrito por Rogers no "Conceptual Models for Nursing Practice" de Riehl e Roy (1980) e em uma série de seis "tapes" intitulados "Nursing: The Science of Unitary Man" (Rogers, 1980) (QUILLIN & RUNK, 1983:246).

Como uma advogada da diversidade, Rogers tem demonstrado isto na sua vida pessoal (amor à música e à ficção científica), em seus escritos que incorporam filosofia, música, futurologia, assim como, física e o talento especial com que combina graça, humor, cinismo, ciência e arte ao falar de e sobre enfermagem. Existem poucas intelectuais na enfermagem que transcenderam o tempo, espaço, profissão e vida. Martha E. Rogers é uma delas" (MELEIS, 1985:223).

O sistema conceitual de Rogers - A ciência dos seres humanos unitários - foi elaborado a partir do método dialético, em um desenvolvimento dedutivo de raciocínio. "Muitos dos conceitos de Rogers são únicos para a sua conceitualização. O conceito de ser humano unitário, com que o nome Rogers tornou-se conhecido, é um conceito primitivo. Todos os outros são derivados da: teoria geral de sistemas (padrão, negentropia), física (eletrodinâmica), teoria evolucionária (processo vital, helicidade), e teorias da adaptação (homeostase, adaptação). Seus conceitos são abstratos, gerais, conceitualmente definidos e documentados" (MELEIS, 1985:220-21). Os conceitos e princípios do sistema conceitual rogeriano serão abordados no próximo capítulo, ou seja, no marco conceitual.

A história da pesquisa retrata inúmeros trabalhos utilizando o sistema conceitual rogeriano. Atualmente, Rogers tem fertilizado o pensamento de muitos profissionais e estudantes americanos, preocupados com a criação da ciência da enfermagem, pois que este

sistema é um dos mais usados na pesquisa (PHILLIPS, 1989:57).

Em se tratando de trabalhos voltados para a educação em enfermagem, o levantamento bibliográfico realizado por mim, evidenciou um número pouco significativo destes. Contudo, a utilidade do sistema conceitual rogeriano na educação em enfermagem é documentado. Este sistema guia o desenvolvimento do currículo de graduação, mestrado e doutorado da Divisão de Enfermagem, na Universidade de Nova Iorque* (FAWCETT, 1984:247, QUILLIN & RUNK, 1983:258). O currículo do curso de graduação engloba disciplinas, tais como, física e filosofia e visa preparar enfermeiros generalistas dentro de uma visão de ser humano e meio ambiente em contínua interação e mudanças (QUILLIN & RUNK, 1983:258). Aquele currículo é estruturado de acordo com os estádios do desenvolvimento humano, em ordem cronológica (FAWCETT, 1984:247).

A aplicação do sistema conceitual de Rogers na assistência de enfermagem, assunto pertinente ao item em questão, vem atualmente sendo objeto de interesse por parte dos enfermeiros americanos, quando comparado com épocas anteriores. No Brasil, este interesse parece ainda não se ter manifestado, visto que foi detectado através de levantamento bibliográfico, somente o trabalho de ROSA (1983). Alguns autores evidenciam suas opiniões do porque deste retardo na aplicação do sistema conceitual na assistência de enfermagem. FALCO & LOBO (1985:228) relatam que os conceitos e princípios utilizados por Rogers limitam a utilização deste modelo na prática, considerando que eles são difíceis de operacionalizar e entender. MELEIS (1985:228) também refere que o sistema conceitual de Rogers é complexo e tem uma coerência, mas a sua operacionalização se constitui em um desafio para os enfermeiros. Tal complexidade abordada pelas autoras, ao meu ver, decorre em grande parte da maneira dualista de

perceber o homem, a vida e o mundo, congruente com a visão de mundo ocidental.

Um dos trabalhos voltados para a assistência de enfermagem é o de WHELTON (1970:7-20). Esta autora desenvolveu o processo de enfermagem, composto de cinco etapas - coleta de dados, diagnóstico, plano de cuidados, intervenção e avaliação - e direcionado para clientes com distúrbios cardíacos e neurológicos. A primeira etapa, ou seja, a coleta de dados, abrange as dimensões fisiológicas e sociológicas, a partir dos conceitos de totalidade, sistemas abertos, padrão e organização, unidirecionalidade, raciocínio e pensamento.

O diagnóstico de enfermagem se constitui no sumário dos dados encontrados na coleta de dados e está intimamente relacionado com o plano de cuidado de enfermagem. Este plano se apóia em dois níveis de pensamento. Indutivamente, ele é o resultado da coleta de dados e da formulação diagnóstica. Dedutivamente, ele é baseado nos princípios cientificamente formulados pelas ciências biológica, comportamental e da enfermagem. Os princípios da ciência de enfermagem são aqueles propostos por Rogers em 1970 e intitulados de princípios da homeodinâmica - reciprocidade, sincronia, helicidade e ressonância - que posteriormente foram alterados. Estes princípios podem ser usados para direcionar o plano de cuidado para todos os clientes, através do: estabelecimento de prioridades, apresentação de um modelo de como o indivíduo mudará para se adaptar à doença e apresentação de padrões de mudança. A implementação do plano de cuidado é desenvolvida a partir das necessidades do cliente. A avaliação do cuidado é um processo inicial e terminal. O plano é alterado de acordo com as respostas do cliente à intervenção. O relacionamento terapêutico norteia a interação enfermeiro-cliente durante a implementação deste modelo.

O modelo de processo de enfermagem desenvolvido por WHELTON (1979:7-20) parece não operacionalizar adequadamente os conceitos do sistema conceitual rogeriano. Em primeiro lugar, o cliente não é visualizado na sua totalidade e na sua dinâmica relação com o meio ambiente. Segundo, o enfoque parece não diferir muito do modelo mecanicista e dá uma ênfase acentuada na dimensão biológica. Terceiro, a implementação das etapas do processo parecem não ocorrer dentro de uma perspectiva dinâmica de ir e vir. Quarto, os princípios da homeodinâmica são abordados, ao meu ver, de maneira confusa e de difícil operacionalização na prática. Finalmente, embora a assistência seja planejada individualmente, não é enfocada a participação efetiva do cliente. Todavia, pela época em que este modelo foi desenvolvido, ele parece ter representado um marco importante na operacionalização do sistema rogeriano na assistência, contribuindo para o surgimento de outros e para o avanço do trabalho de Rogers.

FALCO & LOBO (1980 e 1985:214-234) identificaram como etapas do processo de enfermagem: coleta de dados, diagnóstico, plano de cuidados e avaliação. Os princípios da integralidade (reciprocidade e sincronia), ressonância e helicidade são considerados ao longo das etapas. A coleta de dados é a etapa onde são coletados todos os fatos e opiniões a respeito do indivíduo e do meio ambiente. Estes dados devem refletir a totalidade.

Segundo FALCO & LOBO, a primeira série de questões refletem o princípio da integralidade: "Qual é a interação entre o homem e o ambiente? Como um se ajusta ao outro? Há presença de alguns fatores de mal ajustamento? São eles capazes de trabalhar juntos? Que fatores apoiam ou prejudicam esta relação de trabalho? Se o indivíduo está em um ambiente que não é o normal, em que os dois ambientes diferem? Com base nas diferenças que tipos de predição podem ser

feitas sobre a interação do indivíduo com este novo ambiente?".

A segunda série de questões, desenvolvidas por FALCO & LOBO (1980, 1985), são baseadas no princípio da ressonância: "Como tem evoluído o processo vital do indivíduo? Que tipos de variações tem ocorrido durante o curso do processo vital? Que fatores têm influenciado estas variações? Como poderia um ambiente estranho afetar o processo vital do indivíduo?"

A terceira série de questões, elaboradas pelas autoras, são norteadas pelo princípio da helicidade: "Que tipos de ritmos estão refletidos nos dados coletados? Quão complexos são estes ritmos? São eles ritmos estabelecidos anteriormente ou são ritmos surgidos recentemente? Como o ambiente suporta estes ritmos? Se o indivíduo está em um ambiente estranho, como estes ritmos são afetados pelo novo ambiente? Que tipos de objetivos tem o indivíduo? Como estes objetivos afetam o desenvolvimento? Quais são as metas do indivíduo em consonância com seus objetivos? Que novas perspectivas são buscadas?"

Para refletir a idéia de padronização, as autoras incluem algumas perguntas que complementariam o princípio da helicidade: "Que tipo de padrões caracterizam o indivíduo? Como estes padrões têm se desenvolvido? Que tipo de experiências passadas influenciaram o desenvolvimento de padrões específicos? Como o ambiente tem promovido estes padrões? Como o tempo tem afetado estes padrões?"

A coleta de dados é a avaliação do ser humano na sua totalidade e não do estado físico ou mental. Consiste, essa etapa, em uma avaliação do potencial de saúde do indivíduo e não uma avaliação de uma doença ou um processo de doença.

O diagnóstico de enfermagem consiste na conclusão sobre os dados coletados e deve refletir os princípios da hemodinâmica. O

diagnóstico não poderá ser organizado na forma de registros orientados para problemas e para a prestação de cuidados, porque refletiria parte do indivíduo e não sua totalidade. A finalidade do diagnóstico é propiciar um esquema, no qual a intervenção de enfermagem é planejada e implementada.

O plano de enfermagem resulta do diagnóstico e para responder à ressonância deve estar centrado nas variações do processo vital do ser humano total. Considerando que o processo vital humano é um fenômeno unidirecional, a intervenção deve se efetuar no sentido de ajudar o indivíduo a se mover em direção a níveis de complexidade crescente. Para refletir a helicidade é necessário aceitar as diferenças individuais como uma expressão do tornar-se. As estratégias são de apoio ou modificações dos ritmos e objetivos de vida. Implica na participação efetiva do cliente no processo de enfermagem. O plano de enfermagem para responder a helicidade deve ser dirigido para a promoção dinâmica da repadronização do ser humano total. A finalidade do plano é a obtenção do estado ótimo de saúde do indivíduo, que pode não ser o ideal, mas será o máximo de saúde que é potencialmente possível para o indivíduo.

A avaliação de enfermagem é a etapa final do processo de enfermagem e visa verificar a obtenção ou não de um estado ótimo de saúde. Questiona-se: "Foi fortalecida a integridade em relação ao homem-ambiente? Os recursos foram mobilizados? A padronização dos campos humano e ambiental foi dirigida para a realização do potencial máximo de saúde?"

O processo de enfermagem desenvolvido por FALCO & LOBO (1980, 1985) parece transcender os modelos utilizados pelos enfermeiros e refletir o sistema conceitual rogeriano. Contudo, as autoras não apresentam a operacionalização do processo na prática, bem

como uma avaliação da mesma, tornando difícil opinar com precisão sobre a efetividade deste modelo. Alguns aspectos se destacam neste processo de enfermagem: a avaliação do ser humano na sua totalidade e em uma dinâmica relação com o meio ambiente, a avaliação do potencial de saúde e não de doença, a participação efetiva do cliente, a aceitação das diferenças individuais e a meta na intervenção de auxiliar o cliente a se mover em direção a níveis de complexidade crescente. Ao meu ver, este modelo parece apresentar alguns pontos que o tornam complexo e dificultam a sua operacionalização na prática. Em primeiro lugar, a inclusão dos três princípios nas diversas etapas do processo de enfermagem. Em segundo lugar, as questões da coleta de dados são genéricas e deste modo a efetiva operacionalização destas exigiria do enfermeiro: conhecimento profundo do sistema conceitual rogeriano, visão de mundo abrangente e uma maior compreensão do homem, da vida e do mundo. Embora as diversas etapas do modelo estejam interligadas, elas parecem ocorrer de forma estanques e não num processo dinâmico de ir e vir, que na minha opinião se faz necessário.

ROSA (1983:1-24), no Brasil, também identificou quatro passos no processo de enfermagem: história da relação homem-meio, diagnóstico do padrão e organização, plano de assistência de enfermagem e avaliação. O histórico da relação homem-meio engloba os três princípios da homeodinâmica: complementaridade (reciprocidade e sincronia), ressonância e helicidade, e busca informações referentes à relação do campo humano com a família, ocupação, ambiente, entendidos como campo ambiental, além de dados referentes ao próprio indivíduo quanto a sua integralidade fisiológica e perceptiva. Inclui três passos:

- determinar a dinâmica da relação homem-meio, detectando como e em que houve perda da integridade sincrônica e recíproca desta relação - princípio da complementaridade;
- reconhecer eventos passados e presentes, estabelecer as conexões entre eles no eixo espaço-tempo e detectar a necessidade de reorganizar o curso rítmico da relação homem-meio - princípio da ressonância;
- determinar probabilisticamente o curso do processo vital, de acordo com os dados obtidos - o princípio da helicidade.

O diagnóstico do padrão e organização reflete o estado da relação homem-meio no momento em que o enfermeiro faz o levantamento inicial dos dados. Deve explicar:

- o estado de integridade da relação homem-meio;
- o tipo de interferência na relação homem-meio;
- a meta probabilística da relação homem-meio.

O estado de integridade da relação homem-meio é determinado pela detecção das perdas na sincronia e reciprocidade das mudanças que ocorrem em ambos.

Os tipos de interferência na relação homem-meio é determinada pela maior ou menor necessidade de repadronização e reorganização do curso rítmico da mesma.

A meta probabilística nesta relação é determinada pela maior ou menor possibilidade de manter o máximo potencial de saúde no processo vital para o homem.

O plano de assistência de enfermagem, com base no histórico e diagnóstico, estabelece objetivos a curto e a longo prazo, para alcançar os níveis possíveis de integração, interferência e meta probabilística na relação homem-meio, minimizando os eventos negativos e estimulando os positivos. O plano deve pretender harmoni-

zar esta relação, mantendo a integridade de ambos e aceitando as deficiências contextuais e experiências próprias de cada um.

A avaliação se dá em cada momento que se fizer necessário uma reorganização do plano, ou para verificar se o plano concebido está proporcionando os resultados esperados.

O modelo de processo de enfermagem desenvolvido por ROSA (1983) parece evidenciar um avanço na aplicação do sistema conceitual de Rogers e abrir novas perspectivas para os enfermeiros brasileiros, no que se refere à compreensão deste sistema, ainda considerado complexo. A autora, ao meu ver, operacionaliza com propriedade os conceitos e princípios do sistema rogeriano, com destaque para o de padrão e organização, que nos modelos anteriormente abordados ocorre de forma confusa. Aspectos que devem ser destacados aqui são: a abordagem da relação homem-meio como diretriz do processo de enfermagem e a inclusão da categoria ocupacional e da família, no que tange à coleta de dados e assistência requerida pela mesma. Todavia, este modelo parece apresentar um certo nível de complexidade, dificultando a sua aplicação na prática diária do enfermeiro. Esta complexidade se deve à inclusão dos três princípios da homeodinâmica nas etapas do processo de enfermagem. ROSA (1983) também não aborda a dimensão espiritual do ser humano, comprometendo assim a visão de totalidade deste ser e, conseqüentemente, a assistência requerida por ele nesta área. Por outro lado, não fica claro o nível de participação do cliente nas diversas etapas do processo de enfermagem. Em relação aos modelos referidos anteriormente, este denota um avanço na dinâmica da operacionalização, visto que contrapondo-se aos outros, aqui a avaliação não é uma etapa final, mas ocorre sempre que se fizer necessária.

MALINSKI (1986:25-31) apresentou as tendências da prática de enfermagem nos Estados Unidos, sob a ótica da ciência dos seres humanos unitários:

1 - dar poderes ao cliente: significa reconhecê-los como parceiros de igual poder no sistema de cuidados de saúde, compartilhando com eles conhecimento e habilidades e capacitando-os a exercitar suas autonomias em decidir quais opções escolher;

2 - aceitar as diversidades como norma: significa não somente respeitar as diferenças, mas também apreciar as diversidades. Por exemplo, o reconhecimento de que crianças hiperativas podem ser crianças com padrão de alta frequência, desafia os enfermeiros a buscar estratégias alternativas, tais como, centros múlti-estímulos-aprendizagem, usando luz, cor e música; incorporação de imagem criativa e meditação; música e movimento; todas das quais podem ser realizadas em casas, escolas e centros de tratamento;

3 - tornar o padrão harmonioso: enfermeiros podem auxiliar clientes a se conscientizarem de seus próprios ritmos e fazer escolhas a partir de uma série de opções congruentes com suas percepções de bem estar;

4 - reconhecer e usar modalidades de onda, tais como, luz, cor, música, e movimento, como integrais para o processo de padronização, promovendo assim a saúde e a cura;

5 - ver a mudança como positiva: o foco central da enfermagem é o fenômeno dos seres humanos unitários em todos os seus processos de mudança. Menstruação, gravidez, menopausa e velhice são exemplos de processos de mudança, que não são eventos patológicos, embora sejam frequentemente tratados como tais em outros modelos;

6 - expandir a etapa da coleta de dados do processo de enfermagem: como um adjunto para a avaliação física, enfermeiros podem fazer a

avaliação "não física" do campo de energia humano, usando Toque Terapêutico para avaliar os ritmos e o fluxo de energia;

7 - aceitar a integral conexão da vida: este conhecimento fomenta a responsabilidade social e interesse pela saúde do meio ambiente, como inseparável da saúde da humanidade.

O sistema conceitual rogeriano apresenta uma nova visão de mundo, que desafia a nós enfermeiros a buscar uma prática de enfermagem criativa, inovadora e conseqüentemente mais efetiva. Algumas operacionalizações deste sistema na prática são apresentadas a seguir, a partir das colocações de MALINSKI (1986:23-31). Krieger introduziu o Toque Terapêutico na prática de enfermagem. Rawnsley investigou a percepção do tempo, idade cronológica e o processo do morrer em clientes hospitalizados. Malinski visualizou a criança hiperativa a partir de uma perspectiva diferente da tradicional. MacDonald explorou a aplicação de ondas de luz (vermelha e azul) nas mãos de mulheres com artrite reumatóide e avaliou suas percepções da dor. Cowling avaliou indicadores de propriedades de padrão, examinando a relação da experiência mística, diferenciação e criatividade em estudantes. Alligood explorou criatividade, atualização e empatia como indicadores do processo de mudança. Barret definiu poder como a capacidade de participar conscientemente na natureza da mudança, caracterizando a contínua repadronização dos campos humano e ambiental. Também desenvolveu um conjunto de escalas para medir consciência, escolhas, liberdade para agir intencionalmente e envolvimento em criar mudanças em relação ao "eu", família e ocupação. Além destes estudos, seguem-se outros mais recentes: MALINSKI (1985:26-51) examinou as implicações da enfermagem transcultural sob a ótica da ciência dos seres humanos unitários. YOUNG (1985:44-51) avaliou a aplicabilidade desta ciência no contexto trans-cultural universal.

REFERENCE (1989:197:205) implementou o sistema conceitual rogeriano na prática de enfermagem, visando auxiliar a transição de clientes próximos à morte. COMPTON (1989:98-105) abordou as implicações para a enfermagem a partir de uma visão rogeriana sobre os usuários de drogas. Tais estudos fornecem instrumentos que podem auxiliar em uma maior compreensão da ciência dos seres humanos unitários e, por conseguinte, a implementar uma assistência de enfermagem que realmente atenda a estes seres humanos em sua dinâmica relação com o ambiente e em contínua evolução.

Cabe aqui ressaltar que não foram encontrados na literatura científica estudos nas áreas de pesquisa, educação e assistência de enfermagem, voltados para o processo saúde-doença da AIDS, com base no sistema conceitual de Rogers.

3 - MARCO CONCEITUAL

"O futuro demanda novas visões, flexibilidade, curiosidade, imaginação, coragem, tomada de risco, compaixão e um excelente senso de humor".

Martha E. Rogers

A organização do conhecimento apresentada neste capítulo, foi elaborada a partir do sistema conceitual de Martha E. Rogers e direcionada para a situação específica do cliente com AIDS.

Rogers construiu os conceitos de ser humano, meio ambiente, saúde e enfermagem a partir de quatro blocos de construção, denominados: campos de energia, universos de sistemas abertos, padrão e quadri-dimensionalidade. Com base nestes conceitos e através dos princípios da homeodinâmica, Rogers propõe um novo paradigma para a enfermagem, intitulado a "Ciência dos Seres Humanos Unitários". Este paradigma é humanístico e não mecanicista e, portanto, requer nova visão de mundo, onde se fazem necessários "uma nova síntese, um salto criativo e a inculcação de novas atitudes e valores" (ROGERS, 1983:23). Aqui, o ser humano unitário é visualizado na sua totalidade e em troca de energia simultânea e ininterrupta com o meio ambiente. E é através da interação ser humano e meio, que ambos se transformam e evoluem.

CONCEITOS

CAMPOS DE ENERGIA

Campos de energia são campos de natureza elétrica, em um estado de fluxo contínuo, o qual varia na sua intensidade, densidade e extensão (ROGERS, 1970:90). "Campos de energia são postulados para constituir a unidade fundamental de todas as coisas vivas e não vivas. Campo é um conceito unificado. Energia significa a natureza dinâmica do campo. Campos de energia são infinitos" (ROGERS, 1980:330, 1983:222, 1985:17, 1986:4, 1987:142, 1988,:100, 1989:184). Tudo o que existe no universo são campos de energia, visto que matéria é energia. "A teoria clássica de campo postula que campos existem através do espaço-tempo, embora seus potenciais possam variar de um ponto ao outro na dimensão espaço-tempo. Campos nunca deixam de existir e não existem limites para eles. Não requerem matéria observável para existir, contudo, eles são percebidos através de seus efeitos, isto é, movimentos de forças entre objetos" (BURKE & WHELAN, 1977:19). Campos de energia refletem a natureza dinâmica do ser humano e meio ambiente em suas totalidades e individualidades. Assim sendo, estes campos, em determinado ponto do espaço-tempo, são resultados de seus estádios evolutivos.

UNIVERSO DE SISTEMAS ABERTOS

"Universo de Sistemas Abertos indica que campos de energia são infinitos. Eles são abertos - não um pouco ou algumas vezes - mas continuamente abertos. O modelo de sistema fechado de universo

está ultrapassado. Tais conceitos como equilíbrio, adaptação, homeostase e estado estacionário também estão ultrapassados. Causalidade é uma contradição dos sistemas abertos" (ROGERS, 1983:223, 1985:17-8, 1986:5, 1987:142, 1988:100, 1989:185).

Ser humano e meio ambiente são considerados sistemas abertos, cujos campos de energia específicos estão continuamente interagindo entre si. Esta interação é um processo dinâmico e caracterizada por ações recíprocas, na qual o ser humano e meio ambiente estão continuamente afetando e sendo afetados um pelo outro. Consequentemente, seus campos de energia são negentrópicos, caracterizados por uma crescente heterogeneidade, diferenciação, diversidade e complexidade do padrão do campo (ROGERS, 1983:222).

O processo de interação entre ser humano e meio ambiente, traz por sua vez a noção de responsabilidade, visto que este não ocorre aleatoriamente. O ser humano é livre para interagir com o meio ambiente, mas é ao mesmo tempo responsável pela forma com que o faz. O constante intercâmbio de matéria e energia entre ser humano e meio ambiente acha-se na base do tornar-se do ser humano e é este intercâmbio que representa a criatividade da vida (ROGERS, 1970:54).

PADRÃO

Padrão é a característica distinguível de um campo de energia, percebida como uma simples onda (ROGERS, 1985:18, 1986:5, 1987:143, 1988:100, 1989:185). Padrão é uma abstração, que se revela no mundo concreto através de suas manifestações (ROGERS, 1986:5-6, 1988:100, 1989:185). Este conceito indica que um dado fenômeno pode vir acompanhado de múltiplas manifestações de padronização, mas so-

mente de uma frequência ou padrão de onda, que resulta da síntese de todas as manifestações. Assim, embora o padrão de um dado campo de energia não possa ser diretamente visto, manifestações deste são evidentes via personalidade e características comportamentais e de desenvolvimento do indivíduo (COMPTON, 1989:98). Cada padrão de campo humano é único e integral com o seu próprio padrão de campo ambiental. Deste modo, o padrão do campo humano e ambiental evoluem juntos. Sendo o universo um sistema dinâmico e negentrópico, "... campos estão constantemente mudando na direção postulada, de baixo para alto padrão de frequência de onda" (ROGERS, 1986:11). Consequentemente, a natureza do padrão é sempre nova, sempre criativa, tendendo a estádios cada vez mais complexos.

QUADRI-DIMENSIONALIDADE

Quadri-dimensionalidade é definida como um domínio não linear, sem atributos espaciais temporais (ROGERS, 1983:222, 1985:18, 1986:5, 1987:143, 1988:101, 1989:185). Os campos humano e ambiental são postulados para serem quadri-dimensionais. Isto implica em uma forma nova de olhar e perceber a realidade, que difere da visão tradicional. Este conceito emerge a partir da teoria da relatividade de Einstein, na qual a realidade transcende o tradicional espaço-tempo, coordenados em um produto novo e irreduzível. Esta teoria se baseia na descoberta de que todas as medidas de espaço e tempo são relativas. "A teoria da relatividade mostrou que o espaço não é tri-dimensional e que o tempo não é uma entidade isolada. Ambos se acham íntima e inseparavelmente conectados e formam um continuum quadri-dimensional denominado espaço-tempo" (CAPRA, 1983:131). A partir deste

referencial o presente deixa de ser um ponto no tempo para tornar-se multidimensional, assim como todo processo de mudança passa a ser relativo. Conseqüentemente, as dimensões da realidade vão além da capacidade de percepção do ser humano. Outro aspecto a ser considerado, ainda a partir desta perspectiva, é a possibilidade de explicar os fenômenos paranormais tais como: premonição, telepatia, clarividência, dentre outros. "Clarividência, por exemplo, é racional em um campo humano quadri-dimensional em interação contínua e simultânea com um campo ambiental quadri-dimensional" (ROGERS, 1980:335). O uso do toque terapêutico, como uma modalidade de intervenção, também requer algum tipo de percepção de quadri-dimensionalidade (ROGERS, 1986:12).

A qualidade quadri-dimensional do ser humano, proposto por ROGERS, é um conceito difícil de ser entendido, a partir de uma perspectiva tri-dimensional. Rogers (1980:331) coloca que, infelizmente, palavras são ainda inadequadas para comunicar o escopo e a profundidade deste conceito; e que esforços para esquematizar quadri-dimensionalidade requer uma forma de pensar substancialmente abstrata. Entretanto, novas formas de consciência da quadri-dimensionalidade do ser humano e do ambiente são postulados para acompanhar o aumento da frequência e diversidade do padrão de campo.

SER HUMANO (CAMPO HUMANO)

"O ser humano unitário é definido como um campo de energia irredutível, quadri-dimensional, identificado pelo padrão e manifestando características que são diferentes daquelas de suas partes e que não podem ser preditas do conhecimento de tais partes" (ROGERS,

1985:18, 1986:5, 1987:143, 1988:100, 1989:184). O seu "... comportamento reflete, a fusão dos atributos físico, biológico, psicológico, social, cultural e espiritual em um indivisível todo, no qual as partes não são distinguíveis" (ROGERS, 1970:41).

O ser humano é parte do universo, mantém com ele um fluxo contínuo de energia que varia em intensidade, extensão e densidade. Desta forma não pode ser visualizado e compreendido isoladamente do seu meio ambiente, ou seja, isolado de sua família, amigos, comunidade, sociedade e objetos que o cercam. O ser humano é capaz de abstrair, imaginar, se comunicar, pensar, sentir e se emocionar, o que o caracteriza como ser transcendental. Possui a capacidade de escolher e decidir, prerrogativa do ser pensante que é. Consequentemente, pode implementar mudanças na evolução do seu processo vital. O processo vital é a expressão da evolução rítmica do campo ao longo de um eixo espiralado, ligado na matriz quadri-dimensional e sempre modelando e sendo modelado pelo meio (ROGERS, 1970:91). A evolução do processo vital, por sua vez, reflete a conscientização, ou seja, o processo de interação das forças mentais do campo individual na crescente dinamização, complexificação e conscientização do ser.

O ser humano, neste estudo, é aquele que por apresentar incompetência imunológica decorrente da relação desarmônica com o seu "eu" e com o meio ambiente, passa a manifestar a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), ao entrar em contato com o H.I.V. Em consequência, estes clientes "adecem de uma ou mais infecções oportunistas ou podem desenvolver tumores, distúrbios neurológicos e muitos outros sérios problemas de saúde" (I.E.A.S.H., 1986:11). Os clientes com AIDS parecem possuir um padrão semelhante por desenvolverem, através das relações desarmônicas com o seu "eu" e com o meio ambiente, deficiências em seus sistemas imunológicos.

Em seus antecedentes históricos pode-se encontrar as causas que entram no processo de desarmonia homem e meio ambiente. Entre elas estão o uso de drogas endovenosas, a multiplicidade de parceiros sexuais e até mesmo a falta de controle dos doadores de sangue .

Os campos de energia destes clientes parecem sofrer constantes disritmias, decorrentes da perda da integridade sincrônica e recíproca da relação ser humano e meio ambiente. O grau da perda da integridade irá depender do estágio da doença, do padrão do campo energético do cliente e das trocas de matéria e energia entre ele e meio ambiente. Estes clientes frequentemente, vivenciam perdas catastróficas, tais como perda da saúde, do emprego, amigos, de apoios sociais, da harmonia com a família e com o amante (RUBINOW, 1984:27). Desta forma as perdas da integridade manifestam-se através das alterações biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais em um todo indivisível.

O curso probabilístico do processo vital da quase totalidade dos clientes com AIDS parece ser desfavorável, visto que os mecanismos em evidência, utilizados até o presente, não conseguem recompor o sistema imunológico. Outro aspecto a ser considerado é a caracterização da AIDS enquanto doença incurável, que parece levar grande parte dos clientes a aceitar o diagnóstico em si como um fim inevitável. Deste modo, as alterações do ritmo do campo do cliente tendem a se tornar incompatíveis com o seu processo vital até a morte. "A morte é concebida como uma transformação de energia" (ROGERS, 1970:91), ou seja uma mudança de estágio vibratório. A vida e a morte não são condições dicotômicas, mas fazem parte de um continuum. Conseqüentemente, a morte não constitui um fim em si mesma, mas a possibilidade do homem existir no processo infinito de sua evolução, enquanto ser consciente. Cada ser humano experiencia a vida e a mor-

te de maneira única e diversificada, a qual reflete o estágio do seu processo evolutivo.

MEIO AMBIENTE (CAMPO AMBIENTAL)

"O meio ambiente é definido como um campo de energia irreduzível, quadri-dimensional, identificado pelo padrão e manifestando características que são diferentes daquelas de suas partes e que não podem ser preditas do conhecimento de tais partes" (ROGERS, 1985:18, 1987:143, 1988:100, 1989:184).

"O ser humano e meio ambiente são sistemas complementares, não dicotômicos" (ROGERS, 1970:89). Estão continuamente trocando matéria e energia entre si, o que resulta em constantes e mútuas transformações para níveis crescentes de complexidade e heterogeneidade. Cada pessoa possui o seu próprio campo ambiental que é único e somente pode ser percebido no seu todo irreduzível.

Para Rogers, a família é percebida como um campo de energia irreduzível, diferente de suas partes e manifestando características que não podem ser preditas a partir do conhecimento dos membros da família (ROGERS, 1983:227). A sociedade pode ser entendida a partir da conceituação de família.

O meio ambiente do cliente com AIDS é composto pelas pessoas que direta ou indiretamente interagem com o seu campo energético. Estas pessoas são sua família, seus amigos, conhecidos, o pessoal da equipe de saúde, a comunidade e a sociedade. Também fazem parte deste meio todos os objetos que o cercam e o local onde se encontra, sua casa ou a unidade de internação.

A família do cliente com AIDS não se restringe à configuração da família tradicional, podendo ser formada por um grupo de pessoas, ou uma única pessoa, com a qual o cliente está ligado por laços afetivos e uma história de vida em comum. Os membros da família podem, ou não, morar em uma mesma casa. Eles podem, ou não, estar ligados pelo sangue ou pela lei.

Cada pessoa ao interagir com o cliente com AIDS, o fará através do padrão do seu campo energético, que é fruto da evolução do seu processo vital. Esta interação de acordo com os princípios da homeodinâmica, nem sempre se dá de forma harmônica, visto que se tem evidenciado reações de preconceito e rejeição por parte de pessoas em relação a este cliente. Tais rejeições e preconceitos parecem decorrer do medo do contágio, da morte e do fato da transmissão desta síndrome "... estar ligado a ambíguas dependências físicas (sexo e drogas), à prostituição (masculina e feminina) e ao conceito de crime (menores infratores ou prisioneiros que exercem a homossexualidade dentro das celas)" (ARICÓ, 1987:90). Entretanto as interferências nas trocas de energia entre o campo do cliente e o campo ambiental podem já estar presentes antes mesmo da sua participação nos grupos de risco e no processo de instalação da doença.

SAÚDE - DOENÇA

Para ROGERS (1970:125) saúde e doença não são condições dicotômicas, são parte do mesmo continuum. Saúde e doença são expressões do processo vital, que resultam da interação ser humano e meio ambiente. Conseqüentemente, saúde pode ser entendida como resultado da relação de harmonia do ser humano com o seu "eu" e com o

meio ambiente. Esta relação se reflete no padrão do campo energético do ser humano, que por sua vez norteia o curso de seu processo vital. A doença, ao contrário, origina-se das interações desarmônicas do ser humano e reflete em determinado ponto do espaço-tempo os valores, hábitos, costumes e grau de conhecimento do ser humano, acerca do seu "eu", do seu mundo e do universo. A aprendizagem e experiências resultantes do estar doente podem ajudar o ser humano a redirecionar o seu processo vital. Todavia, quando as alterações do ritmo do campo humano tornam-se incompatíveis com o seu processo vital nesta dimensão da vida, ocorre a morte.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida pode ser entendida como uma síndrome decorrente da relação desarmônica entre o ser humano e seu meio ambiente. AQUINO (1986:11) partilha desta idéia, ao considerar a AIDS como sendo o resultado da decadência imunológica do organismo provocado pela fome, poluição ambiental, drogas, remédios, irradiações, estresse e outros agentes livremente comercializados pela desumana política econômica e social. Ainda, segundo o autor, a imunodeficiência adquirida é um fenômeno social que muitas vezes independe da vontade do indivíduo. "...Suas causas são as injúrias praticadas e recebidas no dia-a-dia do convívio social no lar, no trabalho, no lazer. Essas injúrias agredem diariamente o sistema imune, assim, ele entra em pane quando sujeito à menor agressão" (AQUINO, 1986:76). Deste modo, a AIDS só se manifesta em organismos que apresentam uma deficiência total ou quase total do sistema imunológico. Tal fato parece explicar porque muitas pessoas ao entrarem em contato com o HIV podem não desenvolver esta síndrome. Conseqüentemente, o desenvolvimento do quadro desta síndrome irá depender do grau de imunodeficiência apresentada pelo indivíduo.

Cada ser humano e portanto, cada cliente com AIDS experiencia a doença de maneira única, tanto em relação à própria manifestação da doença como, também, em relação à forma como reagirá a ela. Isto pode ser explicado pelo padrão do campo energético de cada pessoa, que é único e decorrente do estágio evolutivo do seu processo vital. O enfermeiro, conhecendo as manifestações do padrão do campo energético do cliente, poderá compreender em determinado momento o seu processo vital.

ENFERMAGEM

"Enfermagem é tanto uma ciência como uma arte. A ciência da enfermagem é um corpo de conhecimento abstrato, a que se chegou pela pesquisa científica e análise lógica. A prática da enfermagem engloba a arte da enfermagem e consiste na utilização do corpo de conhecimento abstrato da enfermagem a serviço do ser humano" (ROGERS, 1970:121). A enfermagem existe para cuidar de pessoas, sua responsabilidade direta e última é para com a sociedade (ROGERS, 1970:122).

Considerando o processo saúde-doença da AIDS, o enfermeiro tem suas ações voltadas tanto para a prevenção como para a assistência aos clientes com essa síndrome. Estas ações objetivam promover a interação sinfônica entre o ser humano e o meio, para fortalecer a coerência e integridade do campo humano, e para redirecionar e redigir o padrão dos campos humanos e ambiental para a realização do máximo potencial de saúde (ROGERS, 1970:122). Resultam de um processo de discussão intensa com o cliente, de um modo particular, com cada indivíduo, na busca do redirecionamento do seu processo vital.

Com relação à prevenção, o enfermeiro tem sua ação basicamente voltada para a educação em saúde. Esta educação objetiva a mudança dos conceitos que acarretam uma relação desarmônica entre o ser humano e o meio ambiente. O enfermeiro pode e deve participar, juntamente com indivíduo, família, grupos e comunidade, do processo de mudança. Este processo pode emergir do estabelecimento em conjunto de metas e objetivos probabilísticos para ajudá-los a adquirir e/ou manter a saúde em seu nível máximo. Concomitantemente, o estabelecimento de objetivos probabilísticos implica na criação de valores os quais o ser humano pode adquirir em um determinado momento (ROGERS, 1970:123). Neste sentido, o enfermeiro pode atuar no fortalecimento da coerência e integridade do campo humano desde a vida intra-uterina até a velhice. Para isto, o enfermeiro necessita em primeiro lugar, compreender a natureza do campo humano em sua evolução rítmica e em sua dinâmica relação com o campo ambiental. Ainda na prevenção da AIDS, o enfermeiro pode atuar orientando sobre o processo saúde-doença desta síndrome.

Com relação à assistência de enfermagem aos clientes com AIDS, o enfermeiro tem suas ações voltadas tanto para a educação em saúde, como para a busca do redirecionamento do curso do processo vital dos mesmos, no que se refere aos aspectos biológico, psicológico, social, cultural e espiritual em seu indivisível todo e das suas relações com o meio ambiente. Estas ações geralmente são executadas pelos elementos da equipe de enfermagem, que atuam em uma graduação de complexidade. Entretanto, cabe ao enfermeiro uma parcela maior de responsabilidade neste processo.

A assistência de enfermagem, a partir da perspectiva rogeriana, implica em considerar o cliente em sua totalidade e em seu processo dinâmico de interações com o meio ambiente. Consequentemen-

te, o enfermeiro respeita e trabalha com as diversidades de padronização dos campos de energia. Assim, ele deve ter em mente que padrões de campo mais diversos, ou seja, de alta frequência de onda, mudam mais rapidamente do que os menos diversos ou de baixa frequência de onda (ROGERS, 1986:7). Aqui o enfermeiro deixa de ser autoridade para tornar-se um parceiro terapêutico. Para tanto, deve compartilhar conhecimentos e habilidades com o cliente e/ou pessoas do seu campo ambiental, capacitando-os a exercitar suas autonomias no processo terapêutico. Deste modo, o cliente é considerado responsável pelo seu processo saúde-doença. Visando atuar na totalidade do cliente, o enfermeiro pode utilizar técnicas que mobilizem os seus mecanismos de auto-cura, tais como: visualização, imposição de mãos, musicoterapia, cromoterapia, acupressura, dentre outros.

Assistir o ser humano unitário, aqui em questão o cliente com AIDS, situado em seu meio ambiente, em um processo dinâmico de interações e transformações mútuas, constitui-se em um desafio para o enfermeiro. Este desafio emerge à medida que se requer deste profissional inúmeras habilidades, que não se resumem ao conhecimento do sistema conceitual de Rogers, do processo saúde-doença da AIDS e sua representação social. "Requer que o enfermeiro tenha uma base substancial de conhecimento, que seja capaz de se comunicar efetivamente e pensar logicamente, que seja tecnicamente eficiente e facilitador da avaliação interna e externa" (SUNDEEN et al, 1985:7-8). O enfermeiro que se propõe a assistir o cliente com AIDS em sua dinâmica interação com o meio ambiente poderá se confrontar com realidades que, muitas vezes não são experienciadas com frequência por ele, tais como a sexualidade humana e a morte, juntamente com os preconceitos e tabus que as envolvem. Conseqüentemente, para abordar e trabalhar esses aspectos com segurança, o enfermeiro necessitará,

além de conhecimentos a respeito dos mesmos, um maior conhecimento de si enquanto ser humano. Para efeito de uma atuação bem sucedida deverá dispor de habilidades para estabelecer um relacionamento interpessoal, através do uso das técnicas de comunicação terapêutica. Segundo HAMMES & JOSEPH (1986:146), os propósitos da comunicação terapêutica visam ajudar o cliente a clarificar e verbalizar pensamentos e sentimentos e agir para a mudança, se ele acreditar que é necessário. Ainda segundo as autoras, o conhecimento das técnicas é somente parte do processo de desenvolver um relacionamento efetivo com o cliente, visto que o interesse sincero do enfermeiro como pessoa que verdadeiramente tem desenvolvido respeito por ele é bem mais importante do que o uso das mesmas (HAMMES & JOSEPH, 1986:164-5). Considerando que, o relacionamento enfermeiro-cliente é um processo complexo, único e original, determinadas ações são requeridas desse profissional. CHRISTENSEN (1986:58) identifica essas ações, como sendo aquelas que comunicam confiança (consistência, honestidade), empatia (toque, sinceridade, "caring", ser autêntico, "olho no olho", autonomia evitar julgamento, não ser ameaçador) e incluir o cliente na tomada de decisão.

O enfermeiro deve se ocupar tanto do viver como do morrer (ROGERS, 1983:225, 1985:22, 1986:8, 1987:146, 1989:188). A partir do referencial rogeriano, as múltiplas manifestações "próximas à morte" e "após a morte" são consideradas racionais. "Pessoas próximas à morte frequentemente experienciam múltiplas manifestações, tais como ver e falar com uma pessoa querida que não está fisicamente presente ou que já pode ter morrido. A pessoa querida está lá em uma realidade quadri-dimensional, o relativo espaço-tempo sofreu uma expansão para estas pessoas" (FERENCE, 1989:204). Considerando esta perspectiva, o enfermeiro pode encorajar estas manifestações, explorando os

seus significados para o cliente, bem como, os sentimentos e emoções apresentados por ele. Na medida em que as alterações do ritmo do campo do cliente tenderem a se tornar incompatíveis com o seu processo vital, o enfermeiro deve fornecer suporte para o cliente e pessoas do seu campo ambiental, facilitando o processo de transição, dentro das condições possíveis de harmonia. Tendo por princípio básico o respeito ao cliente e pessoas do seu campo ambiental, independente dos seus antecedentes históricos e da evolução atingida pelos seus processos vitais.

PRESSUPOSIÇÕES BÁSICAS

Rogers (1970), utilizando os conceitos apresentados anteriormente, explicita as cinco primeiras pressuposições abaixo, para caracterizar o ser humano e sua relação com o meio ambiente. Acrescento a estas, as duas últimas pressuposições.

- 1ª - O ser humano é um todo unificado, que possui sua própria integridade e manifesta características que são mais que e diferentes da soma de suas partes (1970:47).
- 2ª - O ser humano e o meio trocam matéria e energia continuamente entre si (1970:54).
- 3ª - O processo vital do ser humano é irreversível e unidirecional ao longo do eixo tempo-espaco (1970:59).
- 4ª - O padrão identifica o ser humano e reflete sua totalidade inovadora (1970:65).
- 5ª - O ser humano se caracteriza por sua capacidade de abstração e imaginação, linguagem e pensamento, sensação e emoção (1970:73).

6º - O ser humano é um ser infinito e portanto sua existência não se resume no existir num dado ponto do espaço-tempo, nesta dimensão da vida.

7º - O ser humano é responsável pelas suas aquisições ao longo do seu processo evolutivo.

PRINCÍPIOS DA HOMEODINÂMICA

Os princípios da homeodinâmica derivam do sistema conceitual de Rogers e postulam a natureza e direção da mudança, ou seja, do desenvolvimento dos campos humano e ambiental (ROGERS, 1985:19, 1986:6, 1987:143, 1988:101, 1989:186). Estes princípios são amplas generalizações que norteiam a base teórica da enfermagem e precisam ser testados na prática de enfermagem para se evidenciar sua validade. Os princípios da homeodinâmica são três: integralidade (anteriormente intitulado complementaridade), ressonância e helicidade.

INTEGRALIDADE

O princípio da integralidade estabelece que o processo de interação entre os campos humano e ambiental é contínuo, mútuo e simultâneo (ROGERS, 1985:19, 1986:6, 1987:144, 1988:101, 1989:186). Este princípio explica a natureza dinâmica do universo de sistemas abertos em interação contínua, mútua e simultânea. Campos humano e ambiental coexistem, e são sistemas que evoluem a partir das múltiplas interações entre eles. Conseqüentemente, a qualidade negentrópica da vida é evidenciada através das transformações incessantes

que se efetuam em níveis ordenados de complexidade crescente.

Segundo Wald, citado por WILSON & FITSPATRICK (1984:35), integralidade é a lei da unidade dos contrários e da contradição interna. Esta lei implica em um estado de tensão específico e sempre presente nos sistemas abertos, a qual imprime uma força necessária ao processo de evolução. Assim é que para Rogers, os sistemas abertos vivos não podem ser descritos em termos de equilíbrio, visto que, um estado de desequilíbrio dentro e entre estes sistemas e o meio é absolutamente necessário para o fluxo e transformação da energia" (WILSON & FITZPATRICK, 1984:35). Este princípio se contrapõe ao conceito de adaptação do campo humano ao campo ambiental e de estado estacionário, considerando o estado de complexidade crescente da padronização dos campos de energia.

O princípio da integralidade fornece uma abordagem conceitual para a compreensão do porquê todas as pessoas expostas ao HIV não adquirem necessariamente a AIDS e também para reorientar a dinâmica da relação do campo humano e ambiental na busca da cura.

De acordo com ROSA (1983:18) este princípio auxilia o enfermeiro a compreender a dinâmica da relação ser humano-meio ambiente, detectando como e em que houve perda da integridade sincrônica e recíproca desta relação.

RESSONÂNCIA

O princípio da ressonância postula as mudanças contínuas, de baixa para alta frequência dos padrões de onda, nos campos humano e ambiental (ROGERS, 1985:19, 1986:6, 1987:144, 1988:101, 1989:186). Este princípio explica a natureza do processo de complexidade cres-

cente dos padrões de campo, a partir das contradições internas e externas. Corresponde à lei da dialética, de mudança quantitativa em mudança qualitativa (WILSON & FITZPATRICK, 1984:38).

A vida é uma manifestação de vibrações rítmicas de ondas que emergem da repadronização contínua dos campos humano e ambiental. Variam as velocidades, as amplitudes e o comprimento das ondas, mas elas estão sempre presentes.

Todo campo humano possui o seu ritmo, que é único e manifesta características que são maiores e diferentes da soma de seus ritmos cardíaco, respiratório, metabólico, intestinal, imunológico e dos demais. Qualquer relação desarmônica entre o campo humano e ambiental gera interferências dissonantes, com consequentes disritmias nos padrões de ondas de ambos os campos. As disritmias trazem para o homem desconforto, doença e morte.

Este princípio possibilita ao enfermeiro detectar a presença ou ausência de disritmias e nortear as ações de enfermagem para restabelecer, quando possível, o curso rítmico da relação entre o campo humano e ambiental.

HELICIDADE

O princípio da helicidade estabelece que a natureza e direção da mudança dos padrões dos campos humano e ambiental é contínua, inovadora, probabilística e, caracterizada pela diversidade crescente e manifestando ritmicidade não repetitivas (ROGERS, 1985:19, 1986:6, 1987:144, 1988:101, 1989:186). Este princípio indica que a direção do processo desenvolvimental é probabilística, inovadora, não comportando regressões a estádios anteriores. ROGERS

(1970:100) representa o princípio da helicidade por uma espiral irregular, na qual o processo desenvolvimental ou evolucionário dos padrões dos campos humano e ambiental se faz em uma progressão não linear. Assim, este processo é unidirecional, manifestando ritmicidade não repetitiva, embora a cada volta da espiral possa surgir eventos semelhantes a outros já vivenciados.

Para Wald, citado por WILSON & FITZPATRICK (1984:40), o princípio da helicidade traz em seu enunciado uma das leis da dialética - a negação da negação. Tendo em vista que padrões de campos mais complexos emergem a partir da negação de padrões anteriores qualitativamente anulados.

O princípio da helicidade implica em uma ritmicidade do processo vital, o qual comporta previsões probabilísticas, possibilitando, assim, a prevenção de desarmonias futuras na relação entre campos humano e ambiental. Este princípio, segundo ROSA (1984:16), possibilita ao enfermeiro conhecer antecedentes históricos e estabelecer o curso probabilístico da evolução do processo vital.

4 - METODOLOGIA

"... o mútuo fazer ser é a condição indispensável da autenticidade do existir pessoal"

W. Luijpen

O presente trabalho traz em seu bojo três fatos de diferentes ordens, referentes ao processo intelectual de pensar sobre: o sistema conceitual direcionado para o cuidado de enfermagem, as tecnologias de assistência de enfermagem e a síndrome de imunodeficiência adquirida. O primeiro, como foi visto anteriormente, refere-se à ciência dos seres humanos unitários, desenvolvida por Rogers. A partir deste referencial, elaborei um marco conceitual, englobando os conceitos e princípios da autora, que me possibilitasse nortear as ações de enfermagem. O segundo, ou seja, as tecnologias de enfermagem refere-se às técnicas que reuni, visando assistir o ser humano unitário em sua totalidade. Dentre elas incluí, além das técnicas tradicionais de enfermagem, as técnicas de comunicação terapêuticas, e algumas terapias alternativas. As técnicas de comunicação terapêuticas auxiliam o enfermeiro a estabelecer um relacionamento terapêutico com o cliente. Este relacionamento se desenvolve com maior facilidade quando o enfermeiro demonstra: autenticidade, não julgamento, assim como, ouvir reflexivamente, permanecer em silêncio quando necessário, entre outras. Com relação às terapias alternativas incluí relaxamento, visualização, musicoterapia, toque, imposição de mãos, massagem rítmica e do-in. Estas terapias, volto a repetir, são de uso multidisciplinar e vêm sendo cada vez mais utilizadas pelos

enfermeiros. Consistem, ao meu ver, em instrumentos que podem estimular os mecanismos de auto-cura do cliente e conseqüentemente auxiliar a repadronização do curso rítmico do seu processo vital. Finalmente, o terceiro, ou seja, a síndrome da imunodeficiência adquirida, consiste em visualizar o cliente com esta síndrome, a partir dos princípios de Rogers. Como se pode perceber, aqui não considero a doença em si, mas o cliente com AIDS em sua dinâmica relação com o meio ambiente, o que confere ao trabalho uma visão e forma de abordar o assunto totalmente diferenciadas da que é feita pelo modelo biomédico.

Considerando as diferenças existentes entre os fatos acima citados, busquei elaborar uma metodologia que me permitisse sintetizá-los de modo que o trabalho tivesse uma coerência interna, e que esta coerência se expressasse na operacionalização do próprio processo de cuidar do cliente com AIDS. O processo de enfermagem será apresentado logo a seguir.

Na elaboração da metodologia do trabalho, me ative às contribuições de dois métodos de pesquisa, o método fenomenológico e o da observação participante e também o processo da intuição.

No que se refere ao método fenomenológico, considerei alguns instrumentais que ele fornece, na medida em que se propõe a descrever, explicitar e compreender o fenômeno, aqui, o cliente com a síndrome da imunodeficiência adquirida em sua dinâmica relação com o meio ambiente. Esta escolha fundamentou-se na crença de que uma maior compreensão deste ser humano é fundamental para viabilizar uma intervenção mais efetiva no redirecionamento do curso rítmico da relação entre campos humano e ambiental. Compreender o fenômeno, a partir de uma ótica fenomenológica, implica em captar o significado da intenção que o anima, a partir do seu ponto de vista. Para tanto

é necessário captar a subjetividade desta intenção tal como é vivida. Segundo CAPALBO (1985:80), só podemos captar a vivência do outro, tal como ela é vivida através da empatia ou intropatia. Ainda conforme a autora, a empatia me dá a experiência do outro enquanto outro, isto é, enquanto ele é irredutível em si mesmo à minha consciência (CAPALBO, 1985:80). A empatia, contudo, envolve aceitação do outro e, requer sensibilidade e disponibilidade do ser humano para vivenciar uma experiência. Conseqüentemente, os graus de compreensão irão variar forçosamente de pessoa para pessoa, sendo que esta compreensão jamais é plena. O método fenomenológico visa trazer para o plano da reflexão as experiências vividas ou pré-reflexivas dos seres humanos. Assim, deixei-me guiar pelo princípio básico, que permeia este método, que é o "retorno às coisas mesmas". Este princípio possibilita o redescobrimento do fenômeno em sua forma originária, isto é, como ele se dá à consciência. A fenomenologia se apresenta como uma ciência descritiva, desta maneira, para a apresentação do trabalho em pauta optei por uma abordagem descritiva. Quero ressaltar que não utilizei todas as regras deste método, visto que não seria condizente com os objetivos deste trabalho, na medida em que tem como ponto norteador o referencial de Rogers.

Em se tratando do método da observação participante, utilizei o método proposto por PEARSALL (1985). A observação participante, para Adams e Herskovits, citados por PEARSALL (1965:39), é um conjunto de técnicas que inclui qualquer ou todos os meios apropriados para coletar, registrar, verificar e analisar os dados sobre os seres humanos em seus ambientes naturais. Para PEARSALL (1965:36), o papel do observador-participante deve seguir um continuum: (1) observador total, (2) observador como participante, (3) participante como observador e (4) participante total. Entretanto, no estudo em

questão, este continuum não foi necessariamente seguido, visto que a situação e as necessidades do cliente é que determinaram o papel a ser exercido. Com base neste método, na fase da coleta de dados, as observações realizadas foram registradas em fichas e os diálogos foram gravados, mediante consentimento prévio do cliente e das pessoas envolvidas. Tomei o cuidado de registrar em cada encontro a data, o local, a hora de início e término do mesmo. Não estipulei previamente o período dos encontros, este foi determinado pela própria situação. Os dados coletados em cada encontro foram sistematicamente organizados a partir de uma abordagem descritiva e de outra reflexiva. No cabeçalho constou a data, início, término, duração e local do encontro. A parte descritiva compreendeu: a descrição do ambiente, do cliente e/ou pessoas que com ele interagem, do diálogo e notas do profissional. Estes dados foram categorizados tendo como base os itens do roteiro da página 107. A seguir, procedi as reflexões teóricas sobre as etapas do processo de enfermagem.

A intuição vem, nos últimos anos, sendo objeto de interesse de alguns estudiosos da área de enfermagem. Ao meu ver, a intuição constitui-se em um fenômeno de qualidade criativa e de síntese, imprescindível ao exercício da enfermagem. Para uma melhor compreensão deste conceito apresentarei algumas das inúmeras conceitualizações existentes. "Segundo Bastick, intuição é uma habilidade universal que está refletida nas inspirações criativas dos grandes cientistas, bem como nos pressentimentos diários que guiam os comportamentos individuais. Um fenômeno quintessencial do pensamento humano" (REW, 1983:22). "Para Assagioli, intuição é o verdadeiro significado da cognição ou iluminação. Refere ao termo visionar, mostrando que é derivada de 'In-tueri', que significa literalmente ver dentro" (REW, 1984:22). Conforme BURDEN (1975:46), intuição é uma identificação

com uma ordem de inteligência superior, inerente à natureza e acessível ao homem no estado de sensibilidade aguda. Intuição também pode ser entendida como uma "apreensão imediata pela mente sem o raciocínio, apreensão imediata pelo sentido, insight imediato" (THE CONCISE OXFORD DICTIONARY OF CURRENT ENGLISH, 1982:527). REW (1986:23), a partir de um estudo sobre o assunto, definiu intuição como: conhecimento de um fato ou verdade como um todo, apreensão imediata do conhecimento e conhecimento independente do processo linear de raciocínio. Neste trabalho a intuição se fez presente ao longo da sua implementação e será futuramente melhor especificada.

Como se pode depreender, a metodologia do trabalho em pauta resultou em uma mescla destes três referenciais, o que lhe configura uma característica própria e singular.

Esta proposta foi implementada na cidade de Florianópolis, Estado de Santa Catarina, em virtude de ser, no momento, o meu local de residência. Teve como ponto de referência o Hospital X, visto ser esta Instituição destinada à assistência aos clientes com AIDS. Outro aspecto desta escolha foi o sigilo que envolve o diagnóstico de tais clientes, dificultando assim a implementação deste trabalho fora do ambiente hospitalar. O trabalho foi desenvolvido com seis clientes admitidos naquela Instituição. Todavia, optei por apresentar quatro situações do processo de enfermagem. Para assegurar o anonimato, os nomes dos clientes foram alterados, bem como foram omitidos o da Instituição e das pessoas envolvidas no trabalho.

O relato de cada experiência foi encaminhado de forma que se constituísse em uma síntese, tendo em vista a extensão da mesma. Por outro lado, a qualidade do relato da vivência deste processo ficou prejudicada, apesar dos esforços em repassá-la ao leitor. Isto porque, acredito que somente aquele que vivencia uma situação pode

percebê-la na sua inteireza e riqueza de detalhes. Outro aspecto significativo que influiu desfavoravelmente na qualidade deste relato, foi a dificuldade de traduzir através da linguagem tradicional os acontecimentos, sentimentos e emoções vivenciados durante o processo.

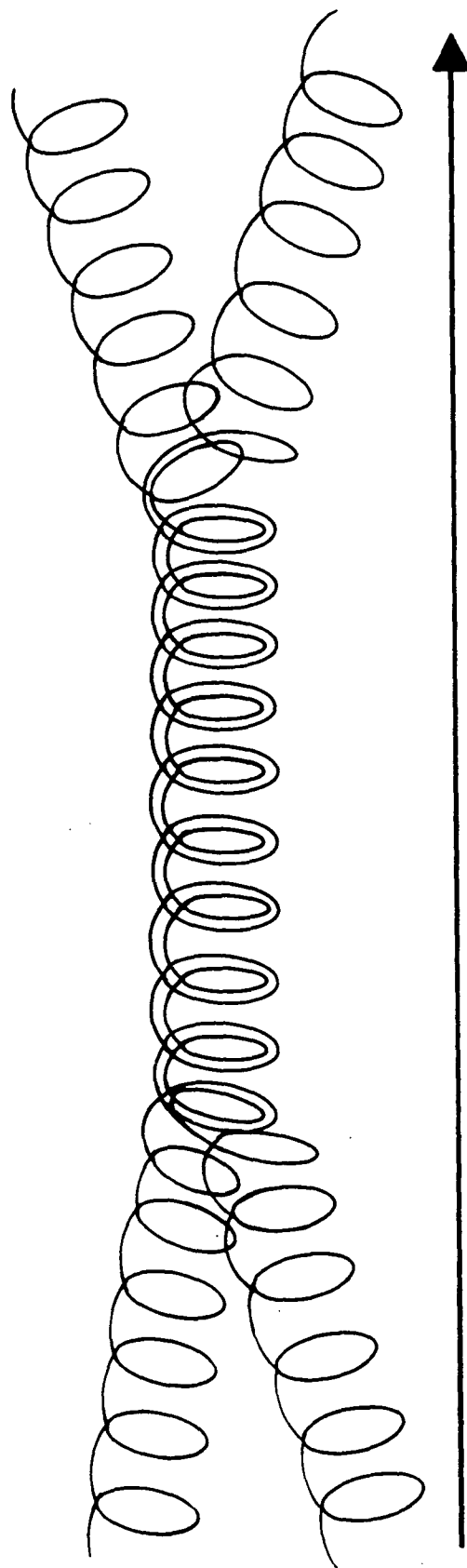
PROCESSO DE ENFERMAGEM

A "Ciência dos Seres Humanos Unitários" - um paradigma para a enfermagem - não oferece uma sistemática de operacionalização. Para Rogers a prática profissional é criativa e imaginativa. A autora expressa claramente esta opinião quando diz: "Não há um conjunto de fórmulas pelas quais se determine a ação. Nem há regras de bolso sujeitas à memorização e à aplicação inquestionável. Os instrumentos da prática são numerosos, mas sua seleção apropriada consoante com as necessidades do indivíduo, família ou sociedade depende da habilidade intelectual" (ROGERS, 1970:122).

A partir do referencial rogeriano, o processo de enfermagem pode ser entendido como um processo interativo, sistemático e dinâmico, através do qual as ações de enfermagem buscam restabelecer a integralidade e a totalidade dos padrões dos campos humano e ambiental, para que as trocas de energia se efetuem em harmonia.

O processo de enfermagem, no presente trabalho, foi composto das seguintes etapas: coleta de dados, diagnóstico, intervenção e avaliação, podendo ser representado basicamente pelo esquema da Figura 6.

Figura 6 - ESQUEMA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM COM BASE EM ROGERS



INTERVENÇÃO CONJUNTA PROFISSIONAL-CLIENTE

- a) Coleta de dados (princípio da integralidade)
 - Identificar as manifestações do padrão do campo energético do Cliente, do meio ambiente e das relações estabelecidas.

- b) Diagnóstico (princípio da ressonância e helicidade)
 - Identificar as interferências dissonantes
 - Estabelecer metas e objetivos visando redirecionar o curso rítmico do processo vital do cliente e meio ambiente.

- c) Intervenção

- d) Avaliação

PROCESSO VITAL DOS CAMPOS ENERGÉTICOS: PROFISSIONAL-CLIENTE

As etapas do processo de enfermagem estão intimamente interrelacionadas e/ou podem ocorrer simultaneamente. Assim, cada fase constrói-se a partir da anterior e todas estão dependentes da validação com o cliente para assegurar a mutualidade do cuidado de enfermagem (SUNDEEN et al, 1985:27). O processo de mutualidade foi assegurado, desde o primeiro encontro, onde estabeleci com cada cliente e/ou pessoas que com ele interagem uma relação contratual verbal, ficando portanto explícitas as expectativas mútuas.

COLETA DE DADOS

Coleta de dados é a fase na qual o enfermeiro, juntamente com clientes e pessoas que com eles interagem buscam detectar a integralidade nas relações do cliente com o seu "eu" e com o meio ambiente. Segundo RDSA (1983:18), o princípio da integralidade auxilia o enfermeiro a determinar a dinâmica da relação entre o ser humano e meio ambiente, detectando como e em que houve perda da integridade sincrônica e recíproca desta relação. Deste modo, esta fase inicia-se no primeiro encontro e continua durante todo o processo de interação entre enfermeiro e cliente. Partilho, assim, da opinião de STANTON et al (1985:16), de que embora a coleta de dados seja a primeira etapa, ela faz parte de um continuum, e portanto, pode ocorrer novamente durante as outras etapas, quando novos dados necessariamente serão obtidos. Tal opinião é fundamentada na crença de que somente a partir do estabelecimento de uma relação de confiança entre enfermeiro-cliente e pessoas que compõem o seu meio, a qual necessariamente não ocorre no primeiro encontro, é que dados significativos para o cuidado de enfermagem poderão ser obtidos.

Os dados a serem coletados foram esquematizados por categorias como: integralidade fisiológica, psicológica (perceptual-cognitiva), espiritual e da relação cliente-meio ambiente (ver roteiro, pág.. 107). Entretanto, procurei fazer a análise dos dados de maneira que refletissem a totalidade do cliente em sua dinâmica relação com o meio ambiente. Tive sempre presente que "... os padrões identificados não são estáticos, mas se acham em constantes transformações, refletindo tanto mudanças no tempo, como nas experiências novas adicionais" (FALCO & LOBO, 1985:225).

Busquei nos encontros, através de diálogos intuitivos, apreender os significados das experiências vividas pelo cliente, bem como pelas pessoas que interagem com o seu campo energético. Deste modo, não elaborei previamente questões, visto que não seria condizente com a abordagem escolhida, além do que limitaria a interação com o cliente e/ou pessoas do seu campo ambiental.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico é a análise criteriosa dos dados coletados, utilizando-se os princípios da ressonância e helicidade onde se procura detectar os tipos de interferências na relação entre campos humanos e ambiental e estabelecer as metas e objetivos por prioridades, juntamente com o cliente e/ou pessoas que compõem o seu meio ambiente, para redirecionamento do curso rítmico dos seus processos vitais.

A proposta do diagnóstico para o presente trabalho foi elaborada com base nas diretrizes estabelecidas por ROSA (1983:18-20), a partir da proposta de Orem sobre a possibilidade de

relacionamento terapêutico. Essa etapa constituiu-se de dois passos onde, juntamente com o cliente e pessoas que com ele interagem, procuramos:

- reconhecer eventos passados e presentes, estabelecendo as conexões entre eles no eixo espaço-tempo, e detectar como repadronizar o curso rítmico da relação do cliente com o seu "eu" e com o meio ambiente. Este passo corresponde ao princípio da ressonância;
- determinar probabilisticamente o curso do processo vital, de acordo com os dados obtidos e com as predisposições do cliente. Este passo corresponde ao princípio da helicidade.

No primeiro passo procuramos detectar os tipos de interferências das relações estabelecidas pelo cliente com o seu "eu" e com o meio ambiente, as quais determinariam as metas e prioridades para a repadronização no curso rítmico desta relação

As interferências podem ser:

- interferência totalmente dissonante, quando é impossível repadronizar o curso rítmico das relações do cliente, nesta dimensão da vida;
- interferência dissonante, quando grandes esforços são necessários, por parte do enfermeiro, cliente e pessoas que compõem seu meio ambiente, para repadronizar o curso rítmico das relações. Este tipo de interferência requer o planejamento de metas e objetivos a curto e longo prazo;
- interferência pouco dissonante, quando a repadronização no curso rítmico das relações do cliente se processarão sem grandes esforços, por parte do enfermeiro, cliente e pessoas do seu meio ambiente. Este tipo de interferência requer o planejamento de metas e objetivos a curto prazo;

- interferência quase harmônica, quando o fluxo ondulatório recíproco cliente-meio ambiente não causam desconforto. Este tipo de interferência requer o planejamento de metas e objetivos para a prevenção das relações desarmônicas do cliente com o seu "eu" e com o meio ambiente.

No segundo passo procuramos estabelecer as metas probabilísticas das relações. Este passo é determinado pela maior ou menor possibilidade de manter o máximo potencial de saúde no processo vital do cliente, em suas relações.

As probabilidades podem ser:

- possibilidade nula de evolução do processo vital do cliente nesta dimensão da vida - quando a perspectiva para o cliente é a mudança de estado vibratório;
- probabilidade mínima de evolução do processo vital - quando há uma pequena possibilidade de restabelecer o máximo possível de saúde;
- probabilidade quase total de evolução do processo vital - quando há possibilidade de restabelecer quase totalmente o máximo potencial de saúde;
- probabilidade total de evolução do processo vital - quando as relações do cliente com o seu "eu" e com o meio ambiente podem se estabelecer integral e harmonicamente, com o máximo potencial de saúde.

Cabe aqui esclarecer que, embora o primeiro e segundo passos do diagnóstico estejam aqui didaticamente separados, na prática eles estão interrelacionados. Por outro lado, a partir da perspectiva rogeriana, campos de energia são infinitos e portanto o enfermeiro deve ter presente que ao ser diagnosticado interferências totalmente dissonantes e probabilidade nula de evolução do processo vital, deve-se implementar ações para auxiliar o cliente e/ou pes-

soas do seu campo ambiental a vivenciarem o processo de transição, dentro das condições possíveis de aceitação e harmonia. Sendo a vida-morte condições não dicotômicas, mas parte de um continuum, o enfermeiro deve ser capaz de abordar estas questões com naturalidade, procurando estimular diálogos e reflexões do cliente, bem antes da proximidade do processo de transição, na medida em que tais questões emergem e o cliente o queira.

A partir das metas probabilísticas são estabelecidos os objetivos a curto e longo prazo por prioridades, para se alcançar os níveis possíveis de repadronização e reorganização do curso rítmico do cliente com o seu "eu" e com o meio ambiente. Tais resultados são obtidos através de reflexões conjuntas enfermeiro-pessoas do seu meio ambiente. Para tanto, o enfermeiro deve fornecer-lhes instrumentais teóricos e práticos para que possam acompanhá-lo ao longo das etapas deste processo.

O diagnóstico de enfermagem, assim como a coleta de dados, faz parte de um continuum e, portanto, pode ocorrer durante as outras fases do processo.

INTERVENÇÃO

Intervenção é a fase onde enfermeiro, cliente e pessoas que com ele interagem implementam as ações estabelecidas, a partir das metas e objetivos para o alcance dos níveis possíveis de repadronização do curso rítmico da relação do cliente com o seu "eu" e com o meio ambiente. Deste modo, o cliente e pessoas que compõem o seu meio ambiente participam efetivamente do processo e o enfermeiro trabalha com eles e não por eles. Tal propósito garante maior proba-

bilidade de sucesso no alcance das metas e objetivos estabelecidos e um enriquecimento mútuo da experiência do compartilhar.

"Segundo Rogers, o enfermeiro promove a interação sinfônica entre o ser humano e meio através de:

- a) coordenação dos ritmos dos campos humano e ambiental;
- b) facilitação das transformações no ser humano e meio, as quais permitem melhores condições de uso da capacidade vital possível, como ser criativo, emotivo, racional e dinâmico;
- c) fortalecimento da coerência e integralidade do campo humano;
- d) seleção das modalidades de ação baseadas nas probabilidades de atingir os objetivos" (ROSA, 1984:18-9).

Para objetivar tais propósitos, implementei, neste trabalho, ações que visam, em primeiro lugar, estimular o cliente a refletir sobre a sua responsabilidade no processo saúde-doença, sobre as disritmias do seu campo de energia que se constituam em interferências na sua relação com o campo ambiental, sobre a importância da sua participação efetiva no processo terapêutico, dentre outras. Utilizei também, além das técnicas tradicionais de enfermagem, terapias alternativas. A relação enfermeiro-cliente foi um aspecto de fundamental importância no desenvolvimento deste trabalho.

Não pretendi aqui enumerar todas as ações desenvolvidas, mas sim especificar alguns dos recursos que, juntamente com o cliente e/ou pessoas do seu campo ambiental foram efetivados na prática.

As ações implementadas resultaram de um processo de discussão intensa com o cliente e/ou pessoas que compõem o seu campo ambiental, de modo particular com cada indivíduo, na busca do redimensionamento do seu processo vital.

Cabe ainda considerar que, as ações desenvolvidas em cada dia não foram planejadas com antecedência e, sim, foram norteadas

pela minha intuição e pela presente situação, a partir do diálogo com cliente e/ou pessoas que com ele interagem. Deste modo, esta etapa consiste em um "caminhar rumo a novas experiências", onde enfermeiro e cliente, de forma original e única, se enriquecem, se capacitam e se auto-conhecem. Conseqüentemente, não se pode prever com antecedência os obstáculos deste caminhar, como também a forma com que ele se efetivará.

O processo de intervenção foi acompanhado de avaliações sistemáticas da efetividade das ações de enfermagem, para que modificações pudessem ser efetuadas quando necessárias.

O enfermeiro, enquanto elemento integrante do campo ambiental do cliente e das pessoas que com ele interagem, deve intervir considerando a totalidade destes e estimulando-os a participarem integralmente do processo de intervenção.

AVALIAÇÃO

Avaliação é a apreciação sistemática e valorativa, pelo enfermeiro, cliente e pessoas que compõem seu meio ambiente, da mudança ou ausência de mudança da repadronização no curso rítmico da relação do cliente com o seu "eu" e com o meio ambiente, em relação as metas e objetivos estabelecidos durante o processo.

A avaliação ocorreu ao longo da interação enfermeiro-cliente e pessoas que com ele interagem, embora por questões didáticas apareça aqui como uma etapa isolada. Evidentemente ela retroalimenta as fases anteriores do processo, indicando a necessidade de se estabelecer novas metas e objetivos e, conseqüentemente, a alteração da intervenção.

Quando a avaliação não indica mudanças, consideram-se as possíveis razões que podem estar relacionadas ao cliente ou ao meio ambiente. Algumas das possíveis razões sugeridas por Yura & Walsh em LEDDY & PEPPER (1968:223) incluem:

- 1) Cliente: expectativas não realísticas, falta de habilidade esperada para enfrentamento, comunicação insuficiente ou inexata com o enfermeiro, ou não aceitação das metas ou estratégias planejadas
- 2) Enfermeiro: falta de conhecimento, insuficiência de dados, delegação inapropriada para os membros da equipe, determinação inapropriada de prioridades, inadequado compartilhar com o cliente e/ou com outras pessoas significantes para o mesmo, falha ao considerar as forças do cliente e ao estabelecer as metas realísticas e inefetiva ou inadequada comunicação.
- 3) Membros da equipe: informações insuficientes sobre o cliente, falha de comunicação com o enfermeiro ou possuir metas conflitantes com as estabelecidas com o cliente.
- 4) Pessoas significantes para o cliente: falta de entendimento, ou aceitação das metas planejadas, falha em reconhecer o problema, ou limitações de recursos (transporte, apoio emocional, próprio medo).

Ao elaborar as etapas deste processo de enfermagem, agrupei o plano de assistência no diagnóstico. Utilizei, na coleta de dados, o princípio da integralidade e no diagnóstico os princípios da ressonância e da helicidade, tornando-se mais clara a sua compreensão e menos complexa a implementação desse modelo na prática.

Embora por questões didáticas, esse modelo esteja dividido em etapas, na prática elas podem ocorrer, muitas vezes, simultanea-

mente e num processo contínuo e dinâmico de ir e vir.

Procurei enfatizar a participação efetiva do cliente e das pessoas que compõem o seu meio ambiente em todas as etapas. Tal ênfase reflete a minha crença de que somente através de um trabalho conjunto, o enfermeiro poderá estabelecer uma prática mais eficaz e efetiva e ajudar a desenvolver as potencialidades do cliente e das pessoas que compõem o seu meio ambiental, para o redirecionamento de seus processos vitais.

5 - CUIDANDO DO CLIENTE COM AIDS

Quando voce compreende totalmente que cada dia em que acorda pode ser o último nesta dimensão, voce aproveita a oportunidade desse dia para evoluir, tornar-se mais aquilo que realmente é, alcançar os outros seres humanos.

Elisabeth Kubler-Ross

Todo e qualquer trabalho executado ou em andamento pressupõe uma trajetória de buscas, experiências, reflexões e análises. Evidentemente, para que o trabalho em questão fosse elaborado e implementado, fez-se necessário toda uma caminhada que não se restringiu ao curso de mestrado. Deste modo, abordarei inicialmente, neste capítulo, alguns aspectos desta, tendo em vista que os considero importantes para um maior entendimento dos porquês da escolha dos diversos pontos que nortearam este trabalho. A seguir, apresentarei a minha entrada na Instituição, bem como algumas características da mesma, visando propiciar ao leitor uma maior apreensão do meio ambiente, onde o presente trabalho foi desenvolvido. Contudo, cabe aqui ressaltar que, segundo Rogers, cada campo ambiental é específico para o seu dado campo humano (1985:5) e que "pessoas não interagem com um hospital; elas interagem com o padrão total do meio ambiente" (ROGERS, 1986:11). Conseqüentemente, a troca de energia entre um dado campo humano e ambiental se faz de forma singular e di-

ferenciada, embora possa apresentar alguns aspectos em comum. Finalmente, dando prosseguimento aos itens deste capítulo, descreverei os resultados obtidos a partir da implementação da metodologia proposta.

PREPARANDO-ME PARA O CUIDAR DO CLIENTE COM AIDS

Formei-me em 1976 e desde então venho exercendo a profissão de enfermagem, sendo que dos quatorze anos, cinco foram dedicados a assistência e nove ao ensino. Naturalmente que, em decorrência da minha formação acadêmica, a minha prática profissional sempre teve como diretriz o modelo mecanicista ou biologicista. Embora nunca tenha me questionado acerca da escolha da profissão, visto ser esta a que de fato gosto de exercer, vinha nos últimos seis anos sentindo grande insatisfação com relação a tal prática. Conseqüentemente, passei a buscar através da leitura, da reflexão e da discussão com colegas da profissão novos caminhos que me possibilitassem desenvolver de forma efetiva a profissão e também tentar contribuir para uma transformação da mesma. Detectei, assim, que para objetivar a meta desejada era de fundamental importância que buscasse o auto-conhecimento e o meu aprimoramento enquanto ser humano. Iniciei também, neste período, meus estudos em terapias alternativas.

Dando prosseguimento à minha formação, iniciei o curso de mestrado em enfermagem na UFSC, no segundo semestre de 1987. A minha proposta inicial era desenvolver uma pesquisa de assistência de enfermagem centrada nas necessidades psico-espirituais do cliente, com base no método fenomenológico. Todavia, ao iniciar o curso tomei conhecimento de uma pesquisa, em fase de conclusão, muito similar a

minha proposta. Assim, após um período de indecisão optei por trabalhar com clientes portadores da AIDS. Vários aspectos corroboraram para que tal opção fosse feita. Dentre eles sobressaíram o fato de ser uma situação nova para mim e recente para a enfermagem em geral e, principalmente, por favorecer abordagens das questões referentes à morte, sexualidade e necessidades psico-espirituais. Estas questões sempre foram objetos de meu interesse. A partir desta escolha, procurei aprofundar os meus conhecimentos acerca do processo saúde-doença da AIDS e direcionar os trabalhos das diversas disciplinas do curso para o assunto em questão. Cabe aqui ressaltar que as diversas disciplinas oferecidas pelo curso de mestrado foram de fundamental importância para a elaboração deste trabalho. Dentre elas destacaram-se: fundamentos filosóficos da pesquisa, fundamentos filosóficos e teóricos da enfermagem, saúde e doença: modelos e conceitos, dinâmica do relacionamento humano, psicologia social, processo de enfermagem, métodos qualitativos de pesquisa, marcos conceituais aplicados à prática da enfermagem e prática assistencial de enfermagem. Engajei-me também no Grupo de Apoio e Prevenção da AIDS - Santa Catarina (GAPA), onde pude conviver mais de perto com clientes portadores desta síndrome e, conseqüentemente, com a problemática vivenciada por eles.

Inicialmente, era do meu interesse realizar uma pesquisa voltada para o assunto, utilizando o método fenomenológico. Deste modo, cursei disciplina de "estudo independente" sobre este método, procurando assim aprofundar meus conhecimentos acerca do mesmo. Contudo, surgiu uma proposta das docentes do curso, para que direcionássemos o nosso trabalho para a assistência de enfermagem, norteado por um marco conceitual. Achei a sugestão ótima, pois além de ser um trabalho pioneiro nos cursos de mestrado do Brasil, iria fomentar a

prática de enfermagem com base em teorias. Aceitei a sugestão e optei por trabalhar com o sistema conceitual de Martha E. Rogers, ou seja, a "Ciência dos Seres Humanos Unitários". Esta opção, como coloquei anteriormente, decorreu em função da minha identificação com a filosofia que emana das proposições do sistema conceitual de Rogers e, por acreditar que este paradigma fornece uma nova visão de mundo imprescindível para a Enfermagem futurista.

Cabe aqui um parêntese para relatar que esta identificação teve como base o fato de que, desde a minha adolescência passei a sentir uma "sensibilização em meu campo de energia". Esta sensibilização, que foi se acentuando com o passar dos anos, me permitia, sem que o quisesse, captar as vibrações de outros campos de energia, a partir de uma perspectiva tri e quadri-dimensional. Assim, iniciei meus estudos nesta área. Um dos meus objetivos era o de realizar estudos em enfermagem, abordando questões referentes a esta área de conhecimento. Entretanto, necessitava de um referencial teórico. No curso de mestrado entrei em contato com o sistema conceitual de Rogers. Este apresentava em sua concepção e estrutura os elementos que favoreciam o desenvolvimento de um trabalho cuja natureza atendia alguns dos meus objetivos. Rogers, há vinte anos atrás, tivera a coragem de expressar, em seus conceitos e princípios, idéias revolucionárias para o mundo acadêmico da época. Essas idéias que ainda hoje, nem sempre são aceitas sem muitas controvérsias.

Bastante motivada, elaborei o projeto deste trabalho e já me propunha a aplicá-lo, quando me dei conta das implicações que poderiam advir deste ato. Pela primeira vez, comecei a pensar nos riscos de contágio da doença a que estaria exposta. Havia tomado conhecimento de vários funcionários do Hospital X, que haviam se picado com agulhas, após ministrarem injeções. Deste modo, comecei a imagi-

nar: e se eu também me picasse e contraísse o vírus? Poderia ser discriminada pelos meus familiares, amigos. Poderia perder o meu emprego. Poderia antecipar a minha partida para outra dimensão. Assim, por algum tempo me senti amedrontada. Passei um mês refletindo e trabalhando as minhas inseguranças. Por outro lado, iria trabalhar com terapias alternativas. Estas terapias são pouco desenvolvidas na prática de enfermagem e desconhecidas pelos profissionais daquela Instituição. À primeira vista, poderia ser confundida com uma "curandeira", mas isto não me preocupava, tendo em vista o fato de acreditar no que estava fazendo. Com relação ao marco conceitual e processo de enfermagem a serem implementados, sentia-me segura. Havia incorporado com facilidade os conceitos e metodologia. Sentia que este seria um momento muito importante para mim, não só enquanto profissional, mas também como pessoa, pois este trabalho representava o rompimento definitivo com atitudes e valores inculcados durante anos. Contudo, sabia que deveria estar atenta para evitar as contradições e foi após um mês, que senti estar preparada para iniciar a implementação deste trabalho.

ENTRANDO NO HOSPITAL X

No dia 1 de março de 1989 encaminhei ofício de solicitação de estágio à chefe da Seção de Enfermagem do Hospital X. Este estágio, visando a implementação de um modelo de Assistência de Enfermagem, já era do conhecimento desta profissional, bem como de outros da área de saúde do Hospital. Isto porque participávamos do Grupo de Apoio e Prevenção da AIDS do Estado de Santa Catarina (GAPA) e eu mantinha contato periódico com clientes internados na Instituição.

Naquele dia fui informada que a chefe da Seção de Enfermagem estava de férias e deste modo dirigi-me à sua substituta. Esta mostrou interesse no meu projeto de trabalho e solicitou uma cópia do mesmo, pois trabalhava no período da tarde na unidade de internação para clientes com AIDS. Referindo não estar informada dos trâmites para a realização de estágio, pediu-me que retornasse no dia seguinte.

Retornei ao Hospital no dia marcado, entreguei a cópia do projeto e fui encaminhada à Diretoria Técnica do Hospital. Após entendimento, acertamos o início do estágio para o dia 20 daquele mês, considerando que somente naquela data a chefe da Seção de Enfermagem retornaria às suas atividades e esta era a condição imposta pela Diretora.

Iniciei, deste modo, o meu estágio na Instituição no dia acertado. A minha proposta inicial era permanecer uma semana conhecendo a estrutura organizacional do Hospital, a filosofia, objetivos, políticas, regimento, rotinas e normas que norteassem as ações de enfermagem. Posteriormente, ou seja, a partir do dia 27 iniciaria a implementação do trabalho em questão. Todavia, essa proposta foi alterada, pois era do meu interesse trabalhar com clientes residentes no local e todos os internados naquele período residiam em outras cidades. Em decorrência desta situação, permaneci na Instituição cerca de 15 dias, mais precisamente 60 horas, sem ter sido possível viabilizar o cronograma anteriormente planejado. No período citado, entrei em contato com o pessoal de enfermagem da unidade e com diversos clientes, o que me possibilitou conhecer o processo vital destes últimos e atender determinadas necessidades sentidas por eles. Desta forma, busquei fornecer orientações acerca do processo saúde-doença da AIDS e de grupos de apoio existentes na região, contribuir para minorar a solidão imposta pelo ambiente hospitalar,

contactar com familiares que desconheciam a atual condição e paradeiro do cliente, os quais não possuíam telefone e tentei diminuir o estresse e a angústia sentidos pelos clientes, através do diálogo e aplicação de terapias alternativas, dentre outras.

APRESENTANDO O MEIO AMBIENTE

O Hospital X é uma instituição vinculada à Fundação Hospitalar de Santa Catarina (F.H.S.C.). Essa Fundação é uma entidade de caráter jurídico de direito privado, sem fins lucrativos, com sede na cidade de Florianópolis e jurisdição em todo território catarinense. O referido Hospital possui 102 leitos e tem por finalidade primordial prestar assistência médico-hospitalar aos clientes com doenças infecto-contagiosas.

A Seção de Enfermagem desse Hospital está diretamente ligada ao serviço Técnico-Administrativo, que por sua vez se subordina à Diretoria do Hospital. Essa Seção conta com dez enfermeiros, sendo que a chefe da Seção e mais um enfermeiro trabalham em regime de oito horas diárias e os demais em regime de seis horas. A Seção não dispõe, até o momento, de filosofia, objetivos, políticas, regimento, normas e rotinas que norteiem as ações de enfermagem. Por outro lado, também não há uma sistemática de enfermagem, no que se refere à admissão do cliente, assistência planejada e dinâmica das atividades de enfermagem.

Os primeiros clientes com AIDS foram admitidos no Hospital no início de 1986. Nesta época, o Hospital não dispunha de uma unidade própria para o atendimento destes clientes, visto que o número de internações era muito pequeno. Posteriormente, foi instituída es-

ta unidade e para tal administrou-se um curso de treinamento para o pessoal de enfermagem, bem como para o de outros setores, tais como da limpeza, lavanderia e nutrição. Atualmente são realizadas palestras mensais.

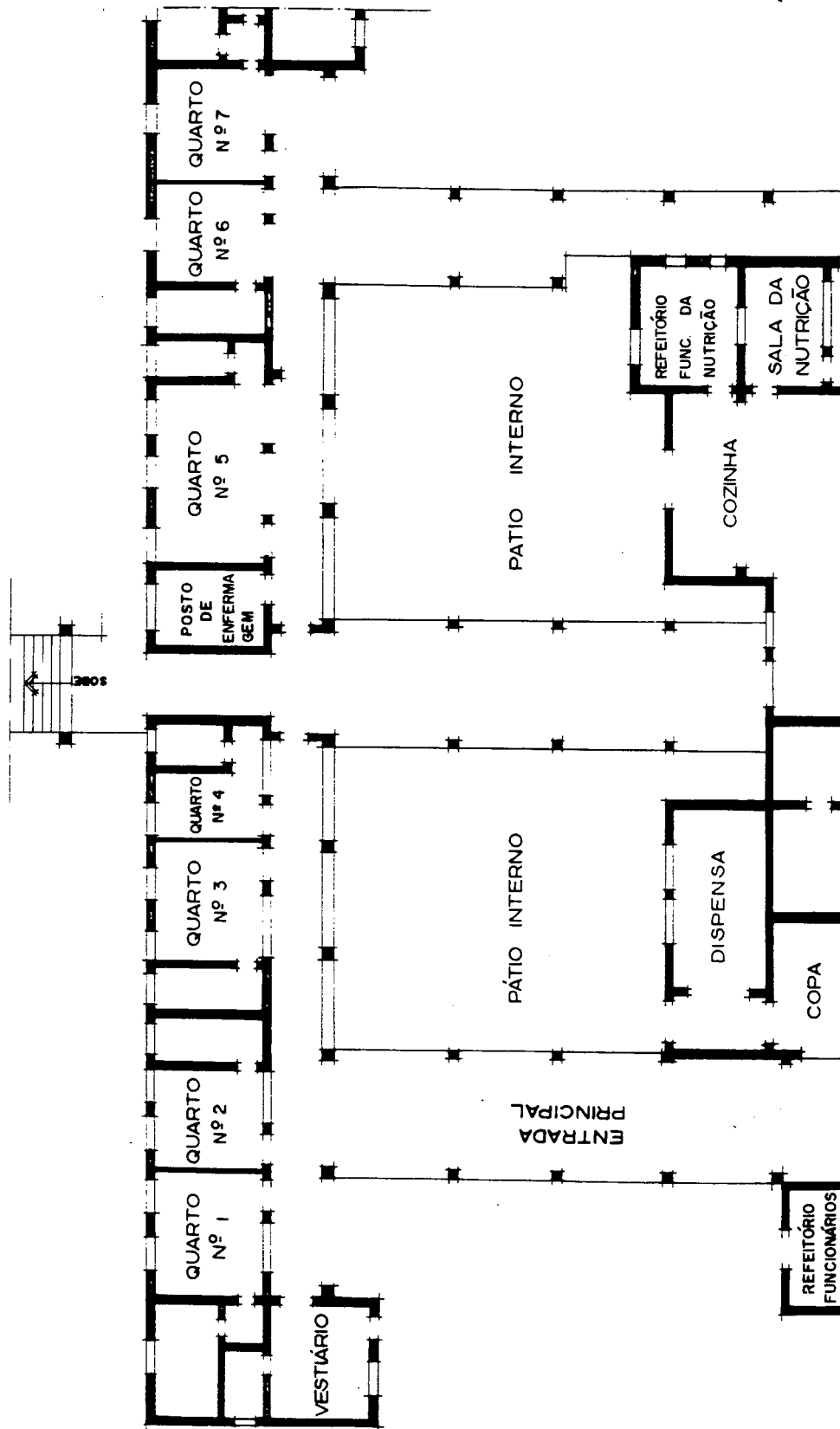
A unidade de internação para clientes com AIDS (Figura 7) se situa em uma ala que dista 6 metros da estrutura central do Hospital. Dispõe de sete quartos, sendo que inicialmente era internado um cliente em cada quarto. Entretanto, com o aumento da demanda, passou-se a internar dois clientes em cada quarto e há períodos em que a internação extrapola a capacidade da unidade.

Esta unidade conta com a atuação da Chefe da Seção de Enfermagem no período da manhã e de outra enfermeira no período da tarde, totalizando uma carga horária total de oito horas diárias. No período noturno e finais de semana há somente um enfermeiro para supervisionar todo o Hospital. Os auxiliares e atendentes de enfermagem são em número de 4 e 6, respectivamente, e trabalham em regime de 12 por 36 horas. Estão assim distribuídos: período das 7:00 às 19:00 - 1 auxiliar e 2 atendentes de enfermagem; período das 19:00 às 7:00 horas - 1 e 2 respectivamente. Atuam também nesta unidade dois médicos, um residente, uma psicóloga e uma assistente social, sendo que as duas últimas atendem aos clientes de outras unidades.

Assim como todas as unidades deste Hospital, esta também não dispõe de uma sistemática para a ação de enfermagem. Contudo, os cuidados prestados são norteados pelas normas de atendimento aos clientes com AIDS instituídas pelo Ministério da Saúde (ver anexo 2).

O horário de visitas aos clientes se restringe às terças, quintas-feiras e domingo das 15:00 às 17:00 horas, sendo que para os que estão em estado grave é permitido um acompanhante. Existe um

FIGURA 7 - PLANTA FÍSICA DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PARA CLIENTES COM AIDS DO HOSPITAL X



procedimento de restrição de visitas adotado para cada cliente da unidade, que tem início na admissão, quando é elaborado uma listagem, pelo cliente e/ou familiares, com o nome dos visitantes permitidos.

O Hospital também dispõe de ambulatório específico ao atendimento destes clientes que funciona meio período de segunda à sextas-feiras. Tal ambulatório possui duas salas para atendimento médico e de enfermagem, onde atuam um médico e uma enfermeira.

O MEIO AMBIENTE E O CLIENTE COM AIDS

Durante o período em que permaneci na Instituição tive oportunidade de conviver com inúmeros clientes internados nesta unidade e, deste modo, pude observar que as trocas de energia entre eles e o meio ambiente não ocorrem de forma harmônica. Considerando que este ítem será abordado oportunamente, me deterei aqui a uma das manifestações do padrão do campo ambiental que contribui para o estresse e depressão dos clientes. Esta manifestação é o isolamento que acarreta a solidão sentida pelos clientes e que, segundo a minha percepção, se deve à presença de inúmeras interferências dissonantes. Em primeiro lugar, há ausência de uma sistemática de procedimentos de enfermagem, que corrobora para que as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros sejam eminentemente burocráticas. Segundo, as atividades dos funcionários restringem-se aos cuidados gerais e administração de medicamentos. Terceiro, as ações desenvolvidas pelos profissionais da área de psicologia e assistência social também não são sistematizadas. Soma-se a este fato, o atendimento a clientes de outras unidades, aumentando assim a demanda para estes profissionais. Finalmente, sendo a grande maioria dos clientes prove-

nientes de outras cidades do Estado, a presença dos familiares se torna esporádica. Conseqüentemente, o isolamento, a solidão sentida pelos clientes associados a outras manifestações do campo humano, como aquelas ligadas à doença e à própria mudança de ambiente tornam, segundo a opinião dos clientes, a hospitalização um período ainda mais difícil de ser vivenciado por eles.

MEU ENCONTRO COM ANDRÉA*

O meu primeiro encontro com Andréa ocorreu no dia em que iniciei o estágio na unidade de internação. Apresentou-se-me uma jovem de 23 anos, magra (42:00 Kg) e de baixa estatura (1,54 m). Seus cabelos castanhos claros, lisos, de textura fina, pouco abaixo do ombro e com franja. Sua pele clara, com sardas, pouco acentuadas no rosto, ombros e braços. Em sua face destacam-se os olhos castanhos bastante expressivos e o nariz pequeno e afilado. Andréa, como pude detectar posteriormente, é bastante comunicativa e ao conversar gesticula constantemente as mãos pequenas e delicadas. Ao se emocionar demonstra-o através do rubor das faces e dos olhos cheios de lágrimas. Quando está triste, preocupada ou deprimida, apresenta uma fala pausada, um tom de voz baixo e uma quase ausência de movimentos corporais. Ao contrário, quando está alegre, sua face se ilumina, seus olhos brilham, movimenta-se constantemente e sua fala é mais rápida, um tom de voz vibrante. Manifesta uma grande curiosidade acerca de tudo o que ocorre com ela e no seu meio ambiente.

Naquele encontro, me apresentei dizendo-lhe quem eu era e o que fazia na unidade. Posteriormente, lhe falei mais detalhadamente sobre o meu projeto de trabalho. Tive também, na ocasião, a oportunidade de ser apresentada a sua mãe e a seu namorado.

Inicialmente, não cogitei de trabalharmos juntas, tendo em vista o fato de Andréa residir em outra cidade, o que dificultaria sobremaneira o acompanhamento da mesma após a alta hospitalar. Entretanto, durante duas semanas, mais precisamente nos dias úteis do período de 20 a 31 de março, visitei-a diariamente. Naqueles contatos conheci parte da história do seu processo vital, orientei-a so -

* Os nomes dos clientes foram alterados para assegurar o anonimato.

bre aspectos ligados à doença e sobre terapias alternativas. Andréa possuía alguns conhecimentos prévios sobre estas terapias e mostrou grande interesse acerca das mesmas. A nossa convivência diária me possibilitou observar algumas manifestações do seu campo energético. Possuía um padrão de pensamento desarmônico e estava constantemente reclamando da sua situação. O seu estado emocional oscilava muito de um dia para o outro e chorava com frequência. Demonstrava grande interesse pelo seu tratamento e questionava a todos sobre o seu estado de saúde, seus medicamentos e resultados de exames. Dialogamos diariamente e desenvolvemos diariamente a técnica de relaxamento objetivando a diminuição do estresse.

No dia 31 daquele mês, Andréa teve alta e demonstrava grande alegria por retornar a sua casa, acompanhada do namorado e de sua mãe. Todavia, reinternou na unidade no dia 07 de abril daquele ano por apresentar outra infecção oportunista.

No dia 11, resolvi alterar os meus planos e propor a Andréa o início de um trabalho em conjunto. Alguns aspectos corroboraram para que tal mudança ocorresse. Em primeiro lugar, a disritmia acentuada do seu campo de energia, considerada em fase terminal por alguns elementos da equipe de saúde. Segundo, o impulso interior de ajudá-la a superar aqueles momentos difíceis. Finalmente, e este acredito ter sido o aspecto mais importante, a intuição de que era possível redirecionar o curso rítmico do seu processo vital. Desse modo, após as devidas considerações, referentes ao tipo de trabalho, participação efetiva da cliente em todas as etapas deste e às técnicas a serem utilizadas, estabelecemos uma relação contratual verbal.

PROCESSO VITAL DE ANDRÉA

Andréa, sexta filha de um casal de meia idade, nasceu em uma cidade de pequeno porte, do Estado de Santa Catarina. O período gestacional de sua mãe foi tumultuado por constantes brigas com o marido, tendo em vista que o mesmo rejeitava o nascimento de mais um filho. O parto, por sua vez, apresentou-se com distócia, colocando em risco a vida de sua mãe, que se encontrava já em idade avançada.

Desde o nascimento, Andréa foi criada com muito mimo pela mãe e pelos irmãos, bem mais velhos que ela. Assim procuravam sempre fazer-lhe todas as vontades. Sua infância transcorreu normal. Gostava de brincar de bonecas e o fez até os treze anos. Entretanto, enquanto crescia, Andréa foi se revelando egoísta, revoltada, agressiva e impaciente. Estes traços se acentuaram após os 15 anos, quando iniciou a conviver com um grupo de amigos. Naquela época passou a fazer uso de cigarro e maconha, que aponta como decorrência de "fuga de alguma coisa" e do "modismo". Para poder conviver com os amigos e fazer uso da droga, mentia para seus familiares e faltava às aulas. Porém, sempre que era descoberta, apanhava do pai e dos irmãos. Desse modo, a relação entre eles era permeada de constantes brigas. Sua mãe, por sua vez, ciente de que a filha usava droga, buscava sempre dialogar com Andréa, orientá-la, mas era tratada de "quadrada", "careta".

Posteriormente, surgiu no grupo a cocaína e Andréa passou a fazer uso desta por via nasal e a seguir a compartilhar com os amigos a droga por via injetável. Nunca precisou comprá-la, porque a recebia gratuitamente de um de seus amigos, que participava do tráfico de drogas. Após ter compartilhado a cocaína por via injetável, cerca de 5 vezes, resolveu abandonar esta via. Esta resolução se deu

devido ao medo que sentia ao aplicar a droga.

Dos 15 aos 21 anos de idade, Andréa conviveu com este grupo de amigos, saindo frequentemente à noite, onde se relacionava sexualmente, consumia bebidas alcoólicas e cocaína, dormia e se alimentava pouco. Nos últimos anos vinha perdendo peso e evidenciava abatimento em sua expressão facial, segundo a percepção de sua mãe.

Aos 22 anos conheceu um rapaz, cujo estilo de vida era muito diverso do seu e com a ajuda deste, abandonou os amigos e a droga. A partir daí, a relação entre Andréa, a mãe e os irmãos passou a se fazer sem grandes conflitos. Todavia, a relação entre ela e o pai era quase inexistente, não havendo sequer uma troca de palavras.

Sua vida passou a transcorrer normalmente, estudava, namorava e ajudava sua mãe nos afazeres domésticos e na venda de roupas. No final do ano de 1988, Andréa e o namorado faziam planos de ingressarem na Universidade e de se casarem. Contudo, no início de janeiro de 1989, foi acometida de uma crise de febre, dispnéia e dor torácica. Encaminhada ao pronto-socorro do local foi medicada com antitérmico e orientada para aguardar em casa. No dia seguinte, como não apresentasse melhoras, buscou com o namorado outro médico, que sem examiná-la receitou benzilpenicilina-benzatina (antibiótico). Naquele período ficou muito apreensiva, pois mesmo com o tratamento, os sintomas continuavam. Assim, foi com o namorado para uma cidade próxima consultar outro médico. Após raios X de tórax, foi diagnosticado um pequeno derrame pleural. Fazendo uso de estolato de eritromicina de 6/6 horas (antibiótico) e de analgésico, retornou para casa. Contudo, como os sintomas se acentuassem, procurou novamente aquele médico que detectou um aumento do derrame pleural e diagnosticou pneumonia por *Staphylococcus aureus*. Andréa foi internada e

submetida a punção pleural para drenagem do líquido. Permaneceu 16 dias hospitalizada. O médico que a tratava, ao tomar conhecimento do seu estilo de vida, resolveu após o consentimento da irmã mais velha, fazer alguns exames e dentre eles o teste Elisa. O resultado deste teste foi positivo e o médico comunicou o mesmo à irmã mais velha, ao namorado e, posteriormente, à doente. Andréa, ao receber o diagnóstico ficou desesperada, chorou muito e sentiu como se o mundo todo desabasse a seus pés. Seus familiares e seu namorado também ficaram desesperados e não conseguiram acreditar na veracidade daquele diagnóstico. Entretanto, restava a esperança de que um novo exame pudesse desmentí-lo. Esta esperança não se manteve por muito tempo, considerando os resultados positivos dos testes Elisa e Western blot, realizados posteriormente. O mesmo não ocorreu com o namorado de Andréa, que apesar de manterem relações sexuais há longo tempo, o resultado do seu teste foi negativo.

Em decorrência da confirmação do diagnóstico, a cliente foi transferida para o Hospital X no dia 03 de fevereiro daquele ano. Logo após a transferência, foi submetida a raios X de tórax e à outra punção pleural. Apresentava febre, dispnéia aos médios esforços, tosse, vômito, chorosa e ansiosa. No dia 17 daquele mês, foi diagnosticado tuberculose pulmonar e conseqüentemente passou a fazer uso de tuberculostáticos. Contudo, teve uma forte reação alérgica aos medicamentos tais como, náuseas, vômitos, eritema e prurido. A cliente continuou a manter intolerância aos tuberculostáticos e no dia 23 se apresentou com taquicardia, hipotensão, letargia, pele fria, pálida e icterica, sinais de desorientação, náuseas e edema de face. Esse quadro foi diagnosticado como choque aos tuberculostáticos. No dia 27 generalizou-se a reação alérgica e assim no dia seguinte foram suspensos temporariamente aqueles medicamentos. No mês

de março a cliente voltou a fazer uso dos tuberculostáticos com diminuição das reações apresentadas anteriormente.

Em meados daquele mês, Andréa iniciou a apresentar forte cefaléia e desequilíbrio locomotor, tendo sido realizado no dia 20, tomografia do cérebro. Esse exame confirmou o diagnóstico de toxoplasmose cerebral.

Após 57 dias de internação no Hospital X, Andréa teve alta. Durante todo este período recebeu com frequência a visita dos familiares e do namorado, com excessão da do pai. Permaneceu em casa por 6 dias, tendo muito medo e insegurança por estar longe do hospital. Ao menor sintoma ligava para o médico. Seus familiares, por sua vez, se sentiam inseguros com a presença de Andréa em casa. Conseqüentemente, foram separados os talheres, copos, roupas de banho e de cama, como tudo o que entrava em contato com a cliente. Sua irmã mais velha proibiu, inicialmente, os filhos de irem visitá-la. Andréa já emagrecida e bastante debilitada, começou a se sentir contagiosa para os outros. Por outro lado, percebia a expressão facial de espanto de alguns membros da família e dos amigos, como se imaginassem encontrar uma pessoa caquética e calva, imagem esta criada em relação aos portadores da AIDS. Um aspecto positivo deste período foi ter ficado noiva.

A readmissão de Andréa na unidade ocorreu no dia 7 de abril daquele ano. As queixas da cliente na internação eram: dispnéia aos esforços, tontura, tosse matinal com expectoração mucosa, dor no hemitórax direito às inspirações profundas, debilidade, emagrecimento e queda de cabelo. Ao diagnóstico médico anterior, ou seja, HIV, tuberculose pulmonar, toxoplasmose cerebral, acrescentou-se o de pneumonia por *Pneumocystis carinii* (P.P.C.).

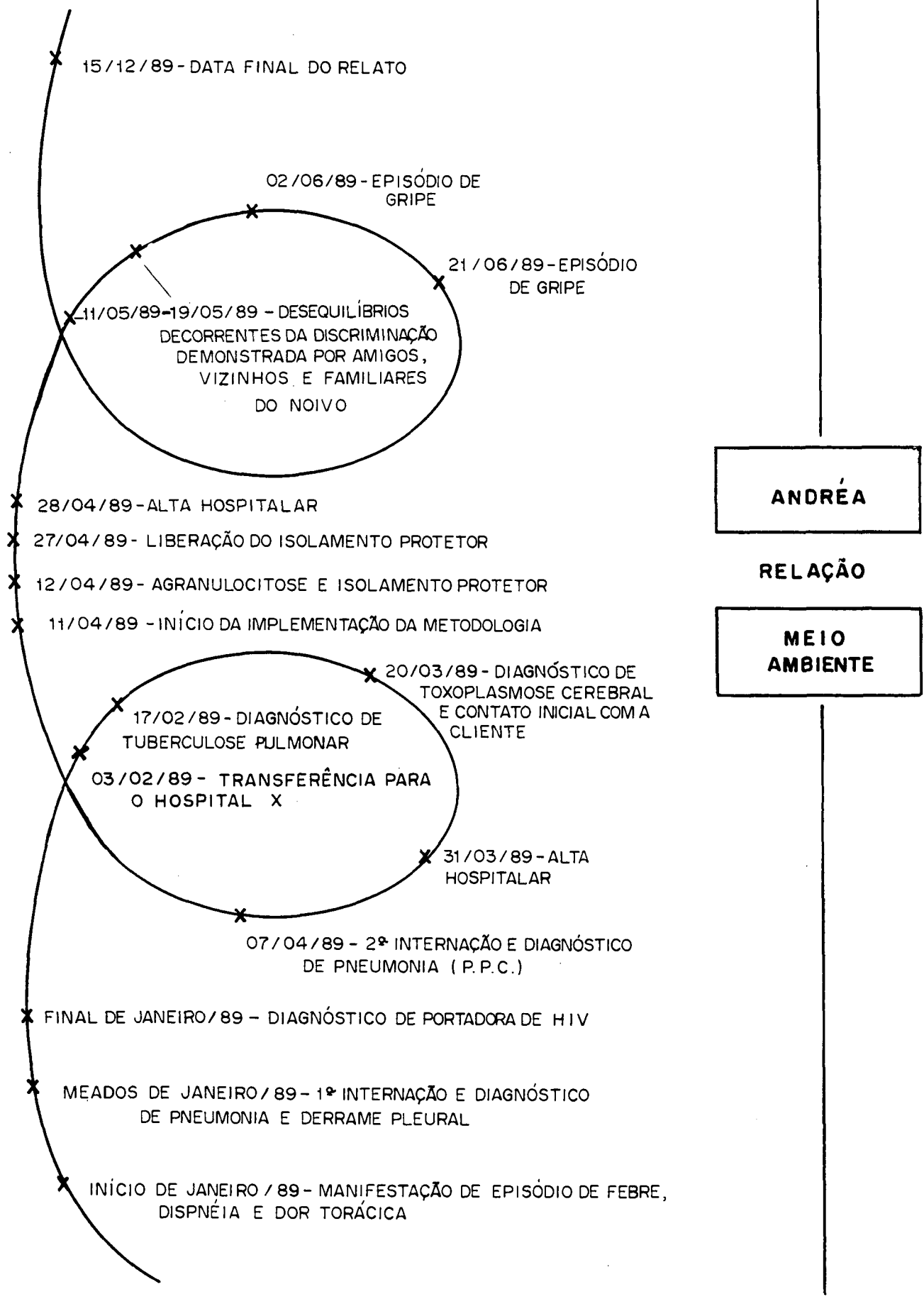
PROCESSO TERAPÊUTICO

Desde o meu encontro inicial com Andréa, venho acompanhando a evolução do seu processo vital (ver Figura 8). Todavia, para efeito deste trabalho, resolvi estipular uma data, 15/12/89, onde finalizo o atendimento. Considerando a data estipulada, acompanhei a cliente por um período de aproximadamente oito meses, que foi dividido em período de internação (18 dias) e período após a internação (231 dias). Essa divisão ocorreu em função destes períodos terem sido marcantes na evolução do processo vital de Andréa, bem como de termos evidenciado interferências dissonantes na sua relação com o meio hospitalar. Durante o período da internação meus encontros com a cliente foram diários (segundas a sextas-feiras), numa média de 4 horas por dia. Após a internação passaram a ocorrer semanalmente (2 a 3 horas), além de contatos por telefone.

PERÍODO DA INTERNAÇÃO: 11/04 a 28/04/89

Iniciei a coleta de dados no primeiro dia, conforme roteiro proposto (ver pág. 107). Andréa me relatou descontraidamente a história do seu processo vital, seus sentimentos e emoções acerca da vida, doença e morte. Em determinados momentos se emocionou e chorou. Enquanto eu ouvia, detectava as manifestações do padrão do seu campo de energia, as relações estabelecidas com o seu "eu", com as pessoas do seu campo ambiental e as interferências dissonantes existentes (ver sinópsse dos dados, anexo 4). Assim, percebi as manifestações desarmônicas do padrão do seu campo de energia, com destaque para as do padrão psicológico. Dentre as manifestações do

FIGURA 8 - ESQUEMA DO PROCESSO VITAL DE ANDRÉA



padrão fisiológico encontravam-se diminuição do apetite, emagrecimento (10 Kg), queda de cabelos, constipação intestinal, insônia, dispnéia aos esforços, tosse matinal com expectoração fina e mucóide, dor no hemitórax direito às inspirações profundas, vertigens, cefaléia frontal, amenorréia há 2 meses e desequilíbrio locomotor. Em se tratando das manifestações do padrão psicológico e espiritual, se destacavam traços desarmônicos de personalidade, solidão, depressão, medos e inseguranças em relação ao sofrimento, à dor, aos episódios de febre, à queda dos leucócitos, à morte e morrer sozinha e incapacidade de manifestar a sua espiritualidade. Neste dia dialogamos sobre terapias alternativas e optamos pela técnica de visualização. Orientei-a detalhadamente sobre a técnica e regiões a serem abordadas e forneci textos sobre a mesma. Implementamos, a seguir, esta técnica apoiada em musicoterapia e orientada para o redirecionamento do curso rítmico do seu campo de energia, com ênfase nas regiões do cérebro, pulmão e sistema imunológico.

No dia seguinte, ou seja, dia 12 daquele mês, ao me aproximar do posto da unidade, fui informada por alguns profissionais da equipe de saúde, ali reunidos, que Andréa estava em isolamento protetor em decorrência de seu hemograma ter acusado uma contagem de leucócitos de 500 p. mm/3, evidenciando uma queda de 1.200 p. mm/3 em relação ao dia da internação (ver gráfico 1, pág. 148). Deste modo, haviam discutido sobre a viabilidade da continuação do meu atendimento à cliente. Entretanto, a pedido desta, optaram pelo prosseguimento da implementação da assistência de enfermagem com base no modelo do ser humano unitário. Passei, a partir daí, a entrar no quarto de Andréa paramentada (gorro, máscara, avental e propé). Detectamos naquele dia uma alteração para melhor no padrão de sono e alimentar. A cliente referiu que a técnica da visualização a havia

deixado mais relaxada e que o diálogo do dia anterior a ajudou a "colocar para fora as coisas que lhe estavam pesando". Busquei fortalecer as convicções da cliente na sua recuperação e conscientizá-la da sua responsabilidade no processo saúde-doença. Orientei-a sobre alimentação e hidratação adequadas, incluindo alimentos que favorecessem a eliminação intestinal, sobre o processo saúde-doença da AIDS, sistema imunológico e fatores que interferem no seu funcionamento. Discutimos os textos sobre a técnica da visualização. Conversei com a nutricionista acerca da constipação intestinal da cliente e as possibilidades de inclusão na dieta de alimentos ricos em fibras. Iniciamos a seguir, a etapa de diagnóstico, onde detectamos as interferências dissonantes e traçamos meta e objetivos a serem alcançados (ver sinópse dos dados, anexo 4). Embora o diagnóstico já houvesse sido elaborado mentalmente por mim, era necessário que, através do diálogo, ele surgisse da própria reflexão da cliente. Finalizando, desenvolvemos a técnica da visualização, tendo a cliente referido se sentir mais relaxada e tranquila. As medicações prescritas naquele dia eram: cetoconazol 1 com. 12/12 horas V.O. (antifúngico), norfloxacino 1 comp 12/12 horas V.O. (antibiótico de amplo espectro), monoclórídato de metoclopramida 1 amp. E.V. (antiemético), sulfametoxazol-trimetoprima 1 comp. 12/12 horas V.O. (antibiótico de amplo espectro), ácido folínico 1 amp. E.V. (limita a ação da enzima folatoredutase), e pirimetamina 25 mg V.O. (anti-*Toxoplasma gondii*). Notei que, em relação a prescrição do dia anterior, houvera diminuição da dosagem de sulfametoxazol-trimetoprima e suspensão da sulfadiazina, por serem incompatíveis com a agranulocitose apresentada pela cliente. Contudo, a cliente ainda continuava a fazer uso de pirimetamina, cujos efeitos colaterais são leucopenia, trombocitopenia e anemia.

No dia 13 daquele mês, o resultado do hemograma colhido no dia anterior acusou uma diminuição na contagem dos leucócitos (200 p. mm/3). A prescrição médica se alterou e a cliente passou a fazer uso somente de cetoconazol 1 comp. 12/12 horas V.O., norfloxacino 1 comp. 12/12 horas V.O. e dieta cozida. Andréa se encontrava ansiosa e preocupada com o resultado do exame. Relatou-me que alguns profissionais omitiram a taxa dos leucócitos, quando lhes perguntou pela manhã e que um deles havia revelado ao seu noivo o resultado e lhe dito que fosse se preparando para o pior, pois o seu estado de saúde estava se agravando. A cliente demonstrou revolta ao verbalizar o acontecimento e me pediu para não comentar que seu noivo havia lhe revelado, pois poderia ser proibido de visitá-la. Apontou os medicamentos pirimetamina, tuberculostáticos e sulfametoxazol-trimetoprima como responsáveis pela acentuada queda de seus leucócitos, demonstrando insegurança quanto ao tratamento que vinha recebendo. Oportunizei a verbalização dos medos e inseguranças da cliente, busquei fortalecer as convicções da cliente acerca do seu processo de recuperação e reforcei as orientações dadas anteriormente. Em contato com o noivo de Andréa coletei dados, orientei-o sobre o processo saúde-doença da AIDS, com ênfase na prevenção e no apoio familiar como fator importante na recuperação da cliente. A seguir, desenvolvemos as técnicas de visualização com a cliente e de relaxamento com seu noivo. Detectamos, naquele dia, uma melhora do apetite, do sono e da função intestinal.

No dia seguinte, encontrei Andréa muito ansiosa. A sua expressão facial evidenciava profundo abatimento em função de grandes olheiras. Sua fala era lenta, seu tom de voz baixo, refletindo o cansaço sentido pela cliente em decorrência de não ter dormido à noite. Os acontecimentos do dia anterior fizeram com que Andréa se

confrontasse com a concretude de sua morte. Este fato a deixou muito ansiosa e sentiu um imenso medo de morrer sozinha, de se deparar com um cliente, seu amigo, que havia falecido no quarto ao lado, com "fantasmas". Assim, o medo fez com que o ambiente hospitalar se transformasse numa "casa mal-assombrada". Solicitou algumas vezes a presença do pessoal da unidade, pedindo que deixassem a porta aberta e foi com alívio que viu o dia clarear e ouviu a movimentação do pessoal. Queixou-se de solidão, tendo esta se acentuado após ter entrado em isolamento, pois raramente era visitada pelo pessoal do hospital. Após o relato da cliente, a estimei a refletir sobre os seus medos e inseguranças ligados à morte, doença, ambiente hospitalar e a seus efeitos no seu processo de recuperação. Induzi também a sua reflexão sobre a doença como processo de aprendizagem e experiências, bem como o resultado das relações desarmônicas com o seu "eu" e com o meio ambiente. Desenvolvemos a técnica de visualização e a deixei dormindo.

Na segunda-feira encontrei Andréa com boa disposição de ânimo, em companhia de sua mãe. Desejava se recuperar e voltar para casa o mais breve possível. Relatou-me que havia apresentado uma crise emocional no domingo à tarde, após a visita do noivo e por indicação médica estava fazendo uso de sonífero. Embora ciente dos efeitos colaterais deste medicamento, Andréa não conseguiu recusá-lo e assim dormiu toda a noite. Estava animada com o aumento da contagem dos leucócitos (1300 p. mm/3), evidenciado no exame realizado no dia 14 daquele mês, e ao mesmo tempo preocupada com o fato de logo voltar a fazer uso dos tuberculostáticos. Dialogamos as três por longo período de tempo, onde pude coletar novos dados e assim compreender melhor a relação estabelecida entre a cliente e seus familiares. Aproveitei a oportunidade para orientar sua mãe sobre o pro-

cesso saúde-doença da AIDS, a importância de uma visão mais positiva em relação à doença e o apoio familiar como fator importante na recuperação da cliente. Estimulei Andréa a refletir sobre os efeitos colaterais dos soníferos em seu organismo e sobre a necessidade de combater a sua aversão em relação aos tuberculostáticos. Iniciei a desenvolver terapia ocupacional (tricô) com a cliente, após termos detectado, no dia anterior, a necessidade sentida por ela de se ocupar. Posteriormente, desenvolvemos as técnicas de visualização com a cliente e de relaxamento com sua mãe. Ressalto aqui que os diálogos mantidos com os membros da família e noivo de Andréa, sempre ocorreram em sua presença, evitando deste modo, estimular a imaginação e desconfiança da cliente.

No dia 18 daquele mês, a cliente se apresentou com a expressão facial abatida, sonolenta. Falava pausadamente, em tom de voz baixo, parecendo fazer um grande esforço. Detectamos uma menor disposição de ânimo, falta de apetite, sonolência, depressão, e o início de uma reação alérgica. A partir de nossas reflexões, constatamos que, após o uso do sonífero, a cliente havia apresentado uma queda significativa do seu estado geral. A contagem de leucócitos, realizada no dia 16, por sua vez, acusava também uma queda (1.000 p. mm/3). Assim, naquele dia, resolvi conversar com a cliente de maneira mais firme e objetiva. Evidenciei a sua atitude passiva diante do tratamento e as consequências desta no seu processo de recuperação. Busquei conscientizá-la sobre os efeitos colaterais do sonífero em seu organismo. Andréa demonstrou estar consciente, entretanto, tinha medo de ficar sozinha à noite em seu quarto. Deste modo, me propus a desenvolver a técnica de relaxamento à noite, caso não conseguisse dormir. Abordei a questão da espiritualidade, procurando estimular a reflexão da cliente acerca desta questão e evidenciei

a importância de desenvolver a sua capacidade de amar, ter fé, confiar e perdoar. Estimulei-a a orar, visando harmonizar o seu campo energético, especialmente quando sentisse medo e insegurança. Estimulei-a também a fazer uma auto-análise e a identificar os traços desarmônicos de sua personalidade. Andréa, após uma reflexão, colocou que era egoísta, agressiva, incompreensiva, exigente, insegura, pessimista, impulsiva, impaciente e não tolerava ser contrariada. Assim, evidenciei a necessidade dela empreender esforços para o seu auto-aprimoramento, visando harmonizar cada vez mais o seu campo de energia. A seguir, desenvolvemos terapia ocupacional e visualização. Antes de me despedir da cliente, falei-lhe sobre a necessidade de realizar a técnica de visualização três vezes ao dia. Andréa concordou e disse que iria pedir para que lhe trouxessem o seu gravador. Então, prometi-lhe uma fita cassete contendo as músicas que gostava, para que auxiliasse na realização daquela técnica. Ao deixar o quarto da cliente, conversei com o médico sobre a amenorréia da cliente a 2 meses e sobre a alergia. Ele apontou a alergia como medicamento-sa e resolveu solicitar um plano-teste. Andréa, até então, vinha fazendo uso de cetoconazol 1 comp. 12/12 horas V.O., norfloxacino 1 comp. 12/12 horas V.O. e um sonífero à noite.

Notei, no dia seguinte, uma significativa mudança no comportamento de Andréa. Evidenciava uma grande disposição de ânimo para reorganizar o curso rítmico do seu processo vital. Sua expressão facial refletia alegria, seus olhos brilhavam, seus músculos faciais pareciam descontraídos e sorria com frequência. Demonstrou durante o diálogo estar conscientizada dos efeitos do seu comportamento anterior em seu campo energético. Revelava um padrão de pensamento, de sentimentos e emoções positivas. Conseguira permanecer sozinha e dormir à noite sem auxílio do sonífero. Fizera visualização e orara,

tendo iniciado logo um sono tranquilo e profundo. Naquele dia, Andréa manifestou o desejo de conversarmos sobre a questão da morte. Assim, dialogamos um longo período acerca das crenças e valores ligados à morte. Estimulei a cliente a refletir sobre os medos e inseguranças em relação à doença, morte e sua permanência fora do ambiente hospitalar. Desenvolvemos também a técnica de visualização. Antes de sair, avisei a cliente de que no dia seguinte não poderia encontrá-la no horário estabelecido, pois tinha compromisso na Universidade. Entretanto, passaria no final da tarde para vê-la e lhe trazer a fita que prometera. A prescrição médica daquele dia passou a conter somente o sonífero, embora a cliente não estivesse fazendo uso do mesmo.

No final da tarde do dia 20 daquele mês, dirigi-me ao hospital para ver Andréa e entregar-lhe a fita. Não pretendia entrar em seu quarto, pois estava sem uniforme. Contudo, ao me aproximar do quarto da cliente, esta apareceu na porta e ao me ver disse que precisava muito falar comigo. Pelo vidro pude ver que Andréa estivera chorando. Deste modo, vesti o avental, coloquei máscara e entrei. A cliente iniciou o diálogo contando que o noivo viera visitá-la e já retornara para sua cidade. Disse que estava cansada de ficar presa, sentia muita solidão e se preocupava com o noivo e com os seus familiares. Naquele momento, Andréa começou a chorar. Permaneci em silêncio, procurando transfundir-lhe energias. A seguir, procurei mostrar-lhe que aquele isolamento era temporário e que logo poderia retornar para junto dos seus familiares. Ressaltei os progressos alcançados por ela, a aprendizagem obtida através da sua vivência em relação àquele processo. Andréa, naquele instante, falou que queria tanto viver. Disse-lhe que o desejo de querer viver era fundamental para o seu restabelecimento, mas que precisava lutar e assumir a

parcela de responsabilidade que lhe cabia no seu processo saúde-doença. Evidenciei o carinho que recebia do noivo e dos familiares, enquanto muitos na mesma situação eram rejeitados. Reconhecia ser difícil a situação vivenciada por ela, mas acreditava na sua capacidade para superá-la. Dando prosseguimento, conversamos sobre as suas crenças e a sua fé em Deus. Andréa parou de chorar e referiu estar se sentindo melhor, após o desabafo. Falei que chorar e colocar para fora as angústias a ajudaria a se sentir melhor e mais aliviada. A cliente mostrou o rádio-gravador que o noivo trouxera e aproveitei para entregar a fita cassete. Perguntei se estava mesmo se sentindo melhor, tendo a cliente respondido que sim. Disse que precisava ir e despedimo-nos. Antes de sair, Andréa perguntou se eu voltaria no dia seguinte. Respondi que sim, no horário estabelecido. Ao verificar o prontuário da cliente, observei que a contagem de leucócitos, realizada naquele dia, registrava outra queda (800 p. mm³).

A partir do dia 21 daquele mês, detectamos uma melhora progressiva do estado geral da cliente. Andréa mostrava-se cada vez mais participativa e interessada no seu processo de recuperação. Esforçava-se para manter um padrão de pensamento, sentimentos e emoções mais harmônico. Apresentava uma alteração para melhor do padrão alimentar, de eliminação e de sono e uma melhora gradativa da reação alérgica. Contudo, ainda apresentava dor no hemitórax direito às inspirações profundas e dispnéia aos médios esforços. Desde o dia 19, Andréa não fazia uso de qualquer tipo de medicamento.

No dia 24, resolvemos dar uma caminhada até o jardim do hospital. Como Andréa ainda continuasse em isolamento protetor, pedi-lhe que vestisse o avental e usasse máscara. No jardim, a cliente apontou uma "gruta" e convidou-me para ir conhecê-la. Na "gruta", oramos e senti que deveríamos iniciar a técnica de imposição de

mãos, o que foi concordado pela cliente. Após o desenvolvimento daquela técnica, a cliente referiu que, durante a mesma, sentiu uma sensação de calma, de paz e uma energia muito forte penetrar todo o seu corpo. Ao retornarmos para o quarto, Andréa colocou que não havia se cansado muito com a caminhada. A seguir, desenvolvemos a técnica de visualização e nos despedimos.

Detectávamos uma acentuada melhora do estado geral da cliente. Tendo esta melhora sido notada por vários elementos da equipe e comentadas durante os diálogos mantidos comigo. Continuamos a desenvolver diariamente as técnicas de visualização e de imposição de mãos, além dos objetivos traçados (ver sinopse dos dados, anexo 4).

No dia 26 daquele mês, o resultado do hemograma acusou um aumento da contagem das hemácias (3.500.000 p. mm) (ver gráfico 2, pág. 149) e dos leucócitos (2.700 p. mm³) (ver gráfico 1, pág. 148). Andréa estava radiante, não só pelo resultado como também por ter saído do isolamento. A partir das nossas avaliações sobre o processo terapêutico, detectamos que o desenvolvimento das técnicas de visualização três vezes ao dia e de imposição de mãos, somadas à predisposição da cliente de se recuperar, produzia uma maior harmonia em seu campo de energia. Esta harmonia era traduzida por uma maior energização do seu corpo físico, sensação de bem estar geral, paz interior, otimismo, coragem, confiança, melhora do apetite e do sono, e maior potencialização do sistema imunológico. Naquele dia, Andréa iniciou a fazer uso do sulfametoxazol-trimetoprima 2 comp. V.O. de 12/12 horas, tendo sido orientada para visualizar este medicamento agindo em benefício do seu organismo, sem produzir efeitos colaterais.

No dia 28 daquele mês, após 18 dias de internação, Andréa teve alta. Estava alegre e demonstrava estar confiante de que conseguiria superar as dificuldades que porventura pudessem ocorrer. Havíamos trabalhado bastante os seus medos e inseguranças em relação à sua permanência em casa. Evidenciei que ela era capaz de continuar a desenvolver os objetivos traçados e que nos veríamos em seus retornos ao ambulatório. Entretanto, caso precisasse de mim, ligasse. Andréa chorou ao se despedir. Mostrei-lhe que confiava nela e estava certa de que se sairia muito bem. Assim, ela saiu acompanhada da mãe e do noivo.

Durante o período da internação foram desenvolvidas ações terapêuticas com a mãe e noivo da cliente, bem como avaliações diárias do processo terapêutico com a cliente.

PERÍODO APÓS A INTERNAÇÃO: 29/04 a 15/12/89

Neste período os encontros com Andréa ocorreram semanalmente, nos dias de retorno ao ambulatório. A cliente, ao sair de alta, ainda apresentava dispnéia aos médios esforços e dor no hemitórax direito às inspirações profundas. Fora descartada a hipótese de uma gravidez. Fazia uso de sulfametoxazol-trimetoprima 1 comp. V.O. de 12/12 horas.

Durante a primeira semana após a alta hospitalar, Andréa se apresentou insegura, me ligou várias vezes solicitando a minha presença nos seus retornos. Desejava continuar a implementação do modelo de assistência em questão e assim exercitava em casa os objetivos traçados e realizava a técnica de visualização três vezes ao dia. Sempre que entrava em contato com ela, procurava fortalecer a

sua auto-confiança em relação às suas potencialidades para redirencionar o curso rítmico do seu processo vital.

O primeiro encontro evidenciou que com a alta, grande parte das interferências impostas pelo meio hospitalar deixaram de existir. Andréa registrava um aumento de peso (ver gráfico 3, pág. 145), demonstrava maior auto-confiança, disposição e ânimo para estabelecer uma relação mais harmônica com o seu 'eu' e com o meio ambiente. Esta disposição se refletia tanto em sua fala, como na sua expressão facial e modo de se vestir. Relatou estar fazendo uso de chás, vitamina C, óleo de alho, própolis e mel, segundo orientação de sua irmã. Tais substâncias foram aprovadas pelo médico e por mim. Reforcei as orientações dadas anteriormente e desenvolvemos a técnica de visualização e imposição de mãos.

Nos encontros posteriores pude detectar, através dos dados coletados com Andréa, noivo, irmã e mãe, que a relação da cliente com seus familiares ocorria de forma mais harmônica. Tendo seus familiares e noivo notado uma grande mudança no comportamento da cliente.

Durante o primeiro mês que se seguiu à alta, Andréa verbalizou insegurança por estar longe do ambiente hospitalar, mas ao mesmo tempo não desejava voltar a se internar. Queria se fortalecer e lutar para ter uma boa qualidade de vida. Tinha o apoio incondicional dos familiares e do noivo e este aspecto se constituía em um estímulo importante para continuar a lutar. Aos poucos começou a fazer caminhadas, sair para fazer compras e passeios com o noivo. Iniciou, assim, a sofrer discriminação por parte de alguns familiares do noivo, vizinhos e amigos. Percebia o olhar insistente das pessoas e ouvia comentários a seu respeito. Alguns diziam: "Como aquele rapaz pode continuar a namorar aquela aidética?". Outros diziam: "Será

que ela tem mesmo AIDS? Não está magra". Dentre outros comentários como: "Será que ela vai morrer? Coitadinha, é tão jovem". Por outro lado, a mãe e a irmã de seu noivo começaram a tratá-la com descaso, procurando sempre abordar a questão da sua doença. Acentuando ainda mais a problemática, o dentista com quem se tratava há anos, se recusou a atendê-la quando ela lhe falou sobre o seu diagnóstico. Andréa sofreu muito com tais atitudes e ao verbalizá-la teve várias crises de choro. Iniciamos, deste modo, a trabalhar esta questão. Estimulei Andréa a buscar o auto-conhecimento, a perceber o seu crescimento interior, ocorrido em função da doença, a assumir de forma efetiva a sua condição de portadora da AIDS, tentando se aceitar, sem deixar de lutar e sem se auto-discriminar. Também era importante que Andréa tentasse compreender as limitações das pessoas, a ignorância acerca do processo saúde-doença da AIDS e consequentemente seus medos e inseguranças. Assim, orientei-a para que buscasse esta compreensão e não guardasse sentimentos desarmônicos em relação àquelas pessoas, mas sim que tentasse emitir sempre energias de amor e carinho em direção a elas. À medida que o tempo foi passando, as discriminações foram diminuindo, após a cliente ter demonstrado uma atitude de enfrentamento em relação às mesmas.

Outro aspecto que frequentemente corroborava para o medo, insegurança e crises de choro da cliente eram as notícias sobre a morte de amigos com AIDS. Todavia, estes comportamentos deixaram de se evidenciar, na medida em que a cliente passou a compreender que não existe doença e sim doentes. Deste modo, cada ser humano reage frente a uma determinada situação de forma única e diferenciada. Neste mês, Andréa menstruou, após longo período de amenorréia.

A partir do mês de junho, Andréa já evidenciava a capacidade de detectar as interferências surgidas e implementar ações para

extinguí-las. Fui notando, a cada semana, que Andréa se tornava independente dos meus cuidados. Discutia com o médico o seu tratamento e solicitava exames quando julgava necessário. Estes fatos eram motivos de brincadeiras por parte do médico e ao final das consultas nos dizia, com um sorriso maroto: "Continue com o sulfametoxazol-trimetoprima e com as terapias da Alcione, que está indo muito bem". Posteriormente, forneci diversos livros sobre AIDS e sobre assuntos ligados ao desenvolvimento de suas potencialidades e a busca de uma melhor qualidade de vida, que foram lidos pela cliente e discutidos por nós. A cliente passou a auxiliar sua mãe na venda de roupas e nas atividades domésticas. Ainda no mês de junho, Andréa apresentou dois episódios de gripe, que foram superados sem grandes inseguranças.

Durante o mês de julho a cliente não apresentou qualquer queixa. Referiu sentir-se bem e continuava a auxiliar sua mãe na venda de roupas e nas atividades domésticas.

No mês de agosto, daquele ano, nossos encontros passaram a ocorrer quinzenalmente. Os dois resultados de hemogramas, realizados durante o mês, indicavam uma queda na contagem dos leucócitos (3.400 p. mm/3 e 2.900 p. mm/3). Em avaliação com a cliente, fiquei sabendo que ela não estava realizando as visualizações como fora orientada, pois estava se sentindo bem. Por outro lado, com o maior espaçamento entre os nossos encontros, ocorreu a diminuição do desenvolvimento da técnica de imposição de mãos. Embora estes fossem fatores importantes a serem considerados, não poderia afirmar com certeza serem eles as causas daquelas quedas. Contudo, se constituiu em um sinal de alerta para Andréa perceber que a luta deveria ser uma constante em sua vida.

As ações terapêuticas foram retomadas e orientei-a para que buscasse desenvolver regularmente a técnica de imposição de mãos em sua cidade. No mês de novembro, o resultado do hemograma voltou a registrar uma elevação na contagem dos leucócitos (3.100 p. mm³).

Atualmente, nossos encontros se fazem mensalmente. Andréa não apresenta nenhum sinal ou sintoma indicativo de AIDS. Vem seguindo uma dieta de emagrecimento pois está com 6 Kg acima do seu padrão de peso. Sua relação com o seu "eu" e com o meio ambiente se faz com maior harmonia. Em se tratando da relação com o seu pai houve sensível melhora. A cliente evidencia em sua fala uma maior compreensão e aceitação em relação ao comportamento anterior de rejeição do seu pai e ausência de qualquer sentimento desarmônico em relação a ele. Mantém diálogos e manifestam interesse e preocupação de um para com o outro. No momento, suas perspectivas para o ano de 1990 são de continuar vencendo a doença, de fazer vestibular junto com o noivo e de casar.

GRÁFICO 1
 DISTRIBUIÇÃO DA CONTAGEM DE LEUCÓCITOS p.mm³ DE ANDRÉA, NO PERÍODO DE 07/04 A 20/09/1989.

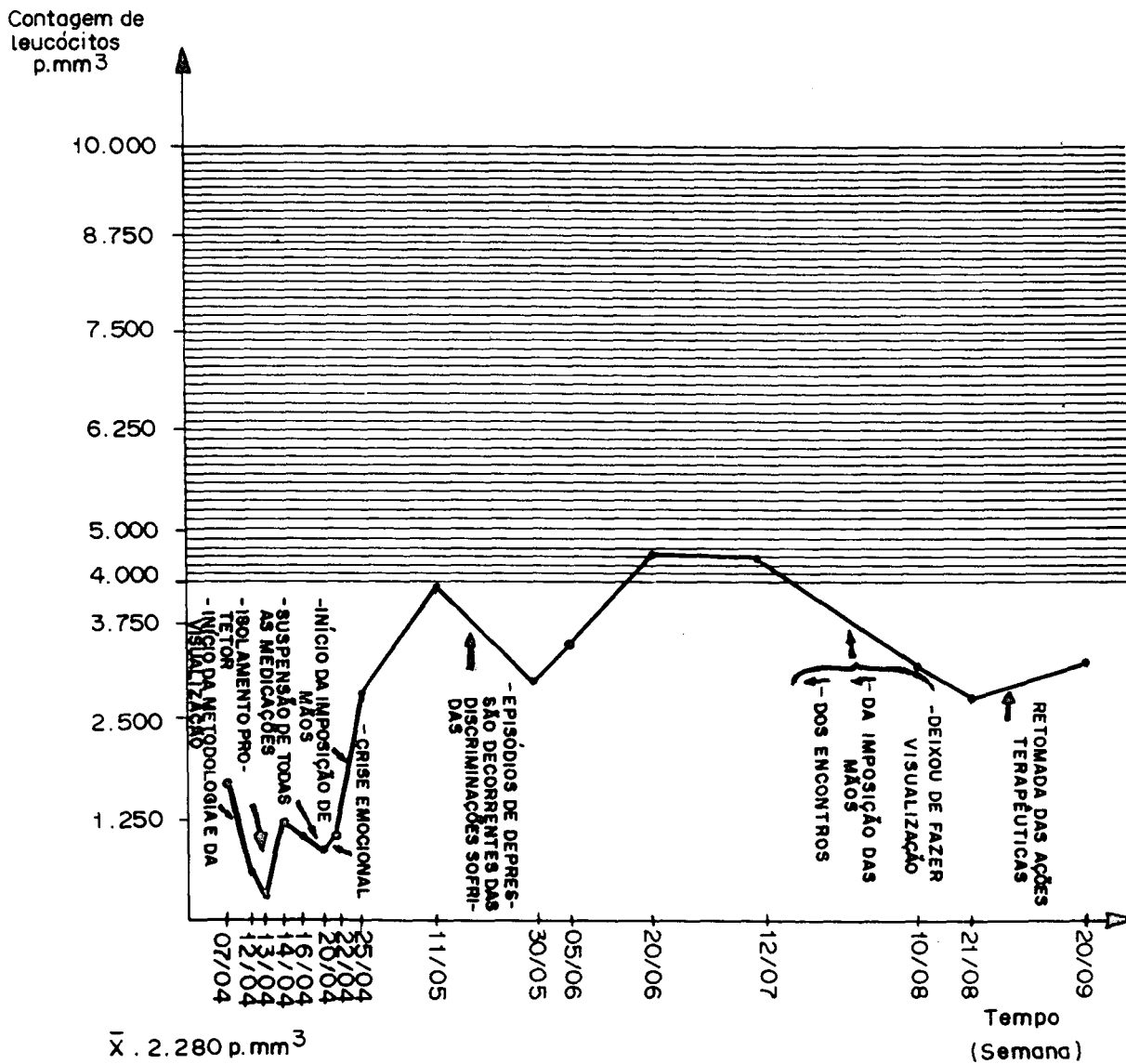


GRÁFICO 2

DISTRIBUIÇÃO DA CONTAGEM DE HEMÁCIAS p.mm DE ANDRÉA, NO PERÍODO DE 07/04 A 20/09/1989.

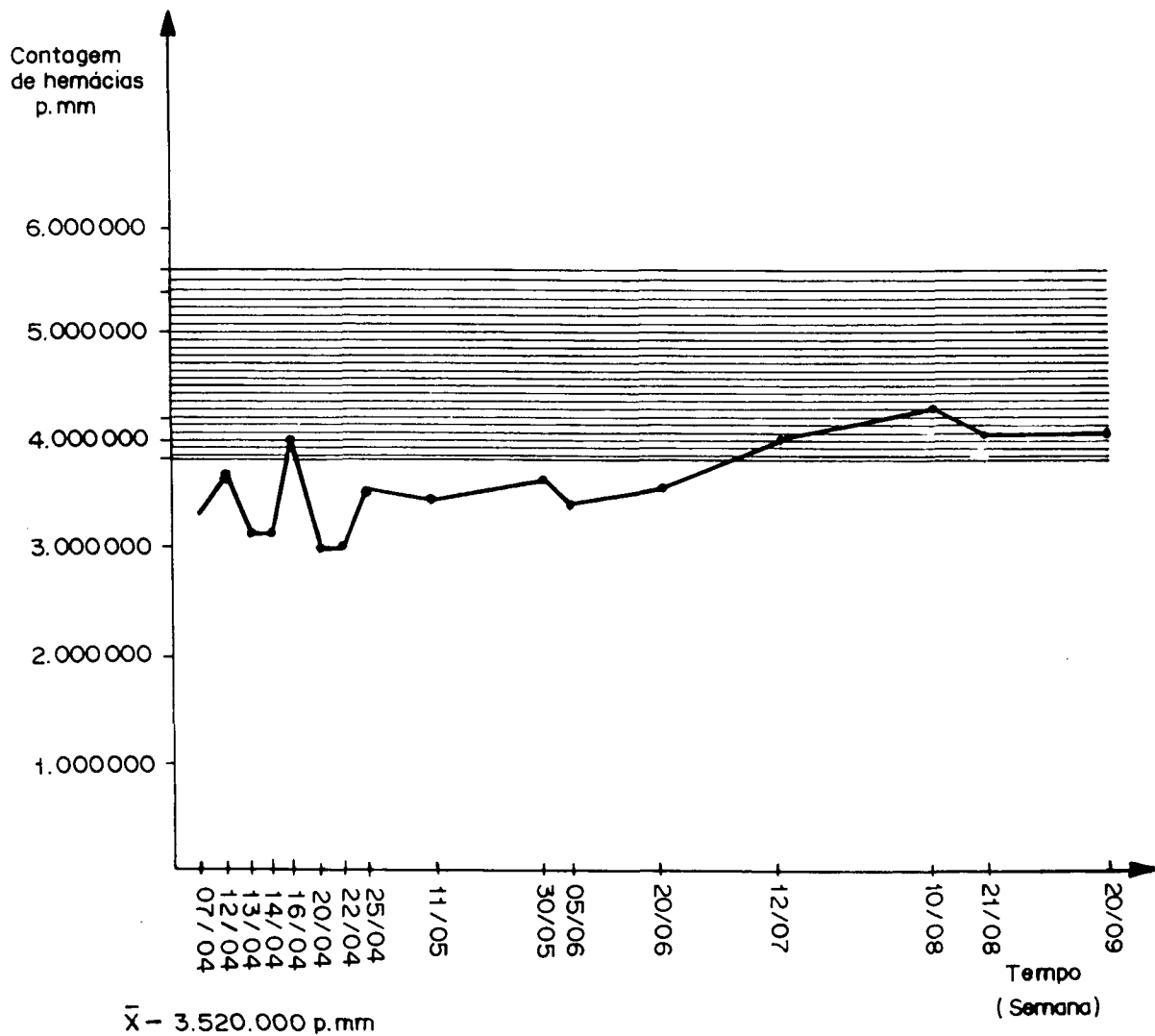
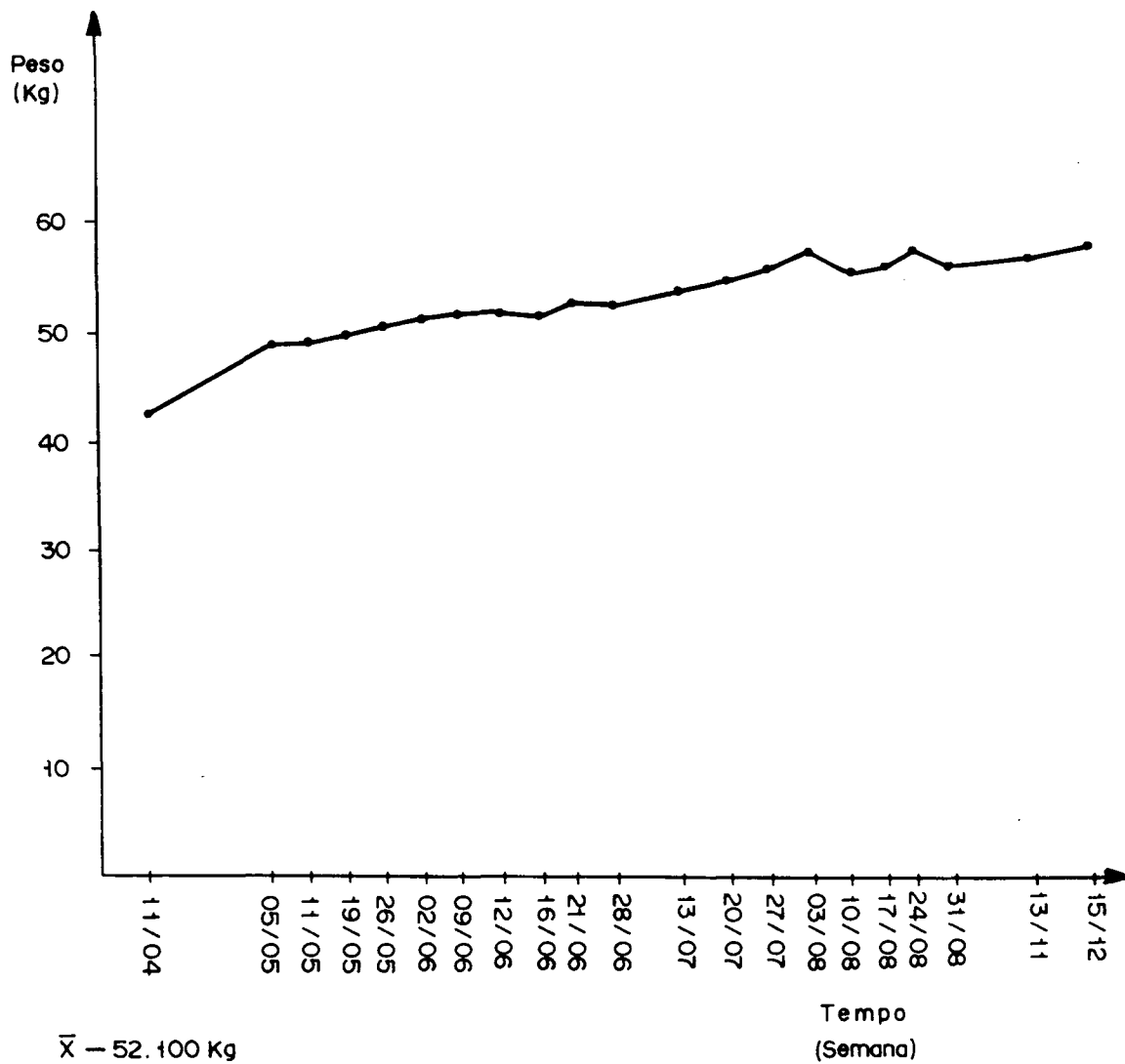


GRÁFICO 3

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DO PESO DE ANDRÉA, NO PERÍODO DE 11/04 A 15/12/1989.



MEU ENCONTRO COM DAVI

No período em que me encontrava na Instituição, deparei com Davi três vezes na sala da Chefia de Enfermagem (dispensei o tratamento "senhor" a pedido do cliente). Naqueles dias, presenciei o diálogo entre ele e alguns profissionais da Instituição que ali se encontravam. Embora não tivéssemos sido apresentados, pude detectar que Davi estava com AIDS e se encontrava em tratamento ambulatorial. Havia contraído esta síndrome através de uma transfusão sanguínea, quando realizara uma cirurgia cardíaca em São Paulo. Trabalhava com publicidade e demonstrava, ao falar, um grande domínio de conhecimento acerca da sua área profissional e do processo saúde-doença da AIDS. Interessava-se muito pela sua doença e coletava matérias sobre esta, recebendo inclusive artigos publicados nos Estados Unidos, por intermédio de seu filho que lá residia.

Davi se destacava pelo seu porte físico e pela desenvoltura com que colocava seus pensamentos. Caso não houvesse presenciado aqueles diálogos, jamais pensaria ser ele um portador da AIDS. Contava naquela época com 53 anos de idade, estatura grande (1,90 m) e um peso proporcional a sua altura (80 kg). Seus cabelos grisalhos, eram curtos, lisos e de textura grossa. Em sua face se sobressaía a pele clara, olhos grandes de cor castanho escura e o nariz grande e afilado. Posteriormente, pude verificar que usava "óculos de leitura", em virtude de presbiopia. Vestia-se com elegância e fazia-se sempre acompanhar de um chapéu de feltro e de uma bengala de madeira.

No dia 7 de abril de 1989, ao chegar no posto de enfermagem da unidade de internação, fui informada de que Davi se encontra-

va internado para receber uma infusão de anfotericina B e que teria alta no dia seguinte. Naquele dia, decidi propor a ele o desenvolvimento do trabalho em questão. Dois aspectos colaboraram para que eu fizesse tal opção. O primeiro, decorreu do fato de Davi residir em Florianópolis. O segundo aspecto foi devido a minha percepção de que com aquele cliente poderia desenvolver, com grande facilidade, uma efetiva assistência de enfermagem. Esta percepção se devia à elevada capacidade intelectual de Davi em relação aos clientes de um modo geral e ao grande domínio de conhecimento dele sobre a AIDS, o que detectei durante os diálogos mantidos entre ele e os profissionais da Instituição, atributos importantes para a participação efetiva do cliente nas diversas etapas do processo terapêutico. Assim, naquele dia, após me apresentar e explicar detalhadamente o tipo de trabalho a que me propunha, estabelecemos uma relação contratual verbal. Davi demonstrou grande interesse e contentamento por poder contribuir de alguma forma para que esse trabalho se concretizasse. Alertou-me que não seria muito fácil trabalhar com ele, pois era uma pessoa que tinha pontos de vista definidos e deste modo se esforçava ao máximo para que as pessoas os acatassem. Logo a seguir, iniciamos a coleta de dados e combinamos de nos encontrar semanalmente em sua residência, em dias a serem marcados por telefone, em função do trabalho de Davi.

PROCESSO VITAL DE DAVI

Davi nasceu na cidade de São Paulo, em uma família de origem italiana. O pai de Davi era "barbeiro" e a mãe cuidava da casa, dele e de um irmão mais novo. A condição financeira da família era precária e, deste modo, muitas vezes não tinham o que comer e vestir. Moravam em uma casa pequena de fundo de quintal, com a avó e uma tia com mais três filhos.

Aos seis anos de idade, Davi ficou órfão de mãe e seu pai contraiu novo matrimônio, do qual teve mais três filhos. Inicialmente, o relacionamento de Davi com a madrasta foi permeado de muitos conflitos. Entretanto, este relacionamento foi aos poucos melhorando, chegando a se tornar "excelente", visto que sua madrasta tratava a ele e a seu irmão com carinho, não os distinguindo dos seus filhos legítimos. O relacionamento com o pai, no entanto, sempre foi muito difícil. Isto porque, seu pai era bastante autoritário e distante. Um fator que corroborou para que este relacionamento piorasse ainda mais, ocorreu quando seu pai em um "lance de sorte" conseguiu montar uma "barbearia". A partir daí, Davi e os seus irmãos foram trabalhar com o pai. Brigas diárias passaram a ocorrer, pois seu pai não queria que eles estudassem. Achava o estudo uma inutilidade, perda de tempo. "Enquanto estudavam, os fregueses ficavam esperando e o dinheiro deixando de entrar". Desde então, a condição financeira de seu pai foi melhorando consideravelmente. Em uma certa época, seu pai comprou um grande terreno e construiu uma casa. O seu sonho era que seus filhos, ao se casarem, construíssem uma casa naquele terreno, próxima à dele.

O pai de Davi era diabético e, como não seguisse nenhum tratamento médico, apresentou inúmeras complicações, tais como: ce-

gueira, surdez e coma diabético, vindo a morrer de enfarte do miocárdio. Naquela época, Davi estava com aproximadamente vinte anos e cursava direito.

Ir à escola era para Davi um grande lazer e conseqüentemente passava lá quase todo o tempo disponível. Ocupou o cargo de presidente da Associação Paulista de Estudantes e na Universidade o de presidente do Centro Acadêmico de Direito. Considerava-se, naquela época, um militante político.

Davi conheceu sua esposa em um encontro político. Enamou-se à primeira vista e com a convivência detectou que havia entre eles uma grande afinidade. Casaram-se logo depois, visto que o seu primeiro filho já estava a caminho. Um ano depois veio o segundo filho. No ano seguinte o terceiro. Quando se decidiam por uma ligadura tubária ou uma vasectomia veio o quarto filho.

Os primeiros sete anos de casados foram muito difíceis para Davi e sua esposa. Naquele período ele abandonou o curso de direito, suas atividades políticas e foi trabalhar na "barbearia", pois tinha que prover materialmente sua família e ajudar a cuidar dos filhos. Posteriormente, optou por trabalhar em publicidade.

Após os sete anos de casados, iniciou a segunda etapa de suas vidas. As crianças foram para a escola e com isto aumentaram os gastos domésticos. Davi e sua esposa dividiram as tarefas. A ele coube a de prover materialmente a família e a ela de criar os filhos.

A partir desta segunda etapa, a relação entre Davi e sua esposa foi deteriorando sensivelmente. Segundo Davi, sua esposa vivia insatisfeita, visto que a vida tumultuada que levavam não correspondia às expectativas criadas por ela antes do casamento. Por outro lado, ela apresentava profundos problemas psicológicos decor-

rentes das pressões exercidas pelos pais na sua infância e adolescência. Um exemplo disto foi o fato de ter estudado piano durante 15 anos, por imposição de sua mãe, tendo após o casamento se recusado terminantemente a tocá-lo. A preocupação principal do pai dela era a de ganhar e economizar dinheiro. A mãe, por sua vez, apresentava "Psicose Paranóide". Viveu cerca de vinte anos trancada em seu quarto, com medo de que alguém a roubasse e o seu marido a matasse. Desse modo, Davi refere, em muitos momentos, ter-se preocupado com as atitudes da esposa, pois as achava estranhas.

O cliente, envolvido cada vez mais com o trabalho, passava a maior parte do tempo fora de casa, não dando a atenção devida à esposa e filhos, aspecto que ele diz ter sido um dos seus grandes erros. Entretanto, procurava sempre satisfazer todos os desejos materiais da esposa e dos filhos. Refere que, apesar de suas constantes ausências, sua relação com os filhos sempre foi boa.

Na época de seus filhos cursarem uma universidade, eles optaram por fazê-lo em outras cidades, afastando-se assim de casa. Afastamento que Davi aponta como fuga, em virtude do clima desarmônico existente em sua casa.

Davi refere ter sido uma pessoa saudável ao longo da sua infância e adolescência. Todavia, ao fazer o exame pré-nupcial, tomou conhecimento de que era diabético. Contudo, não deu atenção ao fato, não alterando assim a sua rotina diária. Dedicava-se muito ao trabalho, apontando-o como lazer e viajava com frequência à negócios. Seu dia a dia era repleto de atividades sociais. Almoçava e jantava quase sempre em restaurantes, acompanhando clientes. Considerava-se um profissional bem sucedido e conceituado pelos chefes e colegas de trabalho. Conseguia constantemente impor as suas idéias, a partir de argumentação bem consistente. Quando desejava algum bem

material, não pensava duas vezes, comprava e depois se preocupava como iria pagar. Naturalmente, esta atitude acarretava para Davi um constante estado de tensão. Sua esposa não concordava com a sua atitude, sendo isto um dos motivos de constantes brigas.

Por volta de 1962, Davi sofreu um acidente automobilístico, onde teve esmagamento do calcâneo, necessitando conseqüentemente de uma cirurgia, que teve de ser adiada por apresentar uma hiperglicemia, acima de 320 mg/dl. Este incidente também não fez com que Davi mudasse sua rotina diária. Deste modo, fazia somente uma dieta alimentar periodicamente, quando estava hiperglicêmico, voltando logo a seguir a sua rotina antiga.

Em torno de 1976, resolveu deixar de ser publicitário para ser empresário, perdendo com isto muito dinheiro, tendo inclusive de vender sua casa para pagar dívidas.

Em 1981, já com 46 anos, iniciou a sentir, esporadicamente, cansaço e dor precordial, que se irradiava para o braço esquerdo. Pensou se tratar de uma úlcera gástrica e assim iniciou a tomar anti-ácido. Estes sintomas foram evoluindo, até que em 1982 sofreu um enfarte do miocárdio. O exame de cateterismo cardíaco evidenciou isquemia de uma área cardíaca relativamente extensa e então submeteu-se a uma revascularização do miocárdio. Após recuperar-se da cirurgia, reiniciou a trabalhar. Apesar do aconselhamento médico para mudar sua rotina diária, Davi acabou se envolvendo cada vez mais com o trabalho, não seguindo também uma dieta alimentar. Conseqüentemente, em novembro de 1986 voltou a sentir os mesmos sintomas anteriores. O médico, desta vez, advertiu-o severamente. A partir das pressões da sua esposa, ele resolveu aposentar-se e mudar para uma cidade mais pacata. Como seu filho mais novo estudasse em Florianópolis e ele e a esposa passassem as férias aqui, optou por esta

cidade. Iniciou, naquela época, a fazer uso diário de vasodilatadores coronarianos, a controlar a alimentação, fazer caminhadas e exame médico periódico.

Em Florianópolis entrou em contato com pessoas de sua área profissional que já o conheciam e assim foi convidado a auxiliar na implantação de uma empresa. Aceitou o convite e foi aos poucos voltando a viver o mesmo ritmo de São Paulo.

Em 1988, cumprindo uma promessa feita há 30 anos, viajou com a esposa para a Europa. Nesta viagem iniciou a apresentar prurido e dor intensa na região cervical e dorsal. Posteriormente, cefaléia e lesões vesiculares na face, pescoço e região cervical. Como as dores se tornassem cada vez mais intensa, procurou um médico que diagnosticou herpes zoster. Fazendo uso de aciclovir (antivirótico) foi se mantendo até chegar ao Brasil. Aqui apresentou melhora das lesões e voltou a trabalhar.

Em junho daquele mesmo ano, Davi sentia-se debilitado e iniciou a apresentar febre, tosse, cefaléia, diarreia, vômitos, incoordenação motora, diplopia e perda de peso. Foi encaminhado pelos familiares a um hospital. Após exames, foi diagnosticado meningite por *criptococcus neoformans*. Logo a seguir, foi transferido para o Hospital X. Neste Hospital, o médico solicitou o teste Elisa, tendo o resultado sido positivo. Assim, o médico chamou sua esposa e deu o resultado a ambos. Davi, apesar de estar debilitado e febril, ficou muito abalado com a notícia. Permaneceu grande parte do segundo semestre de 1988 internado, não guardando lembranças muito nítidas daquele período. Teve alta dia 25 de dezembro daquele mesmo ano para passar o Natal com a família. Sentia-se ainda debilitado e estava bastante emagrecido, com 62 Kg, sendo o seu peso anterior de 120 Kg.

Davi refere que após o diagnóstico da AIDS sua vida desmoronou. A sua relação com a esposa que, já era bastante conflituosa, passou praticamente a inexistir. Apesar de sua esposa e filhos terem sido orientados sobre a doença e formas de contágio, Davi relata que, ao retornar a sua casa, passou a sofrer rejeição por parte dela. Assim, passou a dormir em quarto separado e usar um dos banheiros da casa. Todos os utensílios, tais como: prato, talheres, copo e outros, foram separados. Sua esposa passou a recusar-se a: cuidar de suas roupas, pertences, entrar em seu quarto, falar-lhe e tocá-lo. Posteriormente, ela viajou para São Paulo e encontravam-se em processo de separação judicial. Davi referiu sentir-se magoado com a atitude da esposa, que era de "verdadeira síndrome de contágio". Inclusive, não conseguia nem falar-lhe por telefone, visto que ela se recusava terminantemente. Com relação aos filhos, Davi disse não ter percebido nenhuma rejeição, eles continuavam lhe dando o apoio necessário.

Ao sentir-se melhor, Davi voltou a trabalhar, tendo sido bem recebido pela diretoria da empresa. Entretanto, não se sentiu confortável em ocultar a sua doença dos seus superiores. Deste modo, resolveu conversar com o médico que o tratava sobre o fato de revelar-lhes o seu diagnóstico. O médico, por sua vez, concordou com a idéia e se propôs a ir expor aos diretores da empresa o seu diagnóstico e orientá-los sobre o processo saúde-doença da AIDS. O cliente convocou uma reunião de diretoria e o médico acompanhou-o no dia marcado. Durante a reunião, Davi percebeu que eles ficaram chocados com a notícia. Apesar do médico ter-lhes explicado que não havia riscos de contágio pelo fato de Davi trabalhar na empresa, ele percebeu uma modificação no comportamento deles. Posteriormente, a diretoria convocou-o para uma reunião, onde eles prometeram dar-lhe

todo o apoio necessário. Contudo, estavam preocupados com as reações dos clientes e funcionários, quando soubessem do seu diagnóstico. Assim, eles sugeriram que Davi passasse a trabalhar em sua casa e os contatos poderiam ser feitos por telefone, através de um funcionário ou quando necessário ele iria até a empresa. Com este isolamento, Davi sentiu que os trabalhos de responsabilidade lhe foram retirados. Por outro lado, após a meningite percebeu que a sua capacidade para o trabalho sofreu uma acentuada redução, por não conseguir mais ser criativo, apresentar frequentes falhas de memória e cansar-se com facilidade. Consequentemente, levava dias para fazer um trabalho, que anteriormente realizava em oito horas e nas vezes em que se dedicou com afinco acabou sendo hospitalizado.

Com relação ao diagnóstico da AIDS, Davi refere ter sido este o maior golpe de sua vida, até mesmo porque não via razões plausíveis para ter contraído esta doença. Manteve, ao longo de sua vida de casado, alguns relacionamentos extra-conjugais, entretanto, a partir de uma análise retrospectiva dos últimos cinco anos, não conseguiu detectar qualquer possibilidade de contágio. Esteve com todas elas e estavam saudáveis, não tendo falado sobre seu estado para não chocá-las. Nunca usou drogas e nunca teve tendências homossexuais. Deste modo, a partir de uma análise em conjunto com o médico, a única possibilidade viável de contágio era a transfusão de sangue realizada durante a cirurgia cardíaca. Inclusive porque foram detectadas diversas pessoas com AIDS, que receberam transfusão sanguínea naquela época.

Davi sentia que a AIDS era uma doença muito desgastante e irreversível, um caminho sem volta que lhe acarretou inúmeras mudanças em suas crenças e valores acerca da vida. "Sempre foi um sonhador, vivendo em função do futuro". Sempre imaginou que todas as pes-

soas morrem um dia, mas nunca se colocou nesta perspectiva. A partir da doença, sentiu que os seus horizontes diminuíram muito. Antes tinha o futuro todo pela frente e não tinha pressa, porque se não realizasse hoje os seus planos, o faria no amanhã. Com a doença sentiu a morte próxima e, conseqüentemente, mudou o seu esquema de vida, não se preocupando mais com o tempo que lhe restava, mas sim com a qualidade da mesma.

Apesar de ter tido uma formação católica, nunca frequentou a igreja e nem mesmo quis batizar os seus filhos, porque quando crescerem eles o fariam se quisessem. Nunca gostou de rezar, porque acreditava ser esta uma atitude falsa, pois nem sempre era espontânea. Antes da AIDS, nunca se interessou pelo aspecto espiritual de sua vida. Somente tinha fé no seu trabalho, no seu esforço. Sempre foi muito persistente, teimoso ao extremo, principalmente quando estava convicto de que suas idéias eram corretas. Após a doença, tornou-se místico. Sentia que existia um ser superior que rege o mundo e a vida, cujo nome não importava e esta situação que estava vivenciando se consistia em uma provação. Frequentemente conversava mentalmente com uma "entidade superior", da qual recebia respostas para as suas dúvidas. Tinha certeza de que não se tratava de "coisas de sua cabeça", pois esta "entidade" lhe fornecia orientações que jamais chegara a pensar em toda sua vida. Para tanto, buscava lugares silenciosos, em contato com a natureza, onde este fenômeno fluia com intensidade. Para Davi estas conversas se constituíam em uma verdadeira terapia, sentia-se calmo, confiante e "magnificamente bem".

Davi afirmou possuir uma fé ferrenha na vida e se estava de pé, trabalhando, era devido a sua força de vontade de viver e do apoio que recebia das pessoas com quem convivia. Entretanto, referia estar preparado para enfrentar a morte e "a esperava com entusias-

mo", só não queria sofrer. Isto porque, a chama que sempre alimentou a sua vida foi os seus sonhos e agora estes sonhos eram difíceis de se realizarem, porque o seu futuro era a curto prazo.

Em se tratando da morte, Davi sempre acreditou que, com ela, tudo se acabava. Todavia, após a doença passou a ter sérias dúvidas e muitas vezes chegava a acreditar que existia vida após a morte, mas não se preocupava com isto, porque quando chegasse a hora saberia. Davi colocou que possuía desejos em relação a sua morte física. Primeiro, não queria velório, pois achava detestável este tipo de procedimento. Segundo, desejava ser cremado, por ser visceralmente contra a utilização de terrenos para os mortos e por acreditar ser este o procedimento mais civilizado. Terceiro, queria que as suas cinzas fossem jogadas no jardim da Vila Alpina. Davi sentia que este momento estava bem próximo e se estivesse certo não seria surpreendido, visto que viver uma vida sem surpresas era bem mais confortável.

PROCESSO TERAPÊUTICO

Desde o meu encontro inicial com Davi, que ocorreu no dia 7 de abril de 1989, acompanhei a evolução do seu processo vital até o dia 6 de novembro daquele mesmo ano. A interrupção deste acompanhamento ocorreu tendo em vista a impossibilidade de repadronizar o curso rítmico do seu processo vital nesta dimensão da vida. A apresentação do processo terapêutico, a seguir, foi dividida em dois períodos: 07 a 22 de abril e 09 de agosto a 06 novembro. Esta divisão foi devida ao fato de Davi ter permanecido o intervalo de tempo compreendido entre estes dois períodos, em São Paulo para tratamento

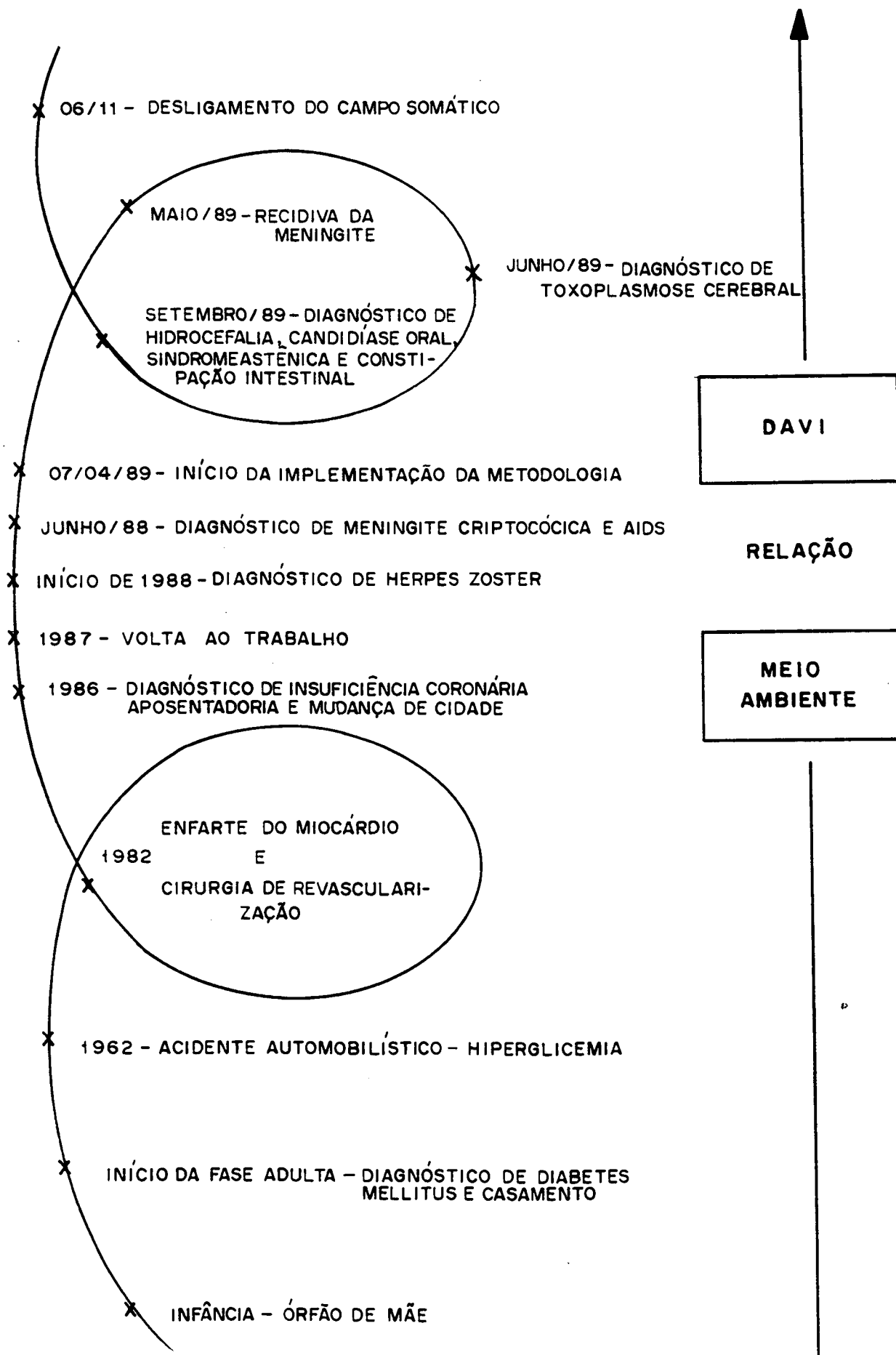
médico.

Período: 07 a 22/04/89

No primeiro encontro com Davi, encontrei-o sozinho em seu quarto. Parecia pensativo, solitário e um pouco deprimido. Ao propor a realização deste trabalho, Davi demonstrou animação e logo acomodou-se na cama para iniciarmos a coleta de dados. O cliente falou descontraidamente durante 2h e 45min, não dando demonstração de cansaço. Assim, pude conhecer grande parte da evolução do seu processo vital (ver figura 9).

Naquele dia, Davi havia se internado às 11:00 horas para receber uma solução de soro glicosado 5% - 250 ml, 21 - succinato sódico de hidrocortisona 50 mg (corticóide), dipirona sódica 2 ml (analgésico e antitérmico) e anfotericina B 50 mg (antibiótico e antimitótico). Entretanto, às 12h 20 min, a administração desta solução foi interrompida visto ter apresentado cefaléia intensa, tremores generalizados, hipotensão, taquicardia, dor precordial e muita dispnéia. Deste modo, quando encontrei Davi às 14:00 horas, ele ainda se sentia um pouco dispnéico. Segundo ele, desde o diagnóstico da meningite criptocócica passou a fazer uso de anfotericina B, com constantes reações a esta medicação. Em decorrência, a administração deste medicamento passou de diária para três vezes por semana, a seguir semanalmente e posteriormente a cada quinze dias. Contudo, esta reação vinha ocorrendo de forma cada vez mais intensa, tendo assim de ser interrompida. Em uma consulta com o cardiologista, tomou conhecimento de que a anfotericina B agia sobre o músculo cardíaco, provocando toda aquela sintomatologia e acarretando riscos para pes-

FIGURA 9 - ESQUEMA DO PROCESSO VITAL DE DAVI



soas cardíacas. Visando um maior controle, seu médico optou por interná-lo nos dias em que receberia esta medicação.

Além da anfotericina B, Davi vinha fazendo uso regular de cloridrato de diltiazem e mononitrato-5 de isossorbida (vasodilatadores coronarianos) em função da insuficiência coronariana, ácido fólico (inibe a ação da enzima folatoredutase), furosemida (diurético) para corrigir uma leve disfunção renal e hidróxido de alumínio (anti-ácido)

Davi referiu vir apresentando uma grande oscilação do seu estado psicológico. Com muita frequência preocupava-se com o seu estado de saúde e com os rumos que a sua vida tomaria. Esta preocupação, por sua vez, acarretava-lhe indisposição física, insônia, pesadelos e depressão. Preocupava-lhe muito a situação de conflito entre ele e a sua esposa e a sua incapacidade para o trabalho. Os frequentes lapsos de memória, sequela da meningite, o angustiavam. Deparava-se assim, com situações embaraçosas, quando ao conversar com pessoas se esquecia quem eram e do que estavam falando. Outras vezes, se esquecia do número do seu telefone, sendo que anteriormente considerava-se uma "agenda ambulante". Por outro lado, quando fazia suas caminhadas, em determinados momentos não sabia como retornar a sua casa. Conforme o cliente, estes lapsos de memória embora frequentes, ocorria durante um período de tempo muito pequeno, voltando logo a seguir a ter controle sobre a situação.

Pude verificar, naquele dia, que Davi conhecia grande parte do processo saúde-doença da diabetes mellitus e da AIDS.

Fazia dieta composta de muitas verduras, legumes, frutas, arroz e pão integral, leite, queijo e pouca quantidade de carne. Sua alimentação era preparada com pouco óleo e sal, tendo eliminado por completo o uso de açúcar. Caminhava diariamente cerca de 1 hora, ex-

tendendo este período durante os finais de semana. Entretanto, estava há uma semana sem exercitar-se por ter sofrido uma queda e sentir dor na região lombar. Quando se desligava dos problemas, dormia em média 8 horas por noite e repousava diariamente após o almoço durante uma a duas horas. Segundo Davi, suas eliminações intestinais ocorriam a cada dois dias e vesical a cada três ou quatro horas, principalmente pelo fato de ingerir muito líquido (1 1/2 a 2l por dia) e por ser diabético.

Naquele primeiro encontro, procurei ouvir Davi, pois sentia nele uma grande necessidade de falar sobre sua vida e sobre os seus problemas. Deste modo, após o período relatado anteriormente, sugeri que continuássemos a coleta de dados em outro dia, para que ele pudesse descansar. Despedimo-nos e Davi sugeriu que marcássemos o próximo encontro por telefone, quando ele estivesse com menos atividades.

No dia seguinte, sábado, Davi ligou-me após o almoço e perguntou se eu não gostaria de continuar, naquele dia, o nosso trabalho. Respondi que sim e me dirigi a sua casa. Davi recebeu-me com um sorriso. Vestia um abrigo de malha branca e caminhando devagar convidou-me a entrar e sentar.

A sala onde permanecemos inicialmente era espaçosa, decorada em estilo colonial, revelando um apurado gosto. Entre os móveis da sala, chamou-me a atenção o piano de sua esposa, que Davi me falara anteriormente. Perguntei-lhe como se sentia. Ele respondeu que bem melhor em relação ao dia anterior. Havia saído do hospital no período da manhã e estava se sentindo solitário e necessitava conversar com alguém. Referiu estar morando com o filho mais novo, a quem fui apresentada naquela tarde. Naquele dia, propus-me a ouvir Davi, deixando que ele dirigisse os rumos do nosso diálogo.

Davi convidou-me para conhecer o seu escritório, que ficava ao lado desta sala. Este escritório era o local da casa em que passava a maior parte do seu tempo. Pude perceber a organização dos materiais e livros dispostos na estante e na escrivaninha. Davi mostrou-me os seus livros, quase todos versando sobre sua área de atuação. Falou com entusiasmo sobre o seu desempenho profissional e sobre as atividades de seu interesse. Revelou que fazia poesias, sendo esta uma atividade que lhe dava grande prazer. Tive, naquele dia, a oportunidade de ler algumas de suas poesias e conhecer parte do seu trabalho.

A seguir, Davi mostrou todo o material coletado sobre AIDS e convidou-me a assistir uma fita de vídeo sobre esta doença. Conversamos algum tempo sobre o tema e Davi falou que não estava muito convencido de que a saliva e o suor não eram fontes de contágio. Preocupava-se muito com o fato de poder contaminar alguma pessoa e, deste modo, ele se auto-discriminava. Sua esposa e seus filhos haviam feito o teste Elisa, tendo o resultado dado negativo. Isto era para ele um motivo de alívio. Visando diminuir as suas preocupações acerca do contágio, havia contratado um dos funcionários da limpeza do hospital para limpar três vezes por semana o seu banheiro e cuidar dos seus pertences.

Posteriormente, Davi falou sobre o seu processo vital, desde sua infância, adolescência e da sua vida de casado. Percebi que, com o decorrer do nosso diálogo, o cliente parecia mais descontraído, rindo em determinados momentos. No final do encontro abordei alguns aspectos do trabalho em questão, dentre eles as metas, objetivos e terapias alternativas, prometendo-lhe uma cópia destas últimas. Despedimo-nos e marcamos o novo encontro para a quarta-feira seguinte, às 9:00 horas, em sua casa. Davi recomendou que lhe ligas-

se antes para confirmar.

No dia marcado, após confirmação, dirigi-me à sua casa. Davi ao me receber parecia tenso e preocupado. Propôs que conversássemos em uma salinha próxima ao seu escritório. Entreguei-lhe o material prometido. Davi agradeceu e falou que poderíamos conversar durante 1h 30min, pois deveria ir à empresa onde trabalhava. Perguntei-lhe como estava se sentindo. Davi respondeu que fisicamente bem, mas estava tenso pois sua esposa havia retornado de São Paulo para a audiência onde tratariam da separação. Entretanto, a forma como este processo se daria não estava ainda definida.

O cliente revelou estar muito angustiado com aquela situação, pois amava a sua esposa e não queria se separar. Pedi-me que conversasse com ela para saber quais eram os seus planos. Sem esperar resposta, Davi prosseguiu dizendo que havia cometido muitos erros, principalmente por não ter dedicado mais tempo a sua família. Por outro lado, o ritmo de vida que levava havia acarretado problemas sérios para a sua saúde e agora estava "pagando um preço muito alto por isso". Davi falou algum tempo, relembando fatos de sua vida de casado.

Naquele dia, havia pensado em detectar juntamente com Davi as interferências dissonantes existentes em seu processo vital para traçarmos às metas e objetivos a serem alcançados. Contudo, percebi que aquele não era o momento adequado, pois Davi estava tenso e a sua prioridade era a de resolver os conflitos com a sua esposa. Aceitei dialogar com ela, a fim de poder compreender melhor aquela relação e os conflitos existentes. Embora Davi não tivesse explicitado os seus interesses em relação àquele diálogo, percebi que ele desejava que eu a convencesse a não se separar. Sabia que estava me envolvendo em uma situação delicada, mas estava claro para mim que

não poderia me deixar guiar pelos sentimentos e que não deveria convencê-los a tomar decisões e sim estimulá-los à reflexão. Deste modo, coloquei para Davi as minhas intenções e a seguir sugeri a ele a realização da técnica de relaxamento, a qual foi prontamente aceita. Durante a aplicação da técnica, com o auxílio de música, percebi que Davi não estava conseguindo relaxar, o que foi confirmado, posteriormente, por ele. Atribuíu esta dificuldade ao fato de ter vivido em constante estado de tensão. Concordei com o cliente e afirmei que, com uma prática frequente, conseguiria. Sugeri que, ao deitar-se ou mesmo durante o dia procurasse relaxar. O cliente concordou e referiu possuir fitas de música sacra que gostava e que o ajudariam neste processo. A seguir, ele falou que deveria sair e antes apresentou-me sua esposa, dizendo-lhe que eu estava interessada em dialogar com ela. A esposa de Davi respondeu que estava ocupada, mas poderia ceder-me alguns minutos. Assim, após acomodar-se, iniciou a falar, sem esperar que eu lhe dirigisse alguma pergunta.

Contou-me que havia feito um tratamento psiquiátrico durante muito tempo, pois o marido e os filhos falavam com grande frequência que ela era "louca". Sentia-se deprimida e assustada com isto, pois sua mãe havia tido problemas psiquiátricos. Atribuía ao marido a responsabilidade destes incidentes, visto que eles ocorriam sempre que ela se negava a aderir a algum projeto dele quando os achava prejudiciais. Considerava Davi um "tirano doméstico", impondo a todos as suas idéias e as suas vontades.

A partir de sua visão, o relacionamento de Davi com os filhos sempre foi bom, tendo em vista que ele satisfazia a todos os desejos deles. Segundo ela, seu marido havia comprado o amor e o carinho deles, porque dinheiro era o que ele tinha para dar. Ela não podia se queixar da sua situação material, sempre teve tudo o que

queria, inclusive mais do que ele tinha condições de lhe dar. Entretanto, aos poucos foi percebendo que dinheiro e coisas materiais não eram tudo, visto que não substituíam a presença e a compreensão dele e aí começaram os conflitos. A esposa de Davi relata que, muitas vezes, esteve para se separar dele, mas as pressões da família e a própria acomodação a impediram.

Quando tomou conhecimento do diagnóstico de Davi, "ficou desesperada, quase enlouqueceu de verdade". Foi um período muito difícil e de extremo cansaço, pois considerou que tudo estava perdido para ela também. Em um determinado momento, já psicologicamente desestruturada, deixou de ir ao hospital visitar Davi e viajou para São Paulo em busca de tratamento médico. Retornou muito deprimida e Davi já estava em casa, tendo vindo ao seu encontro chorando. Refere que naquele momento reagiu agressivamente, porque estava cansada de ver choro ao seu redor, toda a família já havia chorado bastante. Logo a seguir, Davi apresentou-lhe uma relação de atividades que ela deveria executar. Isto ela não poderia aceitar, visto que ele já a havia "escravizado à sua saúde e agora queria escravizá-la à sua doença". Deste modo, lhe disse como viveriam dali para frente. Como ele não queria aceitar, estavam em processo de separação. Por outro lado, Davi vivia dizendo que a amava e que iria mudar a sua forma de ser. Ela sabia que não era verdade, uma pessoa que ama não escraviza a outra. Davi também já havia prometido mudar durante toda a sua vida e não o fez, não seria agora que o faria.

Naquele momento, dirigindo-se a mim, falou que, se eu estava ali para convencê-la a não se separar, era melhor desistir, porque ninguém conseguiria demovê-la de seus propósitos. Sem esperar resposta prosseguiu dizendo que não o amava e que havia se mantido a seu lado, durante 28 anos, em função de um sentimento de lealdade.

Haviam construído uma vida, criaram quatro filhos e embora tivesse sido difícil para ambos, conseguiram superar grande parte das dificuldades. Contudo, há um mês encontrou uma carta de uma "ex-amante" dele, dentro de um livro. Nunca havia descoberto nada neste sentido e nem se preocupara com isto durante todo este tempo, mas esta carta significava que ele não havia agido com lealdade em relação a ela e portanto não tinha mais obrigação de ser leal para com ele. Havia sofrido muito durante a sua vida e estava decidida a se separar de Davi.

A seguir, esclareci os objetivos daquele diálogo dizendo que não estava ali para convencê-la a tomar qualquer decisão, mas sim compreender melhor a relação existente entre o cliente e a família. Entendia que todas aquelas dificuldades vividas por ambos, naquele momento, tinham as suas raízes no passado. Compreendia também o quanto estava sendo difícil para ambos aqueles momentos, mas que eles poderiam superar as dificuldades, sem grandes traumas, desde que se esforçassem para isto. O importante era que refletissem melhor sobre a situação e não tomassem quaisquer decisões de forma precipitada ou movidos pela mágoa ou por outros sentimentos desarmônicos. Assim, teriam maiores oportunidades de acertarem.

Naquele momento, a esposa de Davi disse que precisávamos finalizar o encontro, pois tinha atividades a fazer. Coloquei-me à disposição dela sempre que precisasse e perguntei-lhe se estava orientada acerca do processo saúde-doença da AIDS. Ela respondeu que sim, pois, além das orientações fornecidas pelo médico, havia lido muito a respeito. Entretanto, como a AIDS era uma doença nova, não acreditava muito nas fontes de contágio divulgadas e por isso tomava as precauções que julgava certas. Despedimo-nos em seguida.

Encontrei Davi dia 14 de abril no hospital; havia internado para realizar exames de laboratório. Os resultados posteriormente evidenciaram anemia (hemácias: 3.000.000 p/mm), leucopenia (2.900 p/mm³), hiperglicemia (192 mg/dl) e elevada taxa de uréia no sangue (126 mg/dl). Logo que me acomodei, Davi perguntou sobre o resultado do diálogo anterior. relatei-lhe que, a partir das colocações de sua esposa, pude perceber que aqueles momentos estavam sendo muito difíceis para ela também e que, ao meu ver, ela precisava de algum tempo para refletir melhor sobre as suas decisões. Davi relatou estar se sentindo desprezado, principalmente porque se aquela decisão fosse tomada há dez anos atrás, talvez até a recebesse com naturalidade, mas naquele momento estava difícil de aceitar. Isto porque, ele se sentia fragilizado e necessitando de apoio e compreensão. Em decorrência estava muito magoado com a esposa. A seguir, estimulei o cliente a refletir sobre os seus sentimentos e emoções. Davi expressou sentir um medo terrível da solidão e admitiu até ter um sentimento de posse sobre a sua esposa. Procurei mostrar ao cliente que ela tinha a sua individualidade, seu mundo, seus sentimentos e emoções, assim como ele, e que deveriam ser respeitados. Deste modo, não seriam os seus medos, inseguranças e sentimentos de posse que a manteriam ao seu lado. Deveria trabalhá-los para poder resolver sem grandes sofrimentos aquela situação. Por outro lado, se sua esposa mantivesse aquela decisão ele teria que acatá-la. Mostrei-lhe que poderia sobreviver sem ela, caso não houvesse outra alternativa. O cliente referiu que desejava voltar àquela normalidade anterior. Perguntei-lhe se realmente existia aquela normalidade. Davi, após pensar alguns instantes, referiu que nunca existiu e pediu que eu lhe apontasse os seus erros. Respondi que não poderia fazer isto, mas sim ajudá-lo a refletir e detectar as suas falhas. O cliente, a

seguir, admitiu ter errado muito, principalmente pelo fato de ser "egoísta e machista". Procurei conscientizá-lo de que era muito importante uma auto-análise e que, a partir desta, poderia trabalhar os traços negativos de sua personalidade e conseqüentemente estabelecer uma relação mais harmônica com as pessoas.

O cliente verbalizou não ter ainda conseguido aceitar as suas limitações. Citou que, na última reunião com a diretoria da empresa, havia assumido muitos compromissos e, posteriormente, percebeu que não teria condições de realizar oitenta por cento dos mesmos. Outro exemplo relatado pelo cliente, ocorreu no dia anterior, quando fora visitar um amigo em uma revendedora de automóveis. Ao ver um automóvel que gostava, quase chegou a comprá-lo sem pensar como iria pagá-lo. Em casa, refletiu nas conseqüências daquele ato. Procurei estimular Davi a se conscientizar do quanto aquela atitude havia prejudicado a sua tranquilidade, a sua relação com seus familiares e a sua saúde. Mostrei-lhe que todas as suas conquistas materiais não haviam lhe trazido a harmonia necessária. Não seria aquele, o momento de refletir, de buscar novos valores, novas formas de ser e de viver? Para tanto, poderia, através do auto-conhecimento, fortalecer os aspectos harmônicos do seu "eu" e trabalhar para eliminar os desarmonicos. Assim, estaria criando, em si mesmo, bases sólidas para viver mais harmonicamente. Davi, após algum tempo, referiu sentir dificuldades nesse sentido, pois havia vivido toda sua vida em função das coisas materiais e de sua profissão. Concordei com Davi que, inicialmente, poderia sentir dificuldades, mas se realmente quizesse mudar, ele conseguiria.

Posteriormente, dialogamos sobre terapias alternativas e optamos por iniciar com a técnica de visualização. Após as orientações devidas, utilizamos esta técnica direcionada para a diminuição

do estresse, o fortalecimento da auto-estima, auto-imagem, potencialização do sistema imunológico e neurológico. Como no dia anterior, o cliente apresentou dificuldades em relaxar. Finalizando o encontro, estimulei Davi a refletir sobre tudo o que havíamos dialogado e a fazer relaxamentos frequentes. Ele concordou e nos despedimos.

No dia 17 daquele mês, dirigi-me à casa do cliente, após contato anterior. Davi referiu ter refletido sobre o que conversamos no encontro anterior e estava disposto a tentar trabalhar os seus medos, inseguranças e dificuldades em aceitar as suas limitações. Dialogamos algum tempo sobre estes aspectos e procurei estimular a reflexão do cliente. Ele referiu que, apesar da sua vontade de modificar sua maneira de ser, apresentava grandes dificuldades em tomar uma atitude. Muitas vezes a protelava até que não fosse mais necessário. Também não conseguia aceitar os limites impostos pela doença, principalmente no que se referia ao seu trabalho. Amava a sua profissão e tinha certeza de que morreria, se precisasse parar de trabalhar. Sempre fora um homem dinâmico, não conseguia ficar em casa, não tinha habilidades manuais e não se interessava por qualquer outra atividade. Naquele momento, estimulei Davi a rever as diversas etapas de sua vida, procurando evidenciar-lhe o seu constante afastamento do lar desde a adolescência e suas dificuldades em aceitar os seus limites. A seguir, perguntei-lhe se havia refletido sobre estes fatos e se havia encontrado alguma relação entre eles. Davi respondeu-me que já pensara a respeito, mas as respostas que obtivera não foram muito agradáveis. Detectara que apresentava uma grande dificuldade em lidar com os seus sentimentos e emoções, detestava as modificações no seu padrão de vida, pois evidenciavam o desconhecido e o deixavam inseguro. Também era muito orgulhoso para admitir qualquer fracasso. Dialogamos muito sobre estes aspectos, quando apontei

o seu trabalho e a vida agitada que levava como possíveis fugas para não refletir sobre as suas limitações. Entretanto, naqueles momentos, a paralização parcial de suas atividades provocada pela doença e a própria situação vivenciada poderiam ser fontes de estímulo para uma reflexão mais profunda. Naturalmente, esta reflexão poderia acarretar-lhe sofrimentos, mas poderia ser o caminho onde se defrontaria com o seu verdadeiro "eu" e, conseqüentemente, com os seus pontos de fragilidade e de força. Esta evidência poderia ajudá-lo a buscar o seu auto-aprimoramento e a sua harmonia com o seu "eu" e com as pessoas do seu meio ambiente. Considerava aquele um momento muito importante em sua vida e dependeria unicamente dele aproveitá-lo ou não.

Posteriormente, Davi relatou que o médico havia suspenso a administração da anfotericina B, tendo em vista os riscos desta. Contudo, ressaltara a importância desta medicação para o seu tratamento. Deste modo, o cliente estava viajando para São Paulo, no dia 23 de abril, em busca de nova orientação para o seu problema. Iniciara, sob orientação médica, a fazer uso de AZT.

Naquele dia, o nosso diálogo e a aplicação da técnica de visualização foram várias vezes interrompidas pelo chamado do telefone, tendo Davi referido se tratar de assuntos ligados ao seu trabalho. Após marcarmos o último encontro, antes de sua viagem, para o dia 22 daquele mês, despedimo-nos.

No dia 22 de abril, Davi relatou estar se sentindo física e psicologicamente melhor. Após o relaxamento que realizava à noite, iniciava logo o sono, acordando por volta das 8:00 horas. Estava se alimentando melhor e sentia maior disposição para resolver os seus problemas. Às vezes sentia-se deprimido, mas se esforçava para superar aquele estado. Referiu estar com as malas prontas para a viagem.

Iria permanecer em São Paulo por duas semanas. Havia decidido que desta vez iria se hospedar em um hotel, ao contrário das outras, em que ficava na casa de sua madrasta ou irmãos. Sabia que esta decisão iria gerar a maior polêmica, mas preocupava-se com o fato de contaminar algum deles. Mostrei-lhe que as fontes de contágio se davam através de contatos íntimos. O cliente disse que sabia, mas preocupava-se e, deste modo, se auto-discriminava. Perguntei-lhe se era esta realmente a questão ou se havia outras. Após alguns instantes, Davi colocou que era uma vítima da AIDS e que as pessoas deviam entender isto. Estimulei a sua reflexão acerca daquela situação e ele acabou verbalizando que aquela era uma forma de chamar a atenção das pessoas e que por estar com uma doença incurável elas deveriam sentir pena dele. Disse também que pensava assim em relação aos seus colegas de trabalho e amigos. Eles deveriam respeitá-lo, porque afinal de contas, ele era um doente. Dialogamos algum tempo sobre estas questões procurando fazer com que Davi detectasse que ele não era vítima da AIDS ou de qualquer outra situação. Havia feito diversas opções ao longo de sua vida e o que estava vivendo naqueles momentos eram resultados das escolhas anteriores. Assim, na evolução do seu processo vital estava a falta de controle da diabetes mellitus e da saúde em geral, alimentação rica em colesterol e gorduras saturadas, inatividade física, traços de personalidade, tais como, impulso competitivo, dificuldade em aceitar limites e fracassos, dentre outros, que lhe provocaram constante estresse emocional. Estes fatores, ao longo do tempo, acarretaram-lhe o infarto do miocárdio, a cirurgia cardíaca e, finalmente, a AIDS. Mostrei-lhe que o fato de se sentir vítima e o desejo de que as pessoas o amassem ou o respeitassem em função da doença não era positivo para ele, levando-o a uma condição de acomodação. Por outro lado, a doença não iria gerar amor ou res-

peito nas pessoas em relação a ele, mas sim a sua forma de ser e de agir, que poderiam ser melhoradas, a partir do desenvolvimento das suas potencialidades. Davi verbalizou estar de acordo com as minhas colocações e permaneceu alguns instantes pensativo.

Posteriormente, abordou a questão da sua separação e demonstrou compreender melhor as atitudes de sua esposa e o quanto havia contribuído para a existência de conflitos ao longo de sua vida de casado. Embora não estivesse disposto a se separar, aceitaria o fato, visto não existir mais confiança e respeito mútuo. Um dos entraves naquele momento era a divisão dos bens materiais. Sua esposa queria ficar com todo o patrimônio do casal e isto ele não concordava. Se fosse anteriormente até poderia concordar pois teria tempo e condição de começar tudo de novo, mas naquela situação era impossível. Após inúmeras discussões, ele concordou em colocar a parte que lhe tocava na divisão dos bens em nome dos filhos. Haviam chegado a um acordo, entretanto, na hora de assinar os papéis sua esposa discordou do que haviam combinado. Deste modo, a situação continuava indefinida.

Naquele dia, revimos os assuntos que havíamos dialogado durante os nossos encontros e evidenciamos as interferências dissonantes em seu processo vital. Reforcei a necessidade de uma reflexão mais profunda, do auto-conhecimento e do redirecionamento do curso rítmico do seu processo vital, visando harmonizar-se com o seu "eu" e com as pessoas do seu meio ambiente. Coloquei que o afastamento que aquela viagem proporcionaria poderia ser-lhe benéfico. Davi concordou e disse que iria aproveitar para refletir melhor sobre a sua vida.

A seguir, Davi referiu que o nosso trabalho estava ajudando muito. Começava a ver e analisar com maior clareza os fatos de

sua vida e compreendia que aquele era um momento importante para ele. Solicitou que continuássemos, quando retornasse de São Paulo e lamentava o fato de estar me envolvendo nos problemas de sua vida. Respondi-lhe que não se preocupasse com isto e que eu estava disposta a continuar.

Ao nos despedirmos, disse-lhe que acreditava em sua capacidade para superar todas aquelas dificuldades e redirecionar o curso rítmico do seu processo vital e que ele era um ser humano maravilhoso. Como todo ser humano, tinha suas dúvidas, dificuldades, problemas e pontos de fragilidade, mas acima de tudo possuía potencialidades e, na medida em que as desenvolvesse, poderia desvelar o verdadeiro ser humano, ainda latente em seu interior.

PERÍODO: 09/08 a 06/11/89

Após duas semanas, tentei periodicamente entrar em contato com Davi, entretanto, não havia ninguém em sua casa. Os membros da equipe de saúde do Hospital X também não tinham quaisquer notícias dele ou de sua família. Em meados de julho daquele ano consegui contactar por telefone com sua esposa. Segundo ela, Davi estava em São Paulo, havia tido uma recidiva da meningite criptocócica e estava em tratamento médico. Ela havia voltado para auxiliar nos preparativos do casamento do filho e estava retornando novamente para São Paulo. Pedi-lhe que repassasse ao cliente os meus votos de recuperação e um abraço.

Encontrei com Davi no dia 09 de agosto, após contato mantido anteriormente. O cliente recebeu-me com um sorriso, à porta de sua casa. Vestia um conjunto jeans. Apresentava-se bastante emagre-

cido e com as faces abatidas. Andando devagar e com dificuldades convidou-me a sentar. Relatou que havia retornado dia 22 de julho, estando envolvido com o casamento do seu filho e em decorrência de sentir-se muito debilitado não estava saindo de casa. Havia permanecido internado em São Paulo durante três meses, em função da recidiva da meningite. Naquele período, iniciara a apresentar dormência na mão esquerda e dificuldade para deambular, tendo sido diagnosticado, após exames laboratoriais, toxoplasmose cerebral. Deste modo, havia sido acrescentado às medicações anteriores, sulfadiazina 4g ao dia V.O e pirimetamina 25 mg dia VO.

A seguir, fez comparações entre o serviço de saúde daquele estado e o daqui. Achava o serviço de São Paulo mais bem estruturado, tanto no que se referia aos recursos humanos quanto aos recursos materiais. Ficava internado durante o dia e à noite e finais de semana permanecia em casa com os familiares. Conseqüentemente, não precisava conviver com determinados grupos de risco, tais como usuários de drogas e homossexuais, com os quais não estava acostumado. Por outro lado, a forma com que administravam a anfotericina B não lhe acarretava as reações apresentadas aqui. Haviam também suspenso o uso de AZT, por estar causando a queda dos leucócitos e com isto estava sentindo-se melhor.

Davi verbalizou ter reconhecido a sua incapacidade para o trabalho e, conseqüentemente, estava afastado. A empresa em que trabalhava havia estruturado um serviço médico e estava utilizando-o. Contou também que, o seu relacionamento com a esposa havia melhorado significativamente. Os medos dela em relação a AIDS haviam diminuído e ela até já pegava em sua mão.

Naquele momento, a esposa de Davi entrou na sala e dialogamos os três sobre os últimos acontecimentos. Tomei conhecimento,

naquele dia, que a esposa de Davi estava fazendo uso da medicina antroposófica e ioga, que a auxiliavam a superar aquela situação vivenciada. Davi também havia aderido à antroposofia e fazia uso de medicamento dinamizado. Cabe aqui esclarecer que a medicina antroposófica tem como ponto inicial o conhecimento do ser humano, a partir de três aspectos: corpo, alma e espírito. Pratica, portanto, uma medicina integral. Para a antroposofia, toda doença deve ser interpretada como um desequilíbrio das funções polares do organismo. A doença é tida como parte da condição humana, um processo através do qual, o ser humano pode chegar à integridade e à liberdade. Através do conhecimento das relações do homem com a natureza e o universo, o médico estabelece a correlação entre a doença e o remédio, que é a chave destinada a abrir a porta da cura. A antroposofia, a exemplo da homeopatia, utiliza apenas medicamentos dinamizados, acrescidos de banhos, massagens e dieta alimentar.

Após dialogarmos algum tempo, quando apoiei o tratamento que vinham fazendo, Davi verbalizou o seu interesse em continuar com o nosso trabalho, visto que o havia ajudado muito. Deste modo, ao me despedir marcamos o próximo encontro.

Encontrei Davi, no dia 17 daquele mês, deitado em sua cama. Perguntei-lhe como estava se sentindo. O cliente respondeu que se sentia ainda muito debilitado. Não conseguia manter o equilíbrio ao andar e, nas vezes que tentou, havia caído. Consequentemente, permanecia a maior parte do tempo deitado, só caminhando com ajuda. Os lapsos de memória, por sua vez, estavam se acentuando. Muitas vezes não conseguia localizar o seu quarto dentro da casa. A visão embaralhava durante a leitura e não localizava mais o ponto em que havia parado. Ao assistir televisão não acompanhava o desenrolar dos noticiários e novelas. Mantinha o padrão alimentar e de ingestão hí-

drica anterior. Às vezes, apresentava constipação intestinal, em decorrência fazia uso regular de mamão, ameixa preta, alimentos com fibras e em determinados momentos de chá laxante. Havia apresentado períodos de insônia, pois dormia durante o dia. Todavia, fizera uma programação para evitar que isto acontecesse. Acordava por volta de 9h e após o café permanecia sentado na área externa tomando sol. À tarde e noite assistia televisão e conversava com a esposa.

Davi, naquele dia, verbalizou sentir-se arrasado com o seu estado de dependência e inutilidade. Sempre fora um homem dinâmico e estava sendo muito difícil para ele vivenciar aquela situação. Com o seu tratamento em São Paulo, haviam vendido uma casa, os dois carros que possuíam e preocupava-se assim com a sua situação financeira. Por outro lado não tinha mais condição de cuidar de sua família e dependia de seu filho para locomover-se até o consultório médico.

Procurei demonstrar a Davi que sentia o quanto estava sendo difícil para ele vivenciar aquela situação, mas que ele não deveria se abater, deveria, sim, lutar e mudar as situações que fossem passíveis de modificação. As situações que estivessem fora do seu controle, deveria enfrentá-las com paciência, pois de nada ajudaria desesperar-se. Procurei estimular a reflexão do cliente sobre a real necessidade de cuidados da sua família por parte dele. O cliente durante a sua fala pareceu compreender que a sua família não mais necessitava dos seus cuidados. Mostrei-lhe, assim, que fizera pela sua esposa e filhos o que estava ao seu alcance fazer e que naquele momento eles deveriam resolver os problemas que surgissem, pois isto fazia parte do crescimento pessoal de cada um deles. Dialogamos mais algum tempo, tendo procurado fortalecer a auto-imagem e auto-estima do cliente. Finalizando, desenvolvemos a técnica de visualização.

Davi internou-se no Hospital x dia 21 daquele mês às 7h 30 min., com o objetivo de colher material para exames laboratoriais. Encontrei com o cliente às 14h 10 min e pude observar que ele estava internado em outra unidade, por falta de vaga na de origem. Davi demonstrava estar muito nervoso, pois desde a hora da internação o médico não fora vê-lo, somente a enfermeira da unidade. Assim que iniciamos a dialogar o cliente fez várias queixas acerca do ambiente hospitalar. Referiu-se ao aspecto horrível do quarto onde se encontrava e a distância do mesmo em relação ao posto de enfermagem. Apontou as paredes com a pintura já gasta e as móveis já velhos. Caso precisasse de ajuda, como faria? O quarto não possuía campainha e o pessoal de enfermagem raramente aparecia para vê-lo. Por outro lado, aquele ambiente o deprimia muito. O seu companheiro do quarto ao lado era um presidiário e, assim, via-se obrigado a ver policiais desfilarem por sua porta. Nunca imaginou que no final de sua vida teria de conviver com presidiários, homossexuais e usuários de droga. A seguir, queixou-se do colchão que acentuava suas dores na região lombar, da higiene do Hospital que deixava a desejar. A refeição vinda no almoço, por sua vez, continha muito sal e quase não conseguia alimentar-se. Somando-se a tudo isto ainda havia os mosquitos que não o deixavam em paz. Para ele, que era uma pessoa organizada, era difícil conviver com a desorganização daquele ambiente. Sentia-se muito deprimido pelo fato de estar ali, inseguro com a assistência que iria receber. O médico responsável pelo seu tratamento estava afastado temporariamente e, conseqüentemente, outro o substituiria. Dialogamos algum tempo e propus-me, após a aplicação da técnica de visualização, contactar com a enfermeira da unidade, para viabilizar a sua transferência para a unidade de origem e resolver o problema da alimentação. Entretanto, após contatos fui informada de

que não havia vaga na unidade, naquele dia. Deste modo, após um consenso entre o cliente e alguns profissionais da Instituição, ele voltou para casa com o propósito de retornar no próximo dia.

O cliente permaneceu internado dois dias, tendo realizado vários exames. Entre os resultados destes exames destacaram-se a contagem de hemácias (2.800.000 p.mm) e dos leucócitos (3.200 p.mm³) e crescimento no líquido de fungo do gênero *Aspergillus sp.* Em decorrência da anemia detectada, recebeu transfusão de concentrado de hemácias. Durante aqueles dois dias, Davi parecia demonstrar menor rejeição em relação ao ambiente hospitalar. O quarto onde permaneceria tinha uma aparência menos desagradável e as refeições eram mais satisfatórias. Busquei, naqueles dias, orientar o cliente acerca dos exames a serem realizados e seus resultados posteriores. Estimulei-o também a recapitular as diversas etapas desenvolvidas ao longo dos nossos encontros e a avaliá-las. Davi apresentou grandes dificuldades e durante o diálogo, em vários momentos, ele esteve alheio ao ambiente, não conseguindo se situar no assunto do momento. Durante a implementação da técnica de visualização, o cliente dormia.

Ao avaliar, após cada encontro, o desenvolvimento do processo terapêutico com Davi, percebia que este seguia uma sistemática muito diferente das anteriores. Não viabilizara a reflexão do cliente acerca das metas e objetivos a serem desenvolvidos. No que diz respeito às interferências dissonantes, tinha sérias dúvidas se havia por parte do cliente uma conscientização em relação àquelas que ficaram explícitas durante os diálogos. Percebia que, dia a dia a capacidade mental do cliente estava diminuída e os lapsos de memória, mais frequentes. Todos estes fatos me preocuparam e por algum tempo me senti perdida, sem saber o que fazer. Com base em algumas reflexões sobre a situação e com base na intuição, cheguei a conclu-

são de que deveríamos trabalhar, em cada dia, as interferências dissonantes detectadas durante cada encontro.

No dia 06 de setembro daquele ano, Davi foi readmitido na unidade. O cliente, além da diabetes mellitus, coronariopatia, meningite criptocócica e toxoplasmose cerebral, apresentava hidrocefalia, candidíase oral, síndrome astênica importante e constipação intestinal. Havia sido acrescentada às medicações que fazia uso regular, soro glicosado 5% - 2.000 ml - 24 gts/min, cloreto de potássio 19,1% - 5 ml no soro glicosado, soro fisiológico 0,9% - 1.000 ml - 12 gts/min, cetoconazol 1 comp - 12/12 h (antifúngico), nistatina 1 comp - 6/6 h (antibiótico com ação antifúngica), ácido fólico 10 mg - IM - 1 vez ao dia (limita a ação da enzima folatorredutase), e um laxativo à noite. Encontrei Davi, naquele dia, muito debilitado. Sua expressão facial revelava abatimento, preocupação e tristeza. A voz era arrastada, pausada e em tonalidade baixa, demonstrando grande esforço ao falar. Ao me ver, começou a chorar. Enquanto aguardava, procurava demonstrar, através do toque, o meu carinho, compreensão e apoio. O cliente verbalizou, naquele dia, estar se sentindo angustiado e com muito medo. A cada dia sentia-se pior e percebia que estava próxima a sua morte. Procurei, naquele momento, estimular a sua confiança no ser superior em que acreditava e em si mesmo como capaz de superar aqueles medos e angústias. Conversamos, algum tempo, sobre morte e o cliente referiu sentir que continuaria a viver após aquela passagem. Mostrei-lhe que nunca estaria sozinho, seria sempre amparado. Consequentemente, deveria se esforçar para superar aqueles momentos com coragem e paciência. A seguir, percebendo o cansaço do doente, sugeri que ouvíssemos uma música. Após a concordância do cliente, escolhi uma música indicada para superar o medo e a depressão, e permaneci ao seu lado tocando-o e

transfundindo-lhe energias. Quando me despedi, ele parecia mais relaxado e menos angustiado.

Davi permaneceu internado quatro dias. Instituí, naqueles dias, o controle do gotejamento dos soros e das eliminações. Estimulei a mudança de decúbito, auxiliiei-o na higiene oral, facial e na alimentação. Durante aqueles dias, o cliente demonstrou uma instabilidade emocional muito grande. Diariamente ao chegar encontrava-o deprimido e preocupado, evidenciando melhora após os nossos encontros.

No dia 10 daquele mês, um dia após a alta hospitalar, Davi reinternou na unidade às 18 h 30 min. No decorrer daquela semana, o estado geral do cliente piorou sensivelmente. Apresentou-se confuso, não se situando no tempo e espaço. Muitas vezes não me reconheceu, permanecendo alheio ao ambiente e com dificuldade de elaborar seus pensamentos. Naqueles dias, auxiliava-o nos cuidados gerais, aplicava musicoterapia e permanecia ao seu lado, tocando-o e transfundindo-lhe energias. Percebia que ele notava a minha presença, visto que várias vezes me olhava e sorria. Nos dias em que Davi conseguia sair do seu estado letárgico e estabelecer contato com o meio ambiente, queixava-se do isolamento em que se encontrava e da depressão que o ambiente hospitalar lhe provocava. Durante os nossos diálogos procurava infundir-lhe coragem e confiança para superar aqueles momentos.

Na semana de 18 a 24 daquele mês de setembro, Davi começou a fazer uso de acetozolamida 1 comp de 12/12 h (diurético) e anfotericina B, com constantes reações à este medicamento. Entretanto, percebia que, embora confuso, apresentava melhora da consciência acerca da sua situação e do meio ambiente. No início daquela semana, Davi referiu estar tendo pesadelos horríveis. Logo ao iniciar o sono

se deparava com um monstro enorme avançando sobre ele. Acordava apavorado e custava a dormir novamente. Perguntei-lhe se aqueles pesadelos tinham alguma explicação para ele. O cliente respondeu negativamente. Disse-lhe, então, que aqueles pesadelos poderiam estar ligados a alguma situação que estava vivenciando. Perguntei-lhe o que representava a AIDS para ele. Davi respondeu-me que a considerava um monstro, que minava dia a dia as suas forças e, assim, sentia-se impotente diante dela. Mostrei-lhe que ali poderia estar a explicação para os seus pesadelos. Deste modo, precisávamos trabalhar as suas crenças e valores acerca da doença. Durante vários encontros estimulei a reflexão do cliente sobre o assunto. Procurei fazer com que Davi evidenciasse a doença, a partir do seu processo vital, como resultado da sua relação desarmonica com o seu "eu" e com o meio ambiente. Estimulei também Davi a avaliar as mudanças operadas em seu "eu". O cliente apontou a sua improdutividade como a maior mudança. Busquei então fazer com que ele analisasse se realmente estava improdutivo. Davi, após alguns instantes de reflexão, conseguiu detectar que a partir de uma visão concreta estava improdutivo, mas sob uma outra ótica estava aprendendo e modificando aos poucos a sua maneira de ser. Referiu, assim, estar se tornando mais paciente, tolerante e menos egoísta. Estava aprendendo a aceitar as suas limitações, a conviver com os seus sentimentos e emoções. Por outro lado, conseguia entender que toda aquela situação presente era decorrência da sua forma de ser e de viver. Mostrei-lhe, então, que toda doença traz em seu bojo uma mensagem que, quando compreendida e aceita, resulta em transformação e enriquecimento interior. Consequentemente, aquele era um momento muito importante em sua vida, de novas aquisições e aprendizagem. Deveria aproveitá-lo ao máximo, pois todas as suas conquistas não se perderiam ao longo do seu processo existen-

cial. Sugeri ao cliente que, antes de dormir, procurasse relaxar e dialogar com aquela "entidade superior", buscando, assim, uma maior harmonia e paz interior. Davi, após alguns encontros, passou a iniciar o sono com facilidade e não apresentar mais pesadelos. Desenvolvemos diariamente a técnica de visualização, com uma boa resposta do cliente às etapas da mesma.

Na semana de 25 a 30 de setembro, Davi apresentou cefaléias intensas, vômito em jato e confusão mental. As reações à anfetericina B se acentuaram. O hemograma realizado no dia 27 daquele mês evidenciou anemia (hemácias - 2.600.000 p.mm) e leucopenia (leucócitos - 2.300 p.mm³), tendo recebido concentrado de hemácias. Como o cliente apresentasse a rede venosa prejudicada, foi realizado punção de subclávia, e introduzido cloridrato de metoclopramida - 1 amp - EV - de 6/6 h (ação nos distúrbios da motilidade gastro-intestinal) e hidratação endovenosa. Durante aqueles dias auxiliiei Davi nos cuidados gerais, institui controle das infusões endovenosas e das eliminações. Estimulei a mudança de decúbito e a ingestão de pequenas quantidades de alimentos em intervalos de 2/2 h. Desenvolvemos musicoterapia e imposição de mãos. Busquei também fortalecer a autoimagem, auto-estima do cliente e infundir-lhe confiança e coragem. Davi manifestou o desejo de gravar uma mensagem para a esposa e filhos, assim, no dia 26 daquele mês auxiliiei-o na gravação. A gravação foi interrompida algumas vezes, para que ele se recuperasse do cansaço. O cliente enviou a cada um dos seus familiares uma mensagem de carinho, tendo se emocionado durante a mesma. No final daquela semana, o cliente apresentou melhora dos episódios de vômito. Naquele período, tive a oportunidade de contactar várias vezes com um dos filhos de Davi, que passara a visitá-lo com frequência, tendo dialogado acerca daquele processo que estavam vivenciando. Durante os mo-

mentos que lá se encontrava, estimei-o a auxiliar o pai em suas necessidades.

No início da primeira semana de outubro, Davi apresentou uma sensível melhora do seu estado geral. Estava muito animado com a possibilidade de fazer uma derivação ventrículo peritoneal para corrigir a hidrocefalia e aguardava uma avaliação do neurocirurgião. Entretanto, os dias passavam e o cliente não obtinha confirmação daquele procedimento, tornando-se assim deprimido. No dia 7 daquele mês, Davi fez aniversário, tendo juntamente com os seus familiares e alguns amigos organizado uma festa de comemoração. O cliente demonstrou estar feliz e emocionado.

No início da semana de 09 a 15 de outubro, fui informada pelo médico de que Davi não se submeteria à derivação ventrículo peritoneal. O neurocirurgião havia contra-indicado tal procedimento em virtude do cliente apresentar meningite fúngica e toxoplasmose cerebral, o que poderia acarretar uma disseminação destas infecções. Davi, ao receber a notícia, ficou muito deprimido, pois havia depositado naquela cirurgia todas as suas esperanças de recuperação. Nos três dias que se seguiram, dialogamos sobre as suas esperanças e frustrações acerca daquela situação. Procurei explicar-lhe as consequências daquele procedimento e infundir-lhe coragem para superar aqueles momentos. Traçamos, a seguir, uma programação de exercícios em níveis crescentes, para que Davi pudesse aos poucos deixar o leito. Continuamos com as visualizações, incluindo nesta técnica a drenagem do liquor para a cavidade abdominal. Estimei Davi a buscar um padrão harmônico de pensamento, sentimento e emoções. O cliente demonstrou desejo e ânimo para redirecionar o curso rítmico do seu processo vital. Desejava até comprar uma cadeira de rodas para locomover-se sem o auxílio das pessoas. Naquele período, passou a ali-

mentar-se com regularidade, iniciava um sono profundo com facilidade e apresentava normalização da eliminação intestinal. No dia 13 daquele mês, Davi manifestou o desejo de passar alguns dias em sua casa. O ambiente hospitalar deixava-o deprimido e solitário. Acentuadas aquelas sensações naquele momento, em virtude da greve dos funcionários. O hospital ficava deserto e raramente entrava em contato com as pessoas. Por outro lado, sua filha havia chegado de São Paulo, com a neta recém-nascida e iriam permanecer na cidade por um mês. Davi demonstrava emoção ao falar da neta e uma vontade imensa de conhecê-la. Prometi-lhe que, após o desenvolvimento da técnica de visualização, tentaria viabilizar a sua ida para casa. Assim, fui contactar com o médico e a enfermeira chefe. Encontrei vários profissionais da equipe de saúde do hospital no refeitório, tomando lanche.

Abordei a questão da ida do cliente para casa. A enfermeira chefe referiu que havia tentado uma solução, mas não havia nenhum funcionário disponível para acompanhá-lo. O médico, falou que concordava e achava importante o seu afastamento do hospital por alguns dias. Entretanto, ele estava com punção de subclávia e necessitava de um acompanhamento. O cliente queixava de solidão e a causa maior desta era o afastamento dos familiares. Um dos elementos da equipe opinou que a solução não era levá-lo para casa, mas fazer com que os familiares o visitassem com mais frequência. Sugeri que retirassem o catéter da subclávia e na segunda-feira quando retornasse punçionaríamos uma veia. O médico disse que não poderia, pois Davi necessitava da anfotericina B. Naquele instante, um dos elementos referiu que estávamos proporcionando muita "mordomia" para o cliente, o que foi concordado por alguns profissionais. O médico e a enfermeira chefe, por sua vez, discordaram daquela afirmação. Coloquei, então,

que não estávamos proporcionando nenhuma "mordomia" ao cliente e era um direito dele desejar passar alguns dias em sua casa. Os funcionários do hospital estavam em greve e isto acentuava muito a solidão sentida pelos clientes. Era muito importante para Davi passar alguns dias com os seus familiares e inclusive conhecer a sua netinha. Não sabíamos quanto tempo ele permaneceria entre nós e aquela era uma questão de humanidade. O médico responsável pelo tratamento de Davi colocou que estava de acordo e que eu resolvesse aquele problema.

Sai dali acompanhada do médico e fomos ao quarto de Davi. Lá chegando, ele colocou os impedimentos da ida do cliente para casa, em virtude de não ter alguém para acompanhá-lo. Diante da expressão de tristeza de Davi, resolvi responsabilizar-me e cuidar do cliente em sua casa. Combinamos que o levaria no dia seguinte, ele permaneceria sábado e domingo em casa e na segunda de manhã o traria de volta. Contudo, precisa acertar com os seus familiares aquela questão. Davi estava radiante e ao me despedir disse-lhe, brincando, que nós dois eramos loucos. Ele sorriu concordando e pediu para dar-me um beijo. Ao sair, não encontrando a enfermeira da unidade, expus aos funcionários a decisão tomada pelo cliente, pelo médico e por mim. Deixei o hospital, e na portaria encontrei-me com a enfermeira da unidade que estava no comando de greve. Falei-lhe sobre a decisão tomada. Ela referiu que eu estava louca em assumir aquela responsabilidade, pois se algo acontecesse, como eu ficaria diante da família e do pessoal do hospital? Davi deveria ficar internado e a família é que tinha de vir visitá-lo. Naquele instante, chegou a residente responsável pelo cliente. Coloquei-lhe também a decisão. Ela a achou ótima, pois acreditava que era importante para o cliente passar uns dias em casa. Após as argumentações da enfermeira, a residente colocou que se acontecesse de perder a subclávia, ela punção-

naria outra na segunda-feira. Caso Davi morresse em casa, ele certamente estaria feliz por conhecer a neta e estar próximo aos familiares. Dirigi-me para casa preocupada, realmente eu havia assumido uma grande responsabilidade, mas pensando na felicidade e bem estar do cliente eu não tinha outra alternativa, devia assumir aqueles riscos. Sabia que ainda teria de convencer a esposa de Davi. Em casa, telefonei para ela e coloquei a decisão do cliente. A esposa do cliente colocou inúmeros obstáculos e após as minhas argumentações ela concordou.

Na manhã seguinte, logo cedo, a esposa de Davi ligou-me dizendo que havia ido visitá-lo no dia anterior e a conversa que tivera com o pessoal do hospital a deixara amedrontada com a ida do marido para casa. Procurei tranquilizá-la dizendo que me responsabilizaria. Criaríamos uma infra-estrutura para que o cliente pudesse permanecer em casa de forma segura e confortável. Falei-lhe que não sabíamos quanto tempo ele estaria entre nós e para ele era muito importante conviver com os familiares. O hospital era um ambiente que o deixava deprimido e solitário. Por outro lado, caso a partida do cliente se desse quando estivesse em casa, ele certamente se sentira feliz por estar junto aos seus entes queridos. A esposa do cliente demonstrou, após o diálogo maior tranquilidade. Assim, dirigi-me ao Hospital. Davi havia acordado logo cedo, tomado banho e feito a barba com auxílio de um funcionário. Sua expressão facial revelava alegria e animação. Enquanto aguardava o término da infusão de anfotericina B, providenciei todos os materiais necessários, tais como, soros, equipos, seringas, água destilada, material de curativo, luvas, medicamentos, compadre, comadre, suporte de soro, coletor de urina, dentre outros. Solicitei a um dos funcionários que nos acompanhasse para segurar o soro. Ao chegarmos em sua casa os familiares

vieram recebê-lo. Instalamos Davi em sua cama, organizei todo o material e orientei a sua esposa e nora, estudante de medicina, acerca dos cuidados e horários das medicações. Deste modo, quando estivesse ausente, elas assumiriam os cuidados. Durante todo o sábado, Davi não apresentou anormalidades, conversou animadamente com os familiares, conheceu sua netinha e alimentou-se bem. No domingo, ao chegar de manhã, encontrei-o com visitas e expressava alegria e animação em sua fala. Contudo, seu estado geral, sofreu alterações à noite. Demonstrava cansaço, sonolência e confusão mental. Sua esposa relatou-me que a conversa mantida pelo cliente com a madrasta e o irmão deixara-o deprimido. Tomara conhecimento de que seu irmão estava com problema cardíaco. Dialoguei sobre aquela questão com o cliente, encontrando-se ele muito emotivo. Às cinco horas da segunda-feira, a esposa do cliente ligou-me dizendo que ele estava com cefaléia e perguntou-me se podia dar-lhe novalgina. Conversamos sobre o estado do cliente e respondi que desse a medicação. Encontrei Davi, na manhã seguinte, muito abatido debilitado e confuso; havia tido um episódio de vômito após o café e fora medicado. Levei-o com o auxílio de um funcionário ao hospital e deixei-o dormindo, após relatar à enfermeira os acontecimentos.

Davi permaneceu internado até o dia 21 de outubro. Naquele período de internação, apresentou oscilação do estado emocional e da consciência acerca da sua situação e do meio ambiente. Percebia que o cliente se apresentava a cada dia mais debilitado. Detectei também que, após a ida do cliente para casa, os familiares passaram a visitá-lo no hospital com mais frequência e a permanecerem mais tempo com ele, inclusive auxiliando-o nas suas necessidades.

Com a volta de Davi para casa, sua esposa contratou um dos funcionários do hospital para auxiliá-lo nos cuidados gerais. O

cliente mantinha o padrão do seu campo de energia semelhante ao anterior, com períodos de acentuada confusão mental. Alguns dias mantinha-se alheio ao ambiente com dificuldades de elaborar seus pensamentos. Continuava a fazer uso das mesmas medicações e a ir periodicamente ao hospital para receber a solução de anfotericina B. No período da manhã do dia 28 daquele mês, o genro de Davi ligou-me dizendo que ele estava muito deprimido e queria me ver. Ao chegar, a esposa de Davi veio receber-me. Referiu que o cliente estava terminando o banho, e enquanto isto queria conversar comigo em particular. Contou-me que ele estava, naquele dia, muito deprimido e havia recusado logo de manhã o banho. Percebia que ele alternava períodos de consciência e confusão mental. Segundo sua opinião, toda vez que Davi tomava consciência da sua situação, sentia-se deprimido e so brevinham os períodos de confusão. Referiu que ele sempre agira assim, nunca enfrentava as dificuldades. Quando tinha problema se interiorizava e só voltava à sua condição normal quando achava uma solução para o mesmo. Todavia, naquele momento, como não conseguia achar soluções, fugia do problema. Abordei que aquele comportamento podia ser um mecanismo de defesa, tendo em vista a ausência de uma solução para o seu problema. Deste modo, devíamos respeitar. Entretanto, a confusão mental de Davi naquela fase tinha como causa principal a hidrocefalia. Colocou, a seguir, que estava sendo muito difícil para ela conviver com aquela situação. Evitava até contactar frequentemente com Davi, pois se deprimia muito. Havia feito um tratamento psicológico e não queria se desequilibrar mais. Estava muito preocupada, pois a filha, o genro e a neta retornariam para São Paulo e ficariam só os dois. Busquei naquele momento tranquilizá-la, infundindo-lhe coragem. Mostrei-lhe que compreendia as dificuldades vivenciadas por ela e acreditava na sua capacidade para superar

aquela situação. Poderia contar comigo sempre que necessitasse. Encontrei Davi com o funcionário que o auxiliava nos cuidados. Evidenciei-lhe a minha percepção sobre sua aparência. Estava bonito, cabelos cortados e barba feita. Abri as janelas do quarto e mostrei-lhe como aquela manhã estava radiante. O sol brilhava intensamente e o céu estava azul, muito azul. Davi e o funcionário concordaram. Conversamos os três, algum tempo, sobre a natureza e, posteriormente, sobre os cuidados que o cliente vinha recebendo. Quando ficamos a sós, Davi colocou que se sentia muito deprimido e cansado daquela situação que vivenciava. Não tinha mais esperanças de recuperar-se. A cirurgia que o médico havia lhe prometido não mais se concretizaria. Desta forma, não tinha mais porque continuar lutando. Dialogamos algum tempo, quando procurei ouvi-lo e infundir-lhe coragem e confiança. Coloquei-lhe que acreditava na sua força interior e admirava a forma com que vinha enfrentando corajosamente aquelas dificuldades. Percebi que, com o diálogo, o cliente parecia mais animado e fortalecido. Finalizando, desenvolvemos a técnica de visualização.

A partir daquele dia, Davi foi se desligando do meio ambiente. Permanecia grande parte do tempo com os olhos fixos em algum ponto. Quando questionado, não conseguia elaborar os seus pensamentos. A sua expressão facial revelava abatimento, com profundas olheiras e palidez cutânea acentuada. Nos dias que se seguiram, permaneci ao seu lado em silêncio, tocando-o e transfundindo-lhe energias. Algumas vezes, Davi saía do seu isolamento, me olhava, sorria e solicitava uma música.

No dia três de novembro, às 2h 30 min., o cliente foi internado. Encontrava-se febril (38,5°C) e bastante debilitado. Apresentou, nos dois dias que se seguiram, acentuação do quadro neurológico e reações à administração da anfotericina B. Mantive a mesma

conduta e desenvolvemos musicoterapia. Percebia que através da música conseguia retirar Davi do seu isolamento e infundir-lhe tranquilidade.

Dia seis daquele mês, cheguei a unidade às 13h 55 min. e fui informada de que Davi havia partido, dez minutos atrás. Dirigi-me ao seu quarto e permaneci algum tempo ao lado do seu corpo físico. Orei e senti que Davi havia partido em paz. A expressão da sua face confirmava a minha percepção. Detectava naquela expressão a serenidade e o leve sorriso deixado por um ser humano que havia conseguido superar as dificuldades com coragem e dignidade.

Ao sair da unidade, encontrei a esposa de Davi. Conversamos por algum tempo, tendo procurado confortá-la. Perguntei-lhe se ela iria realizar os últimos desejos do cliente, com relação ao seu corpo físico. Ela respondeu que sim. Despedimo-nos e me coloquei à disposição para o que precisasse.

No dia dez daquele mês, ao sair do quarto de um cliente, deparei com a esposa de Davi, que me aguardava. Entregou-me um saco de remédios e solicitou que fosse doado a algum cliente do Grupo de Apoio e Prevenção da AIDS. Perguntou-me se ainda estava triste. Referi que sentia saudades, mas um dia voltaríamos a nos encontrar. Perguntei-lhe como estava. Ela respondeu-me que conformada. Havia retornado há dois dias de São Paulo. Contou-me que o corpo de Davi havia sido cremado e suas cinzas jogadas no jardim da Vila Alpina. Os seus planos, naquele momento eram o de vender a casa e visitar o filho nos Estados Unidos. Sentia-se em paz, por ter conseguido caminhar com Davi até os seus últimos momentos.

MEU ENCONTRO COM CAROL

Carol internou-se no Hospital X, na manhã do dia 28 de abril de 1989. A primeira informação que tive da sua internação, foi através de Andréa, durante o nosso encontro. Andréa, que estava de alta, falou sobre a beleza física de Carol e a tristeza de seu olhar. Contou também que ela fazia parte de uma família conhecida em uma certa região de Santa Catarina, tendo-a conhecido através dos jornais.

Naquele dia, no final da tarde, após a alta de Andréa, dirigi-me ao quarto de Carol. Encontrei-a deitada, tentando descascar uma laranja. Apresentei-me a Carol e ela me olhou sem nada responder. Detectei que ela apresentava um déficit motor na mão esquerda, o que a dificultava em seu intento.

A laranja caiu e Carol pediu-me para pegá-la e descascar para ela. Enquanto o fazia, observei que a bandeja do jantar estava intacta e perguntei-lhe se precisava de ajuda para se alimentar. Ela respondeu que não estava com fome e só iria aceitar a laranja. Tentei, a seguir, estabelecer um diálogo com Carol, todavia, ela demonstrou não estar disposta. Deste modo, me despedi.

Carol contava naquela época com 36 anos de idade, era alta (1,73m) e magra. Seus cabelos castanhos claros, lisos, de textura fina, repicados e abaixo do ombro. Sua pele era clara, os olhos castanhos claros e expressivos e o nariz afilado. Pude perceber, posteriormente, que Carol era bastante comunicativa. Evidenciava em sua fala o tom de voz alto e frequentes expressões em italiano. Gesticulava constantemente ao falar e quando sorria mostrava dentes brancos e perfeitos.

Após aquele dia, as minhas idas ao hospital se restringiram a acompanhar alguns clientes no ambulatório, contudo, algumas vezes tentei entrar em contacto com Carol, mas sempre a encontrava dormindo.

No dia 26 de maio, fui ao hospital para encontrar com Andréa. Ao chegar deparei com um profissional da equipe de saúde que me perguntou se não estava interessada em trabalhar com mais um cliente. Falou que havia na unidade uma cliente, cuja situação assemelhava-se à de Andréa e que necessitava de ajuda. Havia conversado com a cliente sobre mim e esta desejava conhecer-me. Concordei em trabalhar com a cliente e assim fui informada de que se tratava de Carol. Naquele mesmo dia, ao acompanhar Andréa na consulta, o médico, que era também o de Carol, convidou-me para trabalhar com aquela cliente. Referi que havia conversado com o outro elemento da equipe sobre Carol e que aceitava trabalhar com ela.

Logo após o meu encontro com Andréa, entrei em contacto com Carol. Percebi que ela estava com uma aparência bem mais abatida em relação ao nosso encontro anterior. Apresentava-se muito deprimida e queixava de dor ao movimentar os membros superior e inferior esquerdos. Apresentei-me novamente, referindo sobre o nosso encontro anterior e lhe falei que havia sido convidada pelo médico que a tratava e por outro profissional da equipe para trabalhar com ela. Perguntei-lhe se estava de acordo. Carol respondeu que sim. Abordei, então, alguns aspectos do trabalho em questão e propus que iniciássemos na segunda-feira seguinte, o que foi aceito por ela. Contudo, no dia 29 daquele mês encontrava-me gripada e com febre, liguei para o hospital e pedi que transmitissem a Carol o adiamento do nosso encontro em virtude do incidente. Desta forma, iniciamos o nosso trabalho no dia 02 de junho, após as considerações referentes ao tipo

de trabalho, participação efetiva da cliente nas diversas etapas deste, técnicas a serem utilizadas e o estabelecimento de uma relação contratual verbal.

PROCESSO VITAL DE CAROL

Carol nasceu em São Paulo. O seu pai era casado e possuía quatro filhos. Posteriormente, conheceu outra mulher com quem mantinha uma relação extra-conjugal, tendo desta nascido Carol.

Decorridos dois anos após o nascimento de Carol, sua mãe suicidou-se e, assim, foi levada pelo pai para morar com a madastra e os quatro irmãos. Conviveu, a partir daí, com os maus tratos impingidos pela madastra e pelos irmãos, pois era a filha da "outra". O seu pai, embora manifestasse uma predileção por ela, viajava constantemente, permanecendo pouco tempo junto à família. Carol conta que, até os 7 anos de idade, sempre que o pai viajava, apresentava episódios de febre.

Na medida em que os anos passavam, Carol transformava-se em uma menina fisicamente frágil, mas de "gênio forte". A convivência com a madastra e os irmãos era muito difícil para Carol, pois não recebia qualquer demonstração de afeto, apesar de não lhe faltar o necessário para as suas necessidades físicas. Entretanto, só depois de adulta pode compreender o que a sua presença, imposta pelo pai, representava para eles. Carol percebia a existência de grandes conflitos entre as pessoas da sua família, embora não os entendessem. Uma das irmãs de Carol morreu ainda jovem de câncer. A outra irmã desejava ser freira e após ter sido impedida apresentou "desequilíbrios mentais", passando a viver sob o uso de medicamentos. A

sua madastra era uma pessoa "nervosa e preocupada", tendo falecido de câncer. Após a morte da madrasta, seu pai mudou-se definitivamente para o Estado de Santa Catarina e foi morar com outra mulher bem mais jovem do que ele, com a qual já se relacionava anteriormente. Os irmãos de Carol revoltados com as ocorrências, culpavam o pai pela morte da mãe, tendo, inclusive, um deles impetrado um processo na justiça civil contra ele.

Carol transformou-se em uma adolescente revoltada. Um dia resolveu sair de casa, sem dinheiro e de carona foi para a Bahia. Posteriormente, estabeleceu-se no Rio de Janeiro, onde iniciou a trabalhar como modelo fotográfico e manequim. Naquela época, década de 70, iniciou a usar maconha e se relacionar sexualmente. Em um determinado período, seu pai trouxe-a de volta para casa. Entretanto, em decorrência dos conflitos com a madrasta, mandou-a de volta para o Rio de Janeiro.

Aos 20 anos de idade, Carol conheceu um rapaz que era guitarrista e discotecário. Apaixonaram-se e foram viver juntos em São Paulo. Desta relação nasceu sua primeira filha. Carol diz que, embora enfrentassem dificuldades financeiras, viviam com carinho. Após algum tempo, Carol resolveu visitar o pai e apresentar-lhe a neta. Queria também desfazer a imagem criada pela família de que era "louca, depravada, e só queria saber de estrada e fumar maconha". O pai logo apaixonou-se pela neta. Desejando conhecer o rapaz com quem Carol vivia, seu pai convidou-o a visitá-lo. Durante a visita os dois acabaram brigando e ele foi embora. Naturalmente, relata Carol, que o pai, descendente de italiano, preconceituoso como era, não poderia aceitá-lo por ser "cabeludo" e desempenhar aquele tipo de profissão. Pressionada pelo pai de sua filha a optar entre ele e o pai, Carol decidiu ficar. Ali, sua filha poderia ser criada com todo conforto e

segurança. Opção que ela referiu ter se arrependido muito.

A partir daquela época, passou a viver para cuidar da filha e trabalhar com o pai na loja. Seu pai preocupava-se com a sua situação e achava que devia se casar. Começou, assim, a namorar um antigo empregado da loja. Na opinião de seu pai ele era um bom rapaz, trabalhador e com o casamento teria mais segurança e deixaria de ser "mãe solteira". Marcaram o casamento, contudo, uma semana antes Carol queria desistir, pois sabia que não seria feliz ao lado do seu futuro marido. Como tudo já estivesse organizado, o vestido de noiva pronto e os convites distribuídos, não teve coragem para enfrentar o seu pai e acabou se casando.

Após seis meses de casamento, o pai de sua primeira filha apareceu para buscá-la, mas não a deixaram vê-lo. Seu marido contactou com ele, contou-lhe sobre o casamento e convenceu-o a assinar um documento transferindo o pátrio poder da filha para ele.

Com a ajuda financeira do pai, Carol e o marido construíram uma casa e montaram loja e boutique. Em 1978, Carol teve o seu segundo filho e dois anos depois o terceiro.

Estimulada pelo marido e alguns amigos do casal, Carol voltou a usar maconha.

Carol e o marido trabalhavam muito e, assim, foram se distanciando, até que um dia ela resolveu propor a separação. Apesar das negativas do marido, acabaram se separando com a condição imposta por ele de ficar com a tutela do filho.

Decorrido algum tempo após a separação, Carol fez amizade com um rapaz. Em uma ida do rapaz a sua casa, o seu ex-marido apareceu armado, agrediu-o, atirou nele e fugiu. Naquele momento, Carol ficou desesperada, só se lembra que quando olhou para a porta da sala viu o filho que presenciara o incidente. Correu e levou-o para o

quarto procurando acalmá-lo e ligou pedindo socorro médico e policial. O rapaz foi socorrido, mas acabou morrendo. A partir daí, Carol passou a ser pressionada pelo marido e seu advogado para dizer em seu depoimento de que se tratava de um ladrão. Todavia, optou por dizer a verdade. Não foi fácil, conta Carol, conviver com o escândalo e a dor de ver o rapaz morrer. Ainda se lembrava do rapaz ensanguentado e gritando "me ajuda, me ajuda, pelo amor de Deus, eu não quero morrer".

Quando resolveu voltar a trabalhar, o ex-marido, que aguardava julgamento em liberdade, não a deixava entrar na boutique. Em vez de lutar, resolveu desistir e, assim, viu os seus negócios irem a falência.

Carol resolveu, após algum tempo, mudar com as filhas para Florianópolis, onde iniciou a trabalhar como telefonista. O ex-marido veio atrás e passou a incomodá-la. Um dia apareceu com um pacote de cocaína e seringas e Carol iniciou a usar aquela droga.

Conheceu, a seguir, um rapaz também usuário de drogas, apaixonaram-se e foram morar juntos. Carol percebia que dia a dia estava ficando dependente da droga e, então, resolveu ligar para o pai pedindo ajuda. No dia seguinte, as duas filhas foram morar com o pai. Carol ficou sozinha com o rapaz e passou a usar cada vez mais drogas. Aquele foi um dos períodos de sua vida que mais sentia vergonha. As amigas aconselhavam-na a "mudar de vida, a largar aquele delinquente, mas não tinha forças, além de gostar dele". "A pessoa quando está no mundo das drogas, parece que fica alienada, que se afasta completamente de Deus". Ao relembrar aquela época se pergunta: "como pude me drogar daquela maneira, acabando com a saúde e me desmoralizando". Algumas vezes, se propôs a deixar as drogas e mudar de vida, mas o namorado não deixava, vinha atrás, a agredia e acaba-

va voltando. Sentia muito medo dele, pois ele ameaçava matá-la. Apesar de toda aquela situação mantinha contatos periódicos com os filhos.

No segundo semestre de 1988 recebeu o telefonema de sua madrasta, que lhe propôs trabalhar de doméstica para uma família residente na Itália. Viu naquele emprego a oportunidade para deixar o namorado e as drogas. Arrumou as malas e retornou para a casa do pai. Em novembro daquele ano, embarcou para a Itália. Naquele dia, lembra-se que apresentava febre alta. Contudo resolveu partir e a família concordou. Permaneceu na Itália aproximadamente quatro meses. Economizou todo o dinheiro que ganhou, pois tinha planos de retornar e recomeçar uma vida nova com os filhos. Já se sentia debilitada e tinha episódios de febre com frequência. No início de abril de 1989 pediu para voltar para casa, pois apresentava febre diariamente e iniciou a sentir uma diminuição da sensibilidade na região lateral esquerda do corpo.

Chegando em sua cidade foi internada e fez uma série de exames laboratoriais. Após alguns dias de internação fugiu do hospital e foi para casa. Chorando pediu ao pai que não a internasse novamente. Não imaginava o que poderia ter, mas quando o médico a encaminhou para o Hospital X, logo pensou que estava com AIDS. O médico a olhava de uma forma tão estranha que ficou desesperada. Não sabia onde encontrou forças para enfrentar aquela situação. Tinha a certeza de que não iria suportar se realmente estivesse com AIDS. Sentia-se arrasada e com muito medo.

Carol internou-se no Hospital X, na data referida anteriormente, sem ainda ter certeza se estava com AIDS. Encontrava-se deprimida, em péssimo estado geral e extremamente sonolenta. Apresentava déficit motor e sensitivo na região lateral esquerda do cor-

po, adenomegalias palpáveis na região cervical anterior direita, sudorese profunda, taquicardia, placas esbranquiçadas na cavidade oro-esofágica e lesão ulcerada com secreção purulenta na região direita da vulva. Fez vários exames laboratoriais, dentre eles, o segundo teste Elisa. O hemograma revelava anemia (hemácias = 2600.000 p.mm) e leucopenia (leucócitos = 1800 p.mm³). No diagnóstico médico constava AIDS, toxoplasmose cerebral, monilíase oro-esofagiana e herpes na região direita da vulva.

Após a internação, Carol passou a fazer uso de aciclovir 1 ampola EV de 6/6h. (agente antivirótico), uma associação de pirimetamina 100 mg.vo e sulfadiazina 1gr VO de 6/6h para o tratamento da toxoplasmose cerebral, nistatina 1 comp. V.O de 6/6h (antibiótico com atividade antifúngica), solução de permanganato de potássio na região da vulva, tetraciclina e anfotericina B -creme vaginal, dipirona sódica 2 ml EV, se necessário (antitérmico e analgésico) e higiene oral com solução de bicarbonato 4 vezes ao dia.

Carol passava os dias deprimida, apática, irritada, recusando com frequência os medicamentos e a alimentação. No dia 30 de abril daquele ano, passou a fazer uso de sonífero e dois dias depois de sulfato ferroso 1 comp. V.O às refeições, tendo também recebido transfusão de 300 ml de papa de hemácias. Apresentava diariamente vários episódios de febre e dores na região lateral esquerda. No dia 6 de maio foi suspenso o sonífero e introduzido cetoconazol 1 comp. V.O de 12/12h. (antifúngico).

Carol recebeu o diagnóstico de AIDS no dia 9. A partir daí, ela se tornou mais agressiva, tensa, ansiosa, alimentando-se muito pouco, recusando as medicações, os cuidados de enfermagem e a fazer fisioterapia nos membros superior e inferior esquerdos. Iniciou naquele dia a apresentar episódios de vômitos, sendo medicada

com cloridrato de metoclopramida. Passou a fazer uso também de diclofenato sódico 1 comp. V.O (anti-reumático, anti-inflamatório e analgésico) e novamente de sonífero. Foram suspensos os medicamentos aciclovir, nistatina e sulfato ferroso.

No dia 11 daquele mês, realizou tomografia do cérebro, tendo retornado revoltada e agressiva com a equipe de saúde. Começou a usar sulfametoxazol-trimetoprima 2 cápsulas V.O de 12/12 h (antibiótico de amplo espectro) e diazepam. 5 mg V.O (ansiolítico).

Carol apresentava-se cada vez mais debilitada, deprimida, agressiva, com episódios de febre, recusando as medicações, cuidados gerais e alimentando-se muito pouco. No dia 15 foi prescrito soro glicosado 5% - 1000 ml EV, soro fisiológico 0,9% 500 ml EV, complexo vitamínico 1 amp. no soro, reidratante 1 litro V.O e cefalosporina 1 gr EV de 12/12 h (antibiótico de amplo espectro). Continuava fazendo uso dos medicamentos citados anteriormente, com excessão do sulfametoxazol - trimetoprima e do diazepam. No dia seguinte, Carol iniciou a apresentar dor epigástrica, episódios diários de vômitos, eritema e prurido generalizado, sendo medicada com antiácido e anti-histamínico. Foi suspenso naquele dia o medicamento cetoconazol. Carol passou, a seguir, a recusar com frequência a alimentação.

No dia 18, passou a fazer uso de corticóides e no dia seguinte de anti-histamínico. O hemograma realizado no dia 19 daquele mês revelou anemia (hemácias - 2500.000 p.mm) e agranulocitose (leucócitos - 250 p.mm³), tendo também sido diagnosticado monilíase sistêmica. Assim, Carol entrou, no dia 21, em isolamento protetor e iniciou a fazer uso de anfotericina B (antibiótico antimicótico), ácido folínico (limita a ação da enzima folatorredutase), cetoconazol e nistatina. Com a introdução da anfotericina B, ela começou a apresentar reações a este medicamento, tais como, calafrios, hipertermia

e cianose de extremidades. Carol passava os dias deprimida, com crises de choro, queixas de saudades da família, ansiosa e com medo das reações da anfotericina B.

No dia 23 daquele mês, o hemograma evidenciava uma queda na contagem das hemácias (2.000.000 p.mm), mantinha a contagem anterior de leucócitos (250 p.mm³), e também plaquetopenia (plaquetas: 55.000 p.mm³). Foram suspensos os medicamentos: sulfadiazina, corticóide, anti-histamínico, cetoconazol e nistatina. Um dia após, Carol recebeu 300 ml de papa de hemácias e foi introduzido diclofenato sódico e norfloxacino (antibiótico de amplo espectro), além dos medicamentos que vinha fazendo uso anteriormente. No dia 25 foi suspenso a cefalosporina. Como as reações à anfotericina B continuassem, foi prescrito anti-histamínico.

O hemograma do dia 30 revelava um aumento na contagem das hemácias (4.100.000 p.mm), dos leucócitos (800 p.mm³), uma queda na de plaquetas (23.000 p.mm³). Naquele mesmo dia, foi reintroduzido o cetoconazol e a nistatina e um dia depois suspendo a administração da anfotericina B.

Um dia antes do meu contato com Carol, ela continuava apresentando episódios de febre, vômitos e dores na região lateral esquerda. Encontrava-se também debilitada, deprimida, recusando com frequência a alimentação, alguns medicamentos e cuidados de enfermagem.

PROCESSO TERAPÊUTICO

Acompanhei a evolução do processo vital de Carol durante o período de três meses e doze dias, tendo em vista o seu desligamento

do campo somático no dia 12 de setembro de 1989.

A apresentação do processo terapêutico, a seguir, foi dividida em três períodos, visando uma maior compreensão por parte do leitor, a saber: 02/06 a 10/08 (período da 1a. internação após o início deste trabalho), 11 a 25/08 (período após a alta hospitalar) e 26/08 a 12/09 (período da 2a. internação). Durante o período das duas internações contactei com Carol diariamente, em uma média de três a quatro horas. No período da alta hospitalar visitei-a em sua cidade e encontramos-nos também nos seus retornos ao ambulatório, além dos contatos por telefone.

PERÍODO DA 1a. INTERNAÇÃO: 02/06 a 10/08/89

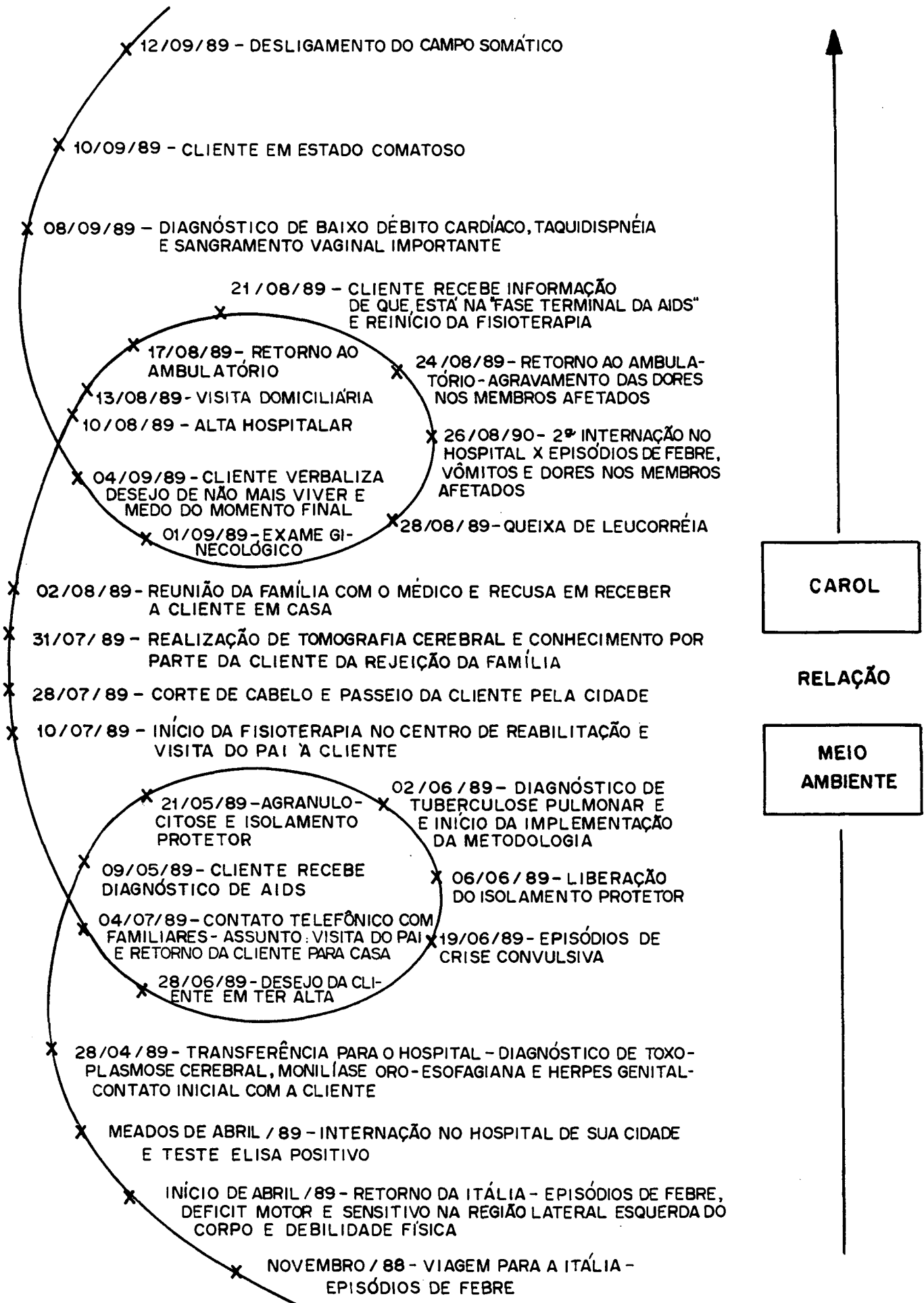
No dia dois daquele mês, encontrei Carol em isolamento protetor. Havia apresentado no período da manhã episódios de febre, náuseas e vômitos. Recusara as refeições oferecidas e encontrava-se muito debilitada. Fora diagnosticado, naquele dia, tuberculose pulmonar e assim iniciaria a fazer uso de tuberculostáticos. Estava também desidratada, tendo sido reiniciada fluidoterapia. Na prescrição médica constava: além dos tuberculostáticos, soro glicosado 5% - 1500 ml ml EV-- 18 gts/min, soro fisiológico 0,9%-- 1000 ml. EV-- 12 gts/min., norfloxacino 1cp VO de 12/12h (antibiótico de amplo espectro), cetonazol 1cp VO de 12/12h (antifúngico), nistatina 1cp VO de 6/6h (antibiótico com atividade antifúngica), pirimetamina 25 mg. VO (ação na toxoplasmose cerebral), cloridrato de metoclopramida 1 amp -IM se necessário (antiemético), dipirona sódica 2 ml IM se necessário (analgésico e antipirético), ácido folínico 1 amp. EV (limita a ação da enzima folatoredutase) e dimenidrato-brometo de potássio 1

amp. IM de 6/6h (antiemético). Naquele dia, após a concordância da cliente iniciamos a coleta de dados. Carol iniciou contando que sentia uma "carência afetiva" muito grande, havia sofrido muito durante a sua vida e ainda continuava sofrendo. Contudo, não precisava ter sofrido tanto, caso tivesse feito outras opções em sua vida. Havia se culpado muito pelos seus erros, mas, naqueles momentos, procurava não fazê-lo, apesar dos fatos estarem sempre presentes. Toda aquela situação que estava vivenciando causava-lhe muito medo e angústia. Sentia-se sem forças para continuar lutando. Chorando, Carol pediu-me que a esclarecesse sobre a AIDS e sobre as suas chances de sobreviver, pois ninguém a havia orientado. Contou-me, a seguir, que um dia quando estava sentada fora do quarto, um dos funcionários da limpeza aproximou-se e disse-lhe que deveria ler a Bíblia e esperar a sua hora chegar, para que pelo menos a sua alma fosse salva. Aparentada, perguntou-lhe porque estava lhe dizendo aquilo, não tendo obtido resposta. Como ainda não estivesse certa do seu diagnóstico, sentiu, naquele momento, que tudo estava perdido para ela e pediu para que a levassem novamente para o quarto.

Outro aspecto que a deixava com medo foi o encontro com o fisioterapeuta. Naquele dia ele segurou o seu pé esquerdo de um jeito brusco e falou-lhe que não havia mais solução. Ficou desesperada, pois gostava de usar sapatos de salto alto. Caso não houvesse solução, como poderia voltar a andar e usar os seus sapatos? Queixou-se também da enorme quantidade de remédios que tomava diariamente e das reações destes em seu organismo. Posteriormente, contou-me sobre as diversas etapas do seu processo vital (ver figura 10).

Naquele primeiro encontro, Carol queixou-se inúmeras vezes de dores na região lateral esquerda, principalmente nos membros superior e inferior esquerdos. Auxiliei-a a mudar várias vezes de po-

FIGURA 10 - ESQUEMA DO PROCESSO VITAL DE CAROL



sição. Queixou-se também de cefaléia, tontura, dores gástrica e no hemitórax direito às inspirações. Durante o período em que estivemos juntas, controlei o gotejamento do soro e estimulei-a a ingerir pequenos goles de suco de 15 em 15 minutos e Carol não apresentou vômito. Mostrei-lhe que seu organismo estava debilitado e assim deveria ingerir pequenas quantidades de alimentos em curtos intervalos de tempo. Deveria também se programar mentalmente para aceitar os alimentos, pois se ao ingeri-los pensasse que iria vomitar, isto certamente ocorreria.

Procurei mostrar-lhe que eu acreditava na sua recuperação, mas que ela tinha uma grande parcela de responsabilidade naquele processo. Perguntei-lhe se acreditava na sua recuperação, tendo Carol respondido, sem muita convicção, que sim. Voltei novamente a fazer-lhe a mesma pergunta, sorrindo, ela respondeu em voz alta que sim. Referindo-me à fala inicial de Carol, disse-lhe que ela havia feito opções não muito felizes em sua vida, mas que não havia sido em vão, pois lhe acarretava aprendizagem e crescimento interior. Entretanto, naquele momento, poderia fazer novas opções e redirecionar o curso rítmico do seu processo vital. Precisava acreditar na sua recuperação e mobilizar sua força interior para isto. Iria ajudá-la, mas não poderia fazer o trabalho que competia exclusivamente a ela fazer. Enquanto falava, Carol ouvia atentamente parecendo concordar. A seguir, traçamos alguns objetivos do nosso trabalho: orientar sobre o processo saúde-doença da AIDS, realizar fisioterapia diariamente nos membros superior e inferior esquerdos, ingerir pequenas quantidades de alimentos em curto período de tempo e iniciar o desenvolvimento da técnica de visualização.

No final do encontro, detectei que o local da punção venosa estava ficando edemaciado. Carol referiu que iria aguardar o fun-

cionário do plantão noturno, pois a daquele período não punccionava veia muito bem. Perguntei-lhe se gostaria que eu o fizesse. Após a concordância da cliente, troquei o local de infusão do soro. Ao despedir-me, perguntei-lhe se no dia seguinte, sábado, iria receber visitas. Carol disse que não e, então, combinamos de iniciar naquele dia a aplicação da técnica de visualização e que iria fornecer-lhe orientações sobre o processo saúde - doença de AIDS.

No dia seguinte, encontrei Carol muito deprimida. Suas faces estavam abatidas e demonstrava cansaço ao falar. Contou que havia tido um episódio de fezes líquidas e de febre no período da manhã. Entreguei-lhe o material sobre terapias alternativas e permaneci ao seu lado cerca de 2h 55min, auxiliando-a nas suas necessidades gerais. Orientei-a sobre terapias alternativas, com ênfase na técnica de visualização e procurei fortalecer a sua crença no seu processo de recuperação. Percebi que, próximo a sua cama, havia um calendário da SEICHO-NO-IÊ. Li a mensagem daquele dia em voz alta e perguntei-lhe se partilhava daquela filosofia de vida. Carol disse que havia recebido aquele calendário de seu irmão. Ela já havia lido alguns livros da SEICHO-NO-IÊ e partilhava daquela crença. Contei-lhe que também já havia estudado os preceitos da SEICHO-NO-IÊ e assim conversamos sobre aquele tema, tendo Carol revelado sua crença na reencarnação. Estimulei-a a ingerir pequenos goles de água e metade de uma maçã. Finalizando, desenvolvemos a técnica da visualização orientada para as regiões do cérebro, pulmões, aparelho digestivo, potencialização do sistema imunológico, fortalecimento da auto-estima, auto-imagem e bem estar geral. Carol referiu sentir-se melhor e mais relaxada após a técnica, apesar de ter sentido dificuldades com relação à região lateral esquerda. Despedi-me e prometi voltar na segunda-feira, no mesmo horário. Naquele dia, propus a Carol para

adiarmos a orientação sobre o processo saúde-doença da AIDS, tendo em vista o seu estado geral.

No dia 5 daquele mês, ao chegar no posto de enfermagem da unidade, fui informada pela enfermeira chefe que Carol estava muito agressiva naquele dia. Havia tido um episódio de vômito e fezes líquidas. Recusava as refeições oferecidas e também a fazer fisioterapia. Ao entrar em seu quarto, encontrei Carol deitada de frente para a parede, parecendo dormir. Permaneci algum tempo ao seu lado, esperando que acordasse. Ao chegar o lanche da tarde, avisei-a, mas ela não respondeu. Percebi que ela estava acordada e voltei a avisá-la da chegada do lanche. Carol, também desta vez, não respondeu. Aguardei mais algum tempo e resolvi conversar com ela de forma franca e firme. Perguntei-lhe porque agia daquela forma. Desde que internara no hospital estava constantemente agressiva e recusava os cuidados de enfermagem. Perguntei-lhe se estava realmente desejando antecipar a sua partida. Se fosse isto, eu iria respeitar, embora achasse uma atitude covarde. Falei-lhe que eu acreditava na sua capacidade para superar aquela situação e se recuperar. Estava ali para ajudá-la, não adiantava que só eu acreditasse, se ela própria estava, a cada dia, agravando mais a sua situação. Disse que sentia grande carinho por ela e queria muito que ela lutasse. Aquela atitude dela me deixava triste e com uma sensação de impotência. Quando terminei de falar, Carol virou-se para mim e disse que queria reagir, mas precisava da minha ajuda. Prometi ajudá-la e, em seguida, ela me pediu um pouco d'água. Após alguns segundos ela vomitou média quantidade de líquido cor amarronzado. Auxiliei-a e falei-lhe que havia ligado no domingo. Perguntei-lhe se havia recebido o meu recado. Ela respondeu que não. A seguir, estimulei-a a falar sobre os seus sentimentos. Carol referiu se sentir desanimada e contou-me que

no domingo acontecera um incidente que a deixara muito deprimida. Já há algum tempo não tinha apetite e não conseguia se alimentar. Na manhã do domingo acordara com fome e desejando se alimentar. Pediu o café da manhã para a atendente de enfermagem e que esta havia falado que não ia lhe dar nada, porque ela não tinha fome. Carol contou que ficou furiosa e começou a chingar todo mundo, parecendo uma louca. Deste modo, o seu apetite acabou e não conseguiu mais se alimentar. Sentia-se constantemente irritada em decorrência da solidão e do cansaço de estar constantemente naquela cama. Recomendei-lhe que, quando se sentisse com raiva e irritada, colocasse para fora. Uma boa forma de se sentir melhor era soltar sons em voz alta. Caso o pessoal do hospital aparecesse, diria que estava colocando as suas raivas para fora e não se preocupasse, pois o importante era se sentir bem.

Expliquei-lhe que a sua situação era muito delicada. Aquela era um momento muito importante em sua vida, pois caso não resolvesse lutar acabaria perdendo aquela batalha. Mostrei-lhe que não adiantava ficar na cama esperando um milagre acontecer, porque no meu entender eles não existiam. Existia sim, possibilidades de recuperação, desde que ela resolvesse enfrentar aquela situação e fazer o trabalho que lhe competia fazer. Sugeri que parasse de se lastimar, procurasse acordar cedo, tomar banho e sair daquela cama. Achara-a muito bonita, mas estava precisando cuidar mais da sua aparência. Precisava também se interessar mais pelas coisas exteriores. Quando se sentisse em condições, procurasse ler alguns dos seus livros, assistir televisão. Outro fator importante era a alimentação, precisava programar-se mentalmente para aceitá-la e buscar alimentar-se com frequência. Realizamos, naquele momento, uma programação e ofereci o lanche a Carol, tendo ela aceitado 1 xícara de chá, uma

fatia de pão e uma de pera. Mostrei-lhe que iria se recuperar, mas que este processo era gradativo. Após o lanche a cliente não apresentou vômito.

Posteriormente, falei-lhe que o seu processo vital assemelhava-se a um romance. Parte da história já estava escrita e, portanto, não poderia apagá-la e não adiantava ficar se lamentando ou se culpando. Contudo, precisava dar continuidade à história de sua vida e poderia fazê-lo de várias formas. Uma delas, era a de continuar apática, definhando dia a dia, numa atitude de covardia perante a vida. A outra, era a de enfrentar corajosamente aquela situação e sair daquela cama, fortalecida em todos os aspectos do seu ser. A primeira opção não era interessante, pois ninguém iria querer comprar aquele romance, inclusive eu. A outra, já continha uma mensagem mais otimista e tornava o romance digno de ser lido e apreciado.

Naquele dia Carol contou-me que na noite anterior tivera uma pesadelo horrível, sonhara que estava sendo perseguida, embora não se lembrasse de quem se tratava. Sentia-se desesperada, sem forças e procurava o tempo todo se esconder. Expliquei-lhe que, provavelmente, aquele sonho estava ligado à situação que estava vivenciando. Sentia-se perseguida pela doença e impotente para enfrentá-la. Entretanto, ficava na defensiva, procurando afastar todas as pessoas que queriam ajudá-la. Perguntei-lhe por que agia assim. Ela respondeu que se sentia insegura, apavorada e com um "medo mortal", pois a cada dia estava mais fraca e não conseguia superar aquela situação. Conversamos algum tempo sobre os seus medos e inseguranças e mostrei-lhe que precisava verbalizá-los para que pudéssemos trabalhá-los. Finalizando o encontro, auxiliiei Carol na fisioterapia e apliquei a técnica da visualização. Antes de sair, Carol referiu que estava com vontade de comer gelatina e tomar chá de camomila, o que

prometi providenciar. Percebi, naquele dia, que foi muito importante a conversa que tivera com Carol. Ela se mostrou descontraída e com vontade de reagir. Por outro lado, senti que havia conquistado a sua confiança e a sua amizade.

No dia seguinte, ao chegar na unidade, encontrei com a profissional da equipe que me solicitava para trabalhar com a cliente. Esta profissional contou que Carol estava gostando do trabalho que estávamos realizando e que eu a estava ajudando muito. Disse-lhe também que eu havia lhe dado umas "brincas", o que fez com que ela refletisse melhor e resolvesse mudar sua atitude. Uma atendente de enfermagem, que estava perto, contou que Carol acordou cedo, pediu para tomar banho e sentar-se na cadeira. Alimentou-se melhor e estava se interessando mais pela sua aparência e pelo ambiente. Ao ler a prescrição do dia, tomei conhecimento que Carol havia saído do isolamento. O seu hemograma revelava anemia (hemácias: 2.800.000 p.mm), leucopenia, apesar do aumento na contagem dos leucócitos (1.400 p.mm³) e plaquetopenia (plaquetas - 25.000 p.mm³).

Dirigi-me ao quarto de Carol e esta ao me ver sorriu e disse que estava me esperando. Falei-lhe que estava muito bonita e mais animada, o que me deixava muito feliz. Entreguei-lhe a gelatina, um pacote de chá de camomila e um prendedor para o cabelo. Ela agradeceu e enquanto comia a gelatina relatou as ocorrências do período da manhã. Havia pedido para contactarem com a sua família, pedindo uma lista de alimentos. Achava a comida do hospital horrível e queria uma alimentação natural. Sugeri que poderíamos tentar conseguir as suas refeições em um restaurante natural. Carol achou ótima a sugestão e disse que poderia comprá-la, pois dinheiro não era problema. Combinamos, então, que eu providenciaria as refeições, mas primeiro conversaria com a nutricionista e com o médico. A cliente

contou também que realizara, durante grande parte da manhã, fisioterapia nos membros afetados. Em seguida, pediu que a orientasse sobre a AIDS. Expliquei a ela o processo saúde-doença da AIDS e a função do sistema imunológico. Carol mostrou-se muito interessada, tendo feito várias perguntas sobre o assunto. Finalizando, desenvolvemos a técnica de visualização. Antes de sair, Carol segurou a minha mão, agradeceu e disse que estava feliz por me ter como amiga.

Nos três dias que se se seguiram, Carol, embora debilitada e com dores na região lateral esquerda, estava mais otimista e com maior disposição para superar as suas dificuldades. Apresentava uma frequência menor dos episódios de vômitos e febre. No dia 7, Carol verbalizou o seu medo da morte, tendo a partir daquele dia iniciado diálogo acerca do assunto. Começamos também a trabalhar o seu padrão de pensamentos, sentimentos e emoções desarmônicos. Naquele dia foi suspenso o antibiótico norfloxacino. No dia 8, a cliente contou-me outro pesadelo que tivera. Sonhou que se casou e foi morar em um apartamento. Sentia muita fome, mas não tinha nada para comer. Pedia socorro, mas ninguém aparecia para lhe dar um pedaço de pão. Ainda assim, teve dois filhos bem gorduchinhos. Relacionei o seu sonho com a deficiência alimentar e mostrei-lhe que os bebês poderiam significar a emergência de uma solução para o seu problema. Naquele dia, contei-lhe que já havia combinado o fornecimento das suas refeições por parte de um restaurante natural, mas eles não poderiam entregá-las. Tentei também viabilizar com a administração do Hospital, tendo em vista o fato desta dispor de um carro próprio, contudo a resposta foi negativa. Deste modo, ficaria sob a minha responsabilidade buscar as suas refeições de 2ª. a 6ª. feiras, pois nos finais de semana o restaurante não funcionava. Ainda no dia 8, foi suspenso o medicamento cetoconazol e a infusão dos soros e, assim, iniciamos uma pro-

gramação de caminhadas com auxílio e aumento gradativo de distância.

Observei que nos quatro dias que se sucederam ao dia 8, Carol não apresentou episódios de febre e as evacuações estavam se regularizando tanto em número como em consistência.

No período de 12 a 17 de junho, Carol apresentou uma melhora significativa do seu estado geral. Os episódios de febre e vômitos foram se espaçando. Passou a se alimentar melhor após a introdução da alimentação natural. Manifestava o desejo de se recuperar logo e retornar para casa e já se relacionava melhor com os profissionais da equipe de saúde e funcionários da unidade. No dia 12 daquele mês, contou que no domingo havia recebido a visita do ex-marido e do filho. Emocionara-se muito, pois sentia muita saudade dos filhos. Conversamos algum tempo sobre os seus sentimentos e a sua relação com os filhos. A seguir, ela disse que o médico havia prescrito sonífero naquele dia, pois não havia conseguido dormir à noite. Estimulei a reflexão de Carol sobre a real necessidade daquele medicamento. A cliente falou que se sentia muito só à noite e não conseguia iniciar o sono. Após algum tempo de diálogo sobre o assunto, decidimos que Carol deveria permanecer a maior parte do tempo fora do quarto, necessitávamos trabalhar os seus medos e inseguranças em relação à doença e substituiríamos o sonífero por chá de Melissa. Posteriormente, conversei com o médico que concordou com a substituição. Estimulei a cliente a se tornar independente, a se interessar e participar mais do seu tratamento e a discutir com a equipe sobre o mesmo. Mostrei-lhe os medicamentos que tomara e expliquei suas funções, doses, horários de administração e efeitos colaterais. Acrescentou-se às medicações anteriores a sulfadiazina 1 g V.O de 6/6 horas. Carol evidenciou a sua preocupação com a queda de cabelos e com a deficiência motora nos membros superior e inferior

esquerdos. Naquele dia, ela se queixou de cefaléia, tendo obtido melhora após a aplicação de do-in nos pontos VB20, IG4 e P7. Finalizando, aplicamos visualização, auxiliiei-a na caminhada e a deixei sentada na área externa. No dia 13, Carol referiu sentir-se melhor e desejosa de se recuperar logo, para voltar para casa. Havia iniciado com facilidade o sono, após a introdução do chá de Melissa. Naquele dia, a cliente abordou a questão do preconceito existente em relação à AIDS e dialogamos algum tempo sobre o assunto. Procurei conscientizá-la de que aquele era um problema que poderia vivenciar, tendo em vista que ainda existia muita ignorância acerca do processo saúde-doença da AIDS. Entretanto, ela, deveria assumir a sua condição de portadora da AIDS, mas sem se auto-discriminar. A cliente também manifestou interesse sobre o resultado da palestra que eu havia feito na noite anterior, para alguns enfermeiros e funcionários do hospital, que se interessavam em conhecer o trabalho e as técnicas que estávamos realizando. A seguir, incentivei Carol a refletir sobre o seu processo vital, a fim de juntas detectarmos as interferências dissonantes e a AIDS como resultado da sua relação desarmônica com o seu "eu" e com o meio ambiente. Procurei também fazer com que ela percebesse os seus aspectos harmônicos e a necessidade de melhor exercitá-los. Carol queixava de dores intensas nos membros afetados, tendo sido prescrito diclofenaco sódico 1 amp IM, se necessário (anti-reumático, anti-inflamatório e analgésico). Iniciamos, naquele dia, as técnicas de massagem corporal e imposição de mãos, além da técnica de visualização. A cliente referiu que era a primeira vez que alguém lhe aplicava a técnica de imposição de mãos e que uma energia muito forte penetrou o seu corpo, chegando a balançá-lo e sentira uma sensação de muito calor. Continuamos no restante daquele período a implementação dos objetivos traçados (ver anexo 6). Carol estava

otimista, sorria com frequência e demonstrava acreditar na sua recuperação. As evacuações haviam normalizado, sentia apetite e se alimentava melhor, os episódios de febre e náuseas ocorriam muito esporadicamente.

A cliente conseguia caminhar, com auxílio, distâncias maiores, sem se cansar. Mostrei-lhe que precisava adquirir nova estabilidade, em função do seu problema e estimulava-a a dar passos, sem auxílio. Carol mostrava-se insegura e com medo de cair, mas após minhas insistências conseguia dar alguns passos sozinha. Compartilhávamos, naqueles instantes, muita alegria ao vermos os seus avanços. No dia 15, tive a oportunidade de conhecer a madrastra e a irmã de Carol que foram visitá-la e levar frutas, biscoitos, dentre outros alimentos solicitados. Dialogamos algum tempo sobre a recuperação de Carol e, posteriormente, as deixei a sós. No dia 16, o resultado do hemograma de Carol evidenciava anemia (hemácias - 1.400.000 p.mm), aumento significativo da contagem dos leucócitos (4.100 p.mm³) e plaquetopenia (plaquetas - 60.000 p.mm³). A cliente recebeu, naquele dia, 600 ml de concentrado de hemácias.

No domingo, dia 18 de junho, liguei de manhã para o hospital e me contaram que Carol estava se sentindo bem e aceitara todo o café da manhã.

No dia 19 daquele mês, segunda-feira, ao chegar no posto de enfermagem fui informada de que Carol havia tido três crises convulsivas no domingo. Ao entrar em seu quarto encontrei-a dormindo. Em um dos lados de sua cama havia uma grade de madeira e os seus braços estavam amarrados nas laterais da cama. Apresentava as faces abatidas e equimoses por todo o corpo. Naquele instante, não pude acreditar no que via. Senti-me arrasada e me perguntava se realmente aquela situação estava acontecendo, justo naquele momento em que Ca-

rol começava a acreditar na sua recuperação. Sabia que não podia desanimar e após me recompor desamarrei os seus braços e procurei acordá-la. Muito sonolenta, a cliente contou que não sabia o que havia acontecido, mas sentia dores horríveis em todo o corpo. Conte-lhe o que acontecera e procurei animá-la, mostrando que aquele era um incidente, mas que superaria, assim como estava superando as outras dificuldades. Carol falou que estava sentindo muito medo. Conversei algum tempo com ela, procurando infundir-lhe coragem e confiança. Percebi que ela estava muito cansada e com sono. Deste modo, utilizei musicoterapia e, enquanto dormia, permaneci ao seu lado, por algum tempo, segurando a sua mão e transfundindo-lhe energias. Fora introduzido os medicamentos feniletilmaloniluréia - 100 mg V.O à noite (anticonvulsivo e espasmolítico) e difenil - hidantoína - 1 comp. V.O de 8/8 horas (antiepilético).

Naquele dia, após encontrar-me com outro cliente, saí do hospital muito deprimida e me sentindo debilitada, como se todas as minhas energias houvessem se exaurido.

No dia seguinte, logo ao chegar, a enfermeira chefe disse-me que Carol estava agressiva e havia tentado morder uma funcionária. Ao entrar em seu quarto, ela me pediu que a ajudasse a ir ao banheiro. Fui ao posto de enfermagem e solicitei ajuda a uma funcionária. Esta falou que estava cansada da cliente, pois desde o período da manhã ela estava perturbando para ir ao banheiro. Carol havia passado dos limites quando agarrou o seu braço para morder. Falei-lhe que a cliente não tinha consciência do que fizera, tendo em vista que estava sob a ação de medicamentos. Uma outra funcionária referiu que cedo ela estava consciente e a havia arranhado. Procurei despertar a compreensão delas com relação ao estado da cliente e após algum tempo de diálogo a funcionária auxiliou-me a levar Carol

ao banheiro. Durante o trajeto, a cliente queixou-se de tontura e dores generalizadas, tendo inclusive evacuado no pijama. Após termos feito a sua higiene corporal, a levamos de volta para a cama. Carol encontrava-se sonolenta e muito deprimida. Mostrou as equimoses no corpo e a mucosa da boca que estava lacerada pelas mordidas durante as crises convulsivas. Além das dores generalizadas, sentia dificuldades para falar e comer em decorrência do déficit motor na região lateral esquerda da face. Ao comentar sobre as crises convulsivas, Carol referiu não se lembrar do que acontecera, só do medo que sentia de morrer longe da família. Conteí-lhe que, naquela manhã, havia tentado morder uma funcionária, tendo a cliente se admirado pois não se lembrava deste fato. Estimulei Carol a verbalizar os seus medos e inseguranças acerca da situação vivenciada e procurei infundir-lhe coragem e confiança. Fiz questão de mostrar que continuava acreditando na sua recuperação e a estimulei a desenvolver a sua espiritualidade. A seguir, comentei com ela a recuperação do derrame pleural, detectado pelo raio X, procurando evidenciar que o seu organismo estava reagindo. Naquele dia, a cliente recusou a técnica de visualização e desenvolvemos imposição de mãos e musicoterapia.

Durante o período de 21 a 30 de junho daquele ano, Carol apresentou uma grande oscilação do seu estado emocional. Mostrava-se apática, insegura e descrente da sua recuperação. Queixava de fortes dores nos membros afetados, tontura ortostática, frequentes episódios de náuseas e perda do apetite. Buscava, nos nossos encontros, estimular a sua confiança na recuperação e infundir-lhe coragem para superar as suas dificuldades. Algumas vezes, ela se mostrava agressiva comigo, em função das minhas insistências para se alimentar, tomar banho e sair do quarto. Contudo, acabava cedendo, aceitava os alimentos oferecidos e saía do quarto, caminhando com dificuldade.

Outras vezes, levava-a a passear pelo jardim de cadeira de rodas. Carol me contava os seus sonhos frequentes, com os filhos e com o pai e chorava de saudades. Queixava-se também de solidão, especialmente no período noturno e finais de semanas. Percebia que, através dos nossos diálogos diários, Carol começava a manifestar o seu desejo de se recuperar, a se interessar e participar novamente do seu tratamento. No dia 28 daquele mês, a cliente mostrava-se mais animada, desejava voltar a andar e passar um final de semana em casa, tendo o médico concordado. Queria muito ver os filhos e o pai. Entretanto, iria combinar com a madrasta em sua próxima visita. Naquele dia, estimulei Carol a avaliar os seus progressos, a partir da doença. Ela colocou que ficara doente em função do abuso da sua liberdade. Havia precisado ficar doente para se conscientizar dos seus erros e avaliar melhor a sua vida e as suas opções. Estava aprendendo muito, embora de uma forma bastante difícil. Aprendera a ser mais paciente, a agradecer e respeitar as pessoas. Estava se tornando mais otimista, compreensiva e sem tantas revoltas. Antes era orgulhosa, egoísta, prepotente, agressiva, pessimista e revoltada. Procurei mostrar-lhe que toda doença traz em seu bojo uma mensagem que, quando bem compreendida, pode gerar mudanças de atitudes e novas opções para se atingir os reais propósitos da vida. Demonstrei-lhe que estava muito feliz por ver os seus progressos. Entreguei-lhe o livro "Com a Vida de Novo", cujo autor principal é O. CARL SIMONTON e pedi-lhe que lesse. Dois dias depois, Carol fez comentários acerca do livro e me pediu para ler o parágrafo que dizia: "...sem que haja convicções, por parte tanto do paciente como da equipe médica, para apoiar o tratamento e criar a expectativa da saúde, o tratamento físico estará incompleto. A recuperação torna-se mais facilitada ao mobilizarmos a pessoa como um todo em direção à saúde". Dialogamos,

a seguir, sobre alguns tópicos do livro, tendo estimulado a cliente a refletir sobre o seu processo vital e sobre a sua condição. Naquele período, a cliente apresentou alteração da função hepática com leve icterícia, tendo sido suspenso um dos tuberculostáticos (rifampicina). Foi reintroduzido o cetonazol, em virtude do aparecimento de monilíase oral. A dose de feniletilmaloniluréia foi reduzida pela metade, devido a sonolência da cliente e os medicamentos pirimetamina e sulfadiazina foram substituídos pelo cloridrato de clindamicina 2 caps. V.O de 6/6 horas (2 opção para a toxoplasmose cerebral). O hemograma do dia 29 daquele mês revelava anemia (hemácias 3.000.000 p.mm³), leucopenia (leucócitos 1.300 p.mm³) e plaquetopenia (plaquetas - 30.000 p.mm³).

No período de 1 a 7 de julho, apesar de alguns episódios de depressão, Carol apresentava-se mais otimista, aceitava bem as refeições que lhe trazia diariamente, iniciava com facilidade um sono profundo e as suas eliminações estavam regularizadas. Também não apresentava episódios de febre e de vômitos. As queixas da cliente eram referentes às dores na região lateral esquerda, solidão e saudades do pai e dos filhos. Continuávamos a implementar as técnicas de visualização, massagem corporal, imposição de mãos e a programação diária de caminhadas com auxílio e com aumento gradativo de distância. Em nossos diálogos, estimulava Carol a refletir sobre a sua situação e sobre a sua atitude frente à mesma. Estimulava também a cliente a mudar o seu padrão de pensamentos, sentimentos, emoções e a desenvolver a sua espiritualidade. A prescrição médica se mantinha e o resultado do seu hemograma do dia 5 revelava aumento na contagem das hemácias (3.400.000 p.mm³), leucócitos (2.800 p.mm³) e das plaquetas (100.000 p.mm³). Naquele período, após entendimento com Carol, mantive contato com sua madrasta por telefone, com o objetivo

de solicitar a visita do pai da cliente, pois esta não o via desde a sua internação e viabilizar a ida dela para casa em um final de semana. A sua madrasta respondeu-me que com relação à visita iria conversar com o seu marido, agora quanto à ida da cliente para casa, naquele final de semana, era praticamente inviável, pois a sua irmã que tinha "problemas mentais" estava "desequilibrada" e, deste modo, não poderiam recebê-la. Repassei à cliente que sua madrasta não havia dado nenhuma resposta, visto que iria primeiramente conversar com o seu pai.

No período de 10 a 16 daquele mês, Carol já caminhava com maior segurança. No dia dez fomos à frente do hospital visitar o médico no ambulatório e a enfermeira chefe; ela queria lhes mostrar que conseguia caminhar sem auxílio. Ao entrarmos no ambulatório, pesei a cliente (peso: 48,500 kg). Ela se mostrava feliz, rindo com frequência ao ver os seus avanços. Desejava se recuperar logo, voltar a caminhar e inclusive poder usar os seus sapatos de salto alto que trouxera da Itália. No dia onze, ela começou a ir ao centro de reabilitação fazer fisioterapia, cuja solicitação médica havia sido encaminhado no dia nove de junho. Naquele mesmo dia, ao encontrar-me com a cliente, ela falou sobre o resultado do exame feito pelo fisiatra e sobre as pessoas deficientes que lá encontrara. Os objetivos da fisioterapia seriam dar mais estabilidade no tornozelo e treinar a marcha. Após algum tempo de diálogo, Carol contou, sem muito entusiasmo, que ao retornar da fisioterapia recebera a visita do pai, tendo conversado algum tempo com ele. Achei estranho, porque ela aguardava aquela visita com muita ansiedade. Estimulei-a a falar sobre a visita. A cliente contou que quando viu seu pai, caminhou rápido, quase caiu e se jogou em seus braços. Aguardara tanto aquela visita e ela acontecera justo no dia em que estava com dor, acentua-

da pela fisioterapia, e não havia nem sol para esquentá-la, enquanto permanecia sentada fora do quarto conversando. Em sua fala, pude detectar medo de voltar para casa e de não querer que os filhos a vissem daquele jeito. Posteriormente, a cliente mudou de assunto e procurei respeitar o seu desejo de não mais falar sobre o mesmo. Contudo, ficou a impressão de que ela se decepcionara com a visita do pai. Ao sair, perguntei a uma funcionária sobre o encontro e ela me respondeu que seu pai a recebera com "muita frieza". Não satisfeita, fui conversar com um dos elementos da equipe que também presenciara o encontro e inclusive dialogara com o pai da cliente. Esta profissional relatou que o pai e a madrasta de Carol não a perdoavam pela sua conduta e por estar com AIDS. Ela havia percebido, desde o início, através dos diálogos com a madrasta e a irmã, que as expectativas da família eram de que ela morresse. Ela ligara várias vezes solicitando a visita da família, mas percebia que quando estas ocorriam, a finalidade era a de entregar compras de supermercado e irem logo embora. Percebera que havia sérios distúrbios naquela família, pois Carol não era um caso isolado. Outros membros da família tinham problemas. O pai da cliente se colocara como uma pessoa espiritualista, mas as suas ações demonstravam o contrário. Sempre se preocupava em dar coisas materiais aos filhos, mas não afeto. Ele falara também que já "carregava a família" e não tinha condição de receber Carol em casa. Os seus planos eram alugar-lhe um apartamento e contratar uma pessoa para cuidar dela. Detectei, assim, que as percepções daquela profissional eram semelhantes às minhas e que a família estava rejeitando Carol. A partir daquele dia, Carol apresentou-se deprimida em alguns encontros, mas ao ser estimulada voltava a se alegrar e a fazer planos. Queria retornar para casa, mas se sentia insegura, pois não sabia como iria ser recebida. Procurava mostrar-

lhe que poderia encontrar dificuldades, pois ainda existia muita ignorância acerca do processo saúde-doença da AIDS. Todavia, confiava na sua capacidade para superar as dificuldades que pudessem surgir, assim como estava superando aquelas vivenciadas. A cliente também fazia planos de ficar com o filho que estava com o seu ex-marido.

No dia 14, encontrei Carol em isolamento. O seu hemograma evidenciava uma queda na contagem de hemácias (2.900.000 p.mm), de leucócitos (1.300 p.mm³) e mantinha a de plaquetas (100.000 p.mm³). Como houvessem suspeitas de erro laboratorial foi colhido novo material, tendo o resultado mostrado alteração na contagem de hemácias (2.6000.000 p.mm), de leucócitos (2.000 p.mm³) e de plaquetas (255.000 p.mm³). Assim, Carol saiu do isolamento. Naquele mesmo dia o medicamento cloridrato de clindamicina foi substituído pela sulfadiazina e introduzido ácido acetil-salicílico (analgésico e anti-inflamatório).

No dia 15 daquele mês, sábado, ocorreu a primeira reunião de um grupo de pessoas com AIDS, tendo Carol participado. Há algum tempo desejava formar aquele grupo, tendo em vista o isolamento que eles viviam e pelo fato de muitos não terem com quem partilhar os seus problemas. Assim, contactei com vários, os quais já conhecia, alguns internados e outros em controle ambulatorial e propus a formação daquele grupo. Na primeira reunião escolhemos a diretoria do grupo, o nome - "GRUPO AMOR A VIDA" - e traçamos os objetivos do mesmo. Dentre os objetivos constavam: propiciar o entrosamento entre as pessoas com AIDS; proporcionar as verbalizações dos problemas vivenciados por eles; buscar juntos soluções para os mesmos; repassar informação sobre o processo saúde-doença da AIDS, formas de tratamentos existentes e novas descobertas sobre o assunto; lutar contra a discriminação sofrida por eles, denunciar a omissão de socorro e

de atendimento por parte de instituições e/ou profissionais de saúde aos portadores do HIV ou clientes com AIDS. Naquela reunião, Carol referiu estar se sentindo bem melhor e conversou animadamente com os elementos do grupo.

No período de 17 a 23 de julho, Carol se manteve na expectativa de sair do hospital. Caminhava diariamente, fazia fisioterapia e se esforçava para se tornar cada vez mais independente. Quando se referia às suas idas no centro de reabilitação, agradecia a Deus, porque percebia que seu problema era pequeno quando comparado com os dos deficientes e dos adultos paraplégicos com quem convivía diariamente. No início daquela semana, a cliente contou que o seu pai havia viajado de férias para São Paulo com a madrasta e os seus filhos. Deste modo, deveria aguardar mais uma semana para resolver sobre a sua alta hospitalar. Falou que um amigo seu, professor da universidade, fora visitá-la duas vezes, mas não o deixaram entrar, pois seu nome não constava na lista de pessoas permitidas pela família. Sentiu-se magoada com o incidente, visto que se sentia muito só. Recebia esporadicamente a visita da madrasta e da irmã e quando alguém ia lhe visitar não podia entrar. Achava um absurdo aquela norma do hospital. Ela, já adulta, ter que pedir permissão para a família consentir em colocar o nome de seu amigo na lista para poder visitá-la. Outro fato que a cliente não concordava era de não poder ligar ou receber telefonemas no hospital. Referia que se sentia em uma prisão. Por outro lado, tinha receio de retornar a sua casa, pois sempre fora muito "policiada" e lá não teria quase ninguém com quem conversar. O seu pai, por sua vez, era muito "duro" e sempre a magoava. Assim, tinha sérias dúvidas se iria conseguir conviver com o pai, ainda mais agora que estava doente. Carol, naqueles dias, queixava de cefaléia e fraqueza. O hemograma do dia 19 revelava uma

anemia acentuada (hemácias 2.200.000 p.mm), aumento significativo dos leucócitos (4.000 p.mm³) e uma queda das plaquetas (155.000 p.mm³). No dia seguinte, ela recebeu transfusão de 600 ml de concentrado de hemácias. Naquele período, tendo em vista a queda acentuada dos seus cabelos, a cliente resolveu cortá-lo e pediu-me que entrasse em contato com um amigo, cabelereiro, mas que eu lhe dissesse antes o seu diagnóstico. Assim o fiz, contudo, nas duas vezes em que combinamos, o amigo da cliente alegou motivos de última hora para não ir e transferiu para a semana seguinte. No dia 20 o peso de Carol acusou um aumento de 1,500 kg. (50,00 kg). Na sexta-feira, dia 21, ao retornarmos da caminhada encontramos com a irmã de Carol, que fora lhe levar frutas, biscoitos e outros alimentos. Dialogamos algum tempo, tendo a irmã de Carol informado que seu pai havia liberado a visita do seu amigo. Aproveitei o momento em que fiquei a sós com a irmã da cliente e perguntei-lhe se o seu pai havia retornando de São Paulo e se a família havia resolvido receber Carol que já estava com alta programada. Ela respondeu que nada havia sido resolvido. Seu pai estava retornando aquele final de semana e iria tentar convencê-la a receber a irmã. Falei-lhe sobre a importância da cliente sair logo do hospital, pois estava há muito tempo internada. Carol estava se sentindo bem melhor, caminhando com mais segurança, cada vez menos dependente e precisava muito do apoio familiar. Seria muito difícil para ela conviver com a rejeição da família. A irmã da cliente, no final da conversa, prometeu que faria tudo o que pudesse para que ela fosse recebida em casa. Durante aquele período, continuamos a implementar os objetivos traçados e as técnicas já mencionadas. A prescrição médica não sofreu alteração.

No período de 24 a 30 de julho, Carol apresentou-se impaciente, algumas vezes deprimida e outras vezes agressiva. Estava

cansada de ficar no hospital e queria muito retornar para casa. Sentia saudades da família, principalmente dos filhos. Esforçava-me para animá-la e mantê-la interessada em seu processo de recuperação. Estimulava-a a refletir sobre os seus progressos, mas sentia que a cliente necessitava urgentemente de mudar de ambiente, caso contrário, iria se deprimir cada vez mais e agravar o seu estado. Carol estava internada há três meses e isto, por si só, se constituía em fator agravante, ainda mais por sabermos que ela já poderia estar de alta, caso a sua família se resolvesse a recebê-la. Estava muito preocupada com a situação da cliente e pensava em formas de tirá-la por algumas horas do hospital, mas o clima frio não permitia. Carol queixava de cefaléia e, em decorrência, fora marcado o exame de tomografia do cérebro para o dia 31 daquele mês. Este exame ainda era realizado em outra cidade, tendo a cliente já feito um anteriormente. Carol mostrava-se preocupada, pois no anterior, o motorista da ambulância a discriminara, não lhe dirigiu uma palavra e se sentira isolada. Dialogamos sobre o assunto e resolvemos que ela conversaria com a enfermeira chefe para que resolvesse aquela questão. O seu amigo, cabelereiro, por sua vez, continuava encontrando motivos para não cortar o cabelo da cliente e, assim, resolvi conversar com ela, a fim de encontrarmos outro. No dia 28, apesar do vento, o dia amanheceu ensolarado. Combinei com uma cabelereira, que concordou em ir, mesmo sabendo do diagnóstico da cliente. Após o almoço levei-a ao hospital. Encontramos Carol deprimida e mal humorada. A cabelereira cortou-lhe o cabelo, fêz-lhe uma "escova" e eu lhe passei baton e blush. Naquela tarde saímos do hospital para levar a cabelereira e passear. Fomos a vários pontos turísticos da cidade, fizemos lanche em uma casa de tortas e, por último, paramos na beira mar norte, onde caminhamos algum tempo. Carol sorria com frequência e

falava animadamente sobre vários assuntos. Procurei conduzir o diálogo para temas diversos, que não fossem doença, hospital e seus problemas familiares. No final da tarde retornamos. Na unidade de internação encontramos uma enfermeira de outra unidade, que substitua a responsável por aquele turno. Esta enfermeira havia se interessado anteriormente pelo meu projeto de trabalho e havíamos dialogado várias vezes sobre o mesmo. Naquele dia, juntas, desenvolvemos as técnicas de visualização e imposição de mãos e posteriormente conversamos as três sobre nossas percepções.

No dia 29 daquele mês, Carol participou da segunda reunião do grupo "AMOR A VIDA". Nesta reunião, a cliente verbalizou os seus sentimentos acerca da hospitalização e do exame que iria fazer na segunda-feira. Mostrava-se mais animada e otimista em relação a viagem que empreenderia.

Naquele período de 24 a 30 daquele mês, foi suspenso o medicamento difenil-hidantoína e o ácido acetil-salicílico. Deste modo, ela continuava a fazer uso de: cetonazol, pirazinamida (tuberculostático), feniletilmaloniluréia, sulfadiazina, ácido folínico, e dipirona sódica e cloridrato de metoclopramida, se necessários. O resultado do hemograma do dia 25 revelava um aumento na contagem das hemácias ($3.700.000\text{pmm}$), queda acentuada dos leucócitos (1.500pmm^3) e das plaquetas (100.000pmm^3).

No dia 31, dirigi-me ao hospital para encontrar outro cliente, pois sabia que Carol estava viajando. Qual não foi a minha surpresa ao encontrar a cliente chorando desesperadamente ao lado de um profissional da equipe. Ao me ver abraçou-se a mim, chorando, e, enquanto pedia-lhe que se acalmasse, contou o que acontecera. Naquele dia, acordara às 5h 30min, muito animada, pois a família iria encontrá-la após o exame. Tomou banho, pediu a uma funcionária que

lhe fizesse "escova" no cabelo e se arrumou. Aquela noite tivera dificuldade de iniciar o sono, devido a ansiedade para rever os filhos. A viagem foi tranquila, o motorista da ambulância se mostrou atencioso. Durante o exame, a funcionária que lhe puncionara a veia para injetar o contraste, sujou-lhe a roupa de sangue. Ficou chateada, pois se esmerara tanto. Lavou o local sujo do agasalho, mas ficou manchado. Na saída encontrou-se com a madrasta, a irmã, a filha do meio e os sobrinhos. Notou uma "expressão estranha" na face da madrasta. Ao tentar abraçar a filha e os sobrinhos, eles recuaram como se ela "estivesse com uma doença altamente contagiosa". Tentou ainda conversar com eles, mas não obteve nenhuma resposta. A filha mais velha, por sua vez, fora para a aula e o filho menor não compareceu. Falou para a madrasta que ela queria voltar para casa, pois estava cansada de ficar no hospital. A madrasta respondeu-lhe que estivera pensando e achava melhor ela ficar em Florianópolis, porque tinha de tomar injeções e em casa ficaria longe do hospital e do médico. Assim, iriam alugar uma Kitinete perto do Hospital e arrumar uma pessoa para cuidar dela. Carol contou que, muito desapontada, falou-lhe que estava pensando em morar com eles. Logo depois, retornou para o hospital com duas sacolas de alimentos. A cliente demorou para se acalmar e disse-me que não podia morrer, precisava viver para reconquistar os filhos. Por outro lado, como viveria sozinha em Florianópolis? Dialogamos algum tempo e prometi-lhe que acharíamos uma solução. Não deveria se desesperar. Prontifiquei-me a ir em sua casa conversar com os seus familiares e orientá-las sobre o processo saúde-doença da AIDS. Contudo, caso ficasse em Florianópolis não ficaria sozinha. Poderia alugar um apartamento próximo do meu e poderia contar comigo. Posteriormente, caminhamos, aplicamos as técnicas de visualização, massagem corporal e imposição de mãos e deixei-a

mais tranquila. Na saída, reuni-me com alguns profissionais da equipe para conversarmos sobre a situação da cliente. Logo depois, chegou o médico, que foi informado sobre o ocorrido. Após as devidas considerações sobre o assunto, ficou decidido que iria ser solicitado com urgência a presença da família e o médico iria conversar com eles.

No dia seguinte a cliente encontrava-se deprimida e magoada. Estimulei-a a verbalizar os seus sentimentos e emoções. Carol referiu que a sua família nunca a amou e que aquele desprezo era o mesmo que sentia durante toda a sua vida. Preocupava-se, pois os seus filhos estavam sendo influenciados por eles, mas estava resolvida a lutar e enfrentar a situação. Em contra-partida, sentia medo de sair do hospital. Como faria para ver os filhos? Será que a reunião do médico com a sua família interferiria na decisão tomada por eles? Dialogamos algum tempo e procurei fazê-la tentar entender a atitude deles, visto que ainda existia muita ignorância acerca do processo saúde-doença da AIDS. Deveria se otimista e aguardar que, com o tempo e com as orientações fornecidas, eles mudassem de atitude. Posteriormente, estimulei a cliente a se alimentar e procedemos como costumeiramente.

No dia 2 de agosto, encontrei Carol profundamente abatida. Havia recusado o jantar do dia anterior e as refeições daquele dia. Falou-me que estava muito deprimida e sem vontade de continuar vivendo. Sentia-se muito triste pela rejeição dos filhos e da família. Não via solução para a sua situação e sentia "muito medo de enfrentar a vida fora do hospital", dialogamos algum tempo. Procurei fazer Carol rever todo o seu processo vital após a doença, os seus progressos, a sua coragem para enfrentar as suas dificuldades. Não seria aquela a situação que poria a perder todas as suas conquistas.

Disse-lhe que eu a amava e acreditava na sua capacidade para superar aquelas dificuldades vivenciadas. Carol parecia que ia se tornando menos deprimida, enquanto eu lhe falava. A seguir, aceitou toda a alimentação que lhe ofereci, caminhamos e desenvolvemos as técnicas costumeiras.

Naquele dia, a madrasta e a irmã reuniram-se com o médico. Após o encontro, fui informada de que a família se recusou terminantemente a receber Carol em casa. Se fosse outra doença aceitariam, mas como era AIDS, eles se recusavam. Segundo elas, "o pai de Carol colocara que se ela entrasse por uma porta, ele sairia por outra". Os filhos também se recusavam. A irmã falava que também não podia, porque seu marido não queria. Apesar das orientações fornecidas pelo médico, elas mantiveram a decisão. Após a reunião, elas foram ter com Carol e disseram que a família não a estava rejeitando, que os seus filhos e toda a família a amavam e pensando no melhor para ela, haviam decidido que em Florianópolis estaria melhor. Deveria retornar duas vezes por semana ao hospital para consulta e longe ficaria cansativo para ela. Não deveria se preocupar, porque eles providenciariam tudo para que ela tivesse as melhores condições e todo o conforto possível. Uma vez por semana, eles viriam visitá-la. Carol parecia aceitar aquela decisão com maior tranquilidade. Deixei-as conversando.

Ao chegar em casa, um dos profissionais da equipe ligou e me falou que Carol havia recebido bem a decisão, tendo em vista o seu retorno ao hospital duas vezes por semana. A cliente havia colocado que queria alugar um apartamento próximo do meu, pois eu a ajudaria. Deste modo, aquela profissional queria avisar que a madrasta de Carol me ligaria. À noite ela me ligou e pediu para que eu verificasse se havia um apartamento próximo do meu, de preferência mobi-

liado.

Sabia que iria assumir um compromisso que era da família, mas considerando o bem estar de Carol e a necessidade emergente dela sair do hospital, não via outra solução.

Naquela noite, demorei a iniciar o sono. Estava preocupada com o compromisso que assumira. Ao adormecer sonhei que fora a casa de Carol e em uma imensa sala reuni-me com a sua família e outras pessoas, as quais não conhecia. Conversamos longamente sobre a situação de Carol e, no final, a família concordou em recebê-la. Acordei e achei engraçado aquele sonho, não tinha nada a ver com a realidade. Estava decidido que Carol ficaria em Florianópolis. Logo depois a mesma profissional com quem contactara anteriormente por telefone, ligou-me e avisou que a família havia alterado os seus planos. Iriam recebê-la e solicitaram um prazo até o dia dez de agosto para se organizarem. Fiquei muito perplexa com o que acontecera.

A partir daquele dia, a família passou a ligar diariamente para saber sobre o seu estado e para avisá-la que logo a iriam buscar. Carol mostrava-se mais animada, mas sentia medo e insegurança tanto por ficar longe do hospital, quanto pela expectativa de como seria recebida e tratada pelos familiares. Iniciamos a trabalhar aquelas questões, procurando sempre estimular a sua confiança e coragem. Mostrava-lhe que no caso de surgir problemas, ela seria capaz de resolvê-las com paciência e compreensão. Deveria procurar compreender os seus familiares, tendo em vista que eles também conviveriam com uma situação nova para eles. Preparamo-nos também para a nossa separação. Percebia que Carol estava afetivamente muito ligada a mim, assim como eu a ela. Falava-lhe que continuaríamos a nos ver, mais esporadicamente é claro. Havia procurado ajudá-la em um momento de dificuldades, mas agora ela precisava se tornar cada vez mais in-

dependente de mim e eu reforçava que acreditava nela. Todavia, sempre que precisasse poderia contar comigo. Carol parecia, após os nossos diálogos, mais confiante e tranquila.

Elaboramos uma lista sobre os objetivos que deveria continuar exercitando em casa e lhe entreguei uma fita com as músicas que gostava, para que fizesse as visualizações três vezes ao dia. Fizemos também uma avaliação sobre todas as etapas do trabalho realizado e registramos os progressos conquistados.

Naquele período de 2 a 8 de agosto, Carol queixou de cefaléia e tontura ortostática, apesar do resultado da tomografia ter evidenciado uma regressão da toxoplasmose cerebral. A cliente também apresentou, no dia 4, episódios de febre e edema, calor, rubor e dor na região do tornozelo esquerdo, tendo sido medicada com diclofenaco potássico (antiinflamatório, analgésico e antipirético).

O resultado do hemograma do dia 4 de agosto mostrou diminuição na contagem das hemácias (3.100.000 p.mm), e plaquetas (115.000pmm³) e aumento na dos leucócitos (2.500 p.mm³).

Carol saiu de alta na manhã do dia dez daquele mês, fazendo uso de cetonazol, cloridrato de clindamicina e feniletilmaloniluréia. Foi colhido sangue para novo hemograma e marcado retorno ambulatorial para o dia 17. O peso da cliente se mantinha (50:00kg).

Naquele dia, a madrasta e a irmã de Carol foram buscá-la. Enquanto a cliente e sua madrasta organizavam os pertences, conversei com a sua irmã. Ela me contou que o pai havia mudado a sua decisão e que haviam preparado uma suíte para ela. Ao despedir-nos, Carol abraçou-me chorando e prometi que iria visitá-la. Elas me deram o endereço e insistiram muito para que eu fosse no próximo domingo. Concordei e combinamos de nos contactar por telefone.

PERÍODO APÓS A ALTA HOSPITALAR: 11 a 25/08/89

Após a alta hospitalar de Carol fiquei apreensiva, porque pressentia que a convivência da cliente com os familiares iria ser difícil e os acontecimentos anteriores confirmavam as minhas percepções. Todavia, procurava me tranquilizar, pensando que talvez eu estivesse errada. Iria visitá-la e poderia constatar in loco a real interação entre a cliente e seus familiares.

No dia 12 de agosto, liguei para a casa da cliente, sua madrasta atendeu e me repassou informações relativas a Carol. Segundo ela, a cliente estava bem, sentia muito apetite e se alimentava com frequência. Não tinha queixas e naquele momento estava caminhando ao lado da piscina. Perguntou-me se iria no domingo, respondi que sim. Deste modo, ela se comprometeu de, no dia marcado, esperar-me no ponto do ônibus.

No dia 13, logo ao chegar pude perceber que a família de Carol possuía uma condição financeira superior a que imaginara. Moravam em uma mansão situada em um dos bairros mais conceituados da cidade. Assim que descemos do carro deparei-me com a cliente na porta de entrada. Estava sorridente e vestida de forma elegante. Abraçamo-nos e ela me convidou a entrar. O ambiente com quem deparei era enorme, composto de duas salas de visitas e uma sala de jantar, decoradas em estilo moderno e revelando um apurado gosto. Carol apresentou-me a seus filhos e restante dos familiares. Sentamos as duas em uma das salas de visitas e logo em seguida fui apresentada ao seu pai. Conversamos algum tempo sobre a recuperação de Carol e fomos convidados para almoçar. Logo que nos dirigíamos para a sala de jantar, a cliente avisou-me que iria almoçar em seu quarto, que ficara ao lado, pois não conseguia conviver com barulho. Senti-me constran-

gida e sem saber como agir, pois precisava decidir se almoçaria com a cliente ou com os seus familiares. Propus-me, assim a almoçar com a cliente em seu quarto, mas diante da sua insistência e a dos seus familiares acabei mudando a minha decisão.

O cardápio era o mais variado possível, com pratos bem decorados e saborosos. Durante o almoço, o pai de Carol monopolizou a conversa e pude perceber que os membros da família acatavam o que era dito por ele. Almocei com dificuldade, parecia-me custoso deglutir os alimentos. Sentia-me chateada, pois Carol estava sozinha em seu quarto. Assim que terminei pedi licença e fui ao encontro de Carol.

A sós, a cliente contou-me que, ao chegar em casa fora avisada de que os seus talheres, copos, pratos, toalhas, dentre outros utensílios seriam separados por causa da tuberculose. Estas eram as orientações recebidas no hospital. Ela percebia que eles não se aproximavam muito dela, com exceção da filha mais velha. Perguntou-me se era verdade que aquelas orientações haviam sido dadas no hospital. Respondi-lhe que não sabia, mas que não havia fundamento para as mesmas. Iria conversar com os seus familiares, orientá-los, logo que surgisse uma oportunidade. Carol falou também que, às vezes, sentia-se deprimida e não tinha apetite, apesar das refeições estarem ao seu gosto. Continuava exercitando os objetivos traçados. Caminhava diariamente e sentia ainda dores nos membros afetados. A sua irmã estava providenciando um local para a realização da fisioterapia.

Após algum tempo de diálogo, o pai, a madrasta, a irmã e a filha mais velha de Carol vieram ter conosco. Durante o tempo que lá permanecemos conversando, percebi que eles, com exceção da filha mais velha de Carol, se posicionaram a uma certa distância da mes-

ma. Fiz questão de demonstrar através das minhas atitudes, que não havia riscos de contágio pelo fato de tocá-la, de sentar-me em sua cama, próxima à ela. O seu pai tornou a monopolizar a conversa. Falou-me sobre a sua luta para conquistar os seus bens materiais e sua posição social. Descreveu os países pelos quais viajara. Considerava-se um espiritualista, não era apegado aos bens materiais e agradecia a Deus por tudo o que conseguira. Falou também do ressentimento que tinha pelos filhos. O filho o processara pela morte da mãe. A Carol havia lhe dado muitos desgostos. Durante aquela conversa, algumas vezes ele se dirigiu de forma depreciativa em relação a Carol e a sua irmã. Perguntou também, várias vezes, à cliente se ela iria "implacar 1990". Naqueles momentos, Carol ficava em silêncio e eu respondia que ela poderia não só implacar 1990, como viver muitos anos, desde que ela se cuidasse e contasse com o amor e apoio da família.

Assim que eles saíram do quarto, Carol quis mostrar a casa. Quando estávamos na sala, ela falou aonde iríamos e seu pai lhe sugeriu que mostrasse a piscina na área externa, dando a entender que ele não queria que adentrássemos os outros ambientes da casa. Ao retornarmos, sentamos no local da sala que estivéramos inicialmente. O seu pai assistia televisão no outro ambiente. Carol se propôs a levantar-se, perguntando-lhe a programação e ele logo desligou o aparelho, dizendo que não havia nada de interessante. Pude perceber que o ambiente de Carol naquela casa se restringia ao seu quarto, àquela sala e à área externa.

Procurei, naquele dia, demonstrar o meu carinho à cliente, infundir-lhe coragem e confiança e reforçar as orientações fornecidas anteriormente. Prometi-lhe que a aguardaria no dia do seu retorno.

Ao final da visita, aproveitei a oportunidade em que fiquei à sós com o pai e a madrasta de Carol para orientá-los acerca do processo saúde-doença da AIDS. Abordei, com ênfase, as formas de contágio da doença e expliquei-lhes que não havia necessidade daquele isolamento imposto a Carol. A madrasta referiu que havia sido orientada pelo médico substituto e pela enfermeira chefe do hospital. Falei-lhes que me estranhava muito aquela orientação, pois tinha a convicção de que aquelas precauções não eram necessárias. O pai de Carol referiu, em seguida, que ela estava com tuberculose e eles se preocupavam. Orientei-os sob as formas de transmissão daquela doença e expliquei-lhes que no caso de Carol, ela estava sob controle e não era transmissível, tendo em vista que a cliente estava sendo medicada há mais de dois meses. Posteriormente, eles se referiram ao estilo de vida de Carol. O pai colocou que sempre procurou dar-lhe tudo o que precisava, mas ela nunca quis ouvir os seus conselhos. Percebi, através de suas falas que existia muito ressentimento deles em relação a Carol. Falei-lhes que a cliente estava mudando o seu comportamento e merecia uma nova oportunidade. Por outro lado, aquela situação vivenciada pela cliente era decorrente de desequilíbrios ao longo da sua infância, adolescência e idade adulta. Portanto, ela não estava doente só naquele momento, porque adquirira a AIDS, mas estivera sim, doente ao longo de sua vida. Ela havia feito opções menos felizes, quando quem de nós nunca o fizera? Havia a necessidade deles fazerem uma reflexão profunda sobre todo o processo existencial de Carol e de suas interações com ela. Aquele não era o momento para ressentimentos, pois a cliente necessitava muito do amor e do apoio da família para continuar se recuperando. Eles me ouviram, mas eu tive a impressão de que a minha tentativa de mudar as atitudes deles havia sido em vão.

Na viagem de volta, refleti sobre aquela visita. Sentia-me magoada, principalmente com o pai de Carol, porque percebera que ele ditava as ordens naquela casa. Havia observado tanto 'luxo' e tão pouco amor. Detectei que estava muito envolvida emocionalmente e precisava me trabalhar. Deveria analisar aquela situação sob dois prismas, o da cliente e o dos seus familiares.

No dia 17 daquela mês, no retorno ambulatorial, Carol referiu episódios de cefaléia esporádica, melhora da tontura. Continuava sentido dores nos ombros afetados e pouco apetite, embora se esforçasse para se alimentar. Demonstrava estar mais animada e desejando se recuperar cada vez mais. Exercitava os objetivos traçados, inclusive a técnica de visualização duas vezes ao dia. O peso de Carol registrava 50,700kg e o hemograma evidenciava aumento na contagem de hemácias (3.300.000 p.mm), plaquetas (120.000 p.mm³) e queda no de leucócitos (1.900. p.mm³). Havia iniciado a fazer uso de mel, própolis, vitamina C e de óleo de alho e mantinha os medicamentos prescritos anteriormente. Reforcei, naquele dia, as orientações e desenvolvemos a técnica de imposição de mãos.

Dois dias depois, liguei para Carol. Ela estava deprimida e sem esperança de se recuperar. Queixava-se de dores nos ombros afetados. Iria iniciar fisioterapia na segunda-feira próxima. Procurei infundir-lhe confiança e coragem. Falei-lhe que acreditava na sua recuperação e torcia por ela, mas deveria fazer a parte que lhe cabia. Após o diálogo, a cliente pareceu-me mais otimista e menos deprimida.

No dia 20, liguei e Carol estava dormindo. Sua madrasta contou-me que no dia anterior ela estava muito deprimida, se recusando a tomar os remédios e não aceitando bem a alimentação. Contudo, após o meu telefonema ficou mais animada. Naquele dia, acordara

alegre, cantara e aceitara bem as refeições. Continuava queixando-se de dores nos membros afetados.

Na segunda-feira, ao chegar no hospital, a enfermeira da unidade falou-me que a madrastra de Carol havia ligado e queria falar comigo. Havia dito que eu não estava. À tardezinha, ela ligou para minha casa, parecendo ansiosa. Contou-me que Carol havia se desesperado quando lhe disse que ela estava "na fase final da AIDS", "pensava que ela soubesse, pois todo mundo no hospital lhe havia dito que ela estava no fim". Carol se desesperou e ela não sabia o que fazer, então ligara para o hospital tentando localizar-me. A cliente havia ido na fisioterapia de manhã e queixava de muitas dores, tendo o médico recomendado um medicamento com ação analgésica, antiinflamatória e miorelaxante. Pedi para falar com ela. Carol atendeu o telefone chorando e me perguntou se estava "na fase final". Respondi-lhe que aquele termo não existia para mim. Havia visto vários clientes considerados em fase terminal, que depois se recuperaram e ficaram saudáveis. Continuava acreditando na sua recuperação e era por isso que insistia tanto para que ela se esforçasse. Falei-lhe, também, que ela estava numa fase muito delicada e precisava fazer a parte que lhe cabia na sua recuperação. Conte-lhe que havia visto o resultado do seu hemograma, colhido no dia do retorno e que ele evidenciava um aumento na contagem dos leucócitos (2.500 p.mm^3) e plaquetas (140.000 p.mm^3). Não contei-lhe, naquele dia, a queda das hemácias ($3.200.000 \text{ p.mm}$). A cliente disse que, sentia muitas dores nos ombros afetados. Expliquei-lhe que era natural, pois havia reiniciado a fisioterapia. Pedi-lhe que orasse, procurasse ter mais confiança e não se desesperasse. Após o nosso diálogo, Carol pareceu-me mais tranquila.

No segundo retorno de Carol, dia 24, encontrei-a chorando em decorrência das dores nos membros afetados. Dialogamos algum tempo, tendo procurado reforçar as orientações. A cliente contou-me que não sentia apetite, apesar da insistência dos familiares para se alimentar e que a sua madrastra a ajudava muito. Desenvolvemos a técnica de imposição de mãos. Naquele dia, foi diagnosticado candidíase oral. O seu peso registrava uma queda (49,700kg). Carol saiu do hospital aparentemente mais tranquila, fazendo uso de vitamina B1, nistatina, cloridrato de D- propoxifeno e de diciclomina (antiespasmódico, analgésico), além dos medicamentos prescritos anteriormente.

No dia 25, a madrastra de Carol ligou-me à noite e disse que a cliente estava apresentando febre, desde que chegara do retorno ao ambulatório. Apresentava também episódios de vômitos, após a ingestão dos medicamentos. Após conversarmos algum tempo, sugeri-lhe que ligasse para o médico que a acompanhava. Cerca de 1h 35min. após, ela voltou a me ligar e disse que o médico solicitara a internação da cliente, pois provavelmente se tratara de um quadro de infecção pela *Candida albicans*.

No dia seguinte, recebi, no período da manhã, outro telefonema. Carol pedia que me avisasse que iria para o hospital. Chegaria em torno das 14h 30min. Segundo as informações, ela não havia tido mais febre, mas continuava com os episódios de vômitos.

PERÍODO DA 2ª. INTERNAÇÃO: 26/08 a 12/09/89

Na tarde do dia 26 daquele mês, sábado, Carol internou-se no mesmo quarto que estivera anteriormente. Encontrava-se debilitada, com as faces abatidas e com olheiras profundas. Vieram acompanhando-a, a madrastra e sua irmã. Segundo informação delas, a cliente havia

se acomodado após a última segunda-feira. Fazia higiene oral, só quando mandavam. Não havia mais feito as visualizações e se alimentava só quando elas insistiam. Após elas terem se retirado, permaneci algum tempo com a cliente, procurando transfundir-lhe energias; ela estava muito sonolenta e logo dormiu.

No domingo, Carol mostrava-se muito deprimida e abatida. Continuava tendo episódios de febre e vômito. Recusara o banho, a higiene oral e a alimentação. Naquele dia, dialoguei com a cliente procurando infundir-lhe coragem e confiança. Auxiliei-a na higiene e ofereci-lhe alimento, tendo ela aceitado. Finalizando, desenvolvemos a técnica de imposição de mãos e deixei-a, aparentemente, um pouco mais animada.

No período de 28/08 a 03/09 a cliente apresentou uma oscilação muito grande do seu estado emocional. Encontrava-se quase que frequentemente deprimida, apática, outras vezes agressiva e revoltada com o atendimento hospitalar e poucas vezes animada e desejando se recuperar. Mantinha os episódios de febre e vômitos. Alimentava-se após muita insistência. Retomou o uso das medicações prescritas anteriormente. No dia 28, recebeu 600 ml de concentrado de hemácias. Naquele mesmo dia, queixou-se de leucorréia abundante e purulenta. Conversei com o médico, sugerindo que poderia ser aquele o foco de infecção e foi, marcado exame ginecológico para o dia primeiro de setembro. Neste exame, foi colhido material para papanicolau e realizado biópsia do colo uterino, com resultado posterior de cervicite crônica. No dia 31, o exame de hemocultura revelou a presença de *Stafilococcus saprophyticus*.

Foi suspenso o medicamento cloridrato de clindamicina, e introduzido cefalosporina (antibiótico de amplo espectro), tetraciclina e anfotericina B - creme vaginal, soro glicosado 10% 2.000 ml,

soro fisiológico 0,9% - 500 ml e complexo vitamínico. Durante aqueles dias, dialogamos e utilizamos as técnicas de visualização e imposição de mãos.

No período de 04 a 10 daquele mês, a cliente apresentou uma queda acentuada de seu estado geral. No dia quatro, Carol apresentava-se bastante debilitada. Pediu, naquele dia, que não a estimulasse mais. Estava muito cansada e sem forças para lutar. Sempre gostara de ser livre e independente. As suas previsões futuras eram de viver com aquela deficiência, com dores e dependente das pessoas. Não tinha estrutura para viver daquela maneira. Queria que eu respeitasse a sua decisão e que continuasse a ajudá-la. Sentia medo de ficar sozinha e do momento final. Perguntei-lhe se gostaria de falar sobre aquele assunto. Carol respondeu que não. Após dialogarmos algum tempo, desenvolvemos musicoterapia, toque e imposição de mãos e a deixei dormindo. A partir daquele dia, Carol foi se desligando do meio ambiente, solicitava sempre que a porta de seu quarto permanecesse fechada, porque não queria receber visitas. Permanecia ao seu lado, quase sempre em silêncio, só com o som de música relaxante, procurando transfundir-lhe energias e auxiliando-a quando solicitada. No dia seis, Carol apresentava-se muito dispnêica e havia sido prescrito oxigênio úmido, tendo ela se recusado. Conversei com a cliente, expliquei-lhe que o oxigênio a deixaria mais confortável e sobre o procedimento para a instalação do cateter. Ela acabou concordando e instalei o oxigênio úmido. Durante a musicoterapia, Carol dormiu. Dois dias depois, ela apresentou sinais de baixo débito cardíaco, pressão arterial 80/40 mm Hg, frequência cardíaca 40 bp/min, taquidispnéia e sangramento vaginal importante. No dia nove, acordei gripada e com muita coriza. Ao chegar de manhã no hospital, a funcionária disse que havia acabado de me ligar, pois Carol solicitava

a minha presença. Estavam ao seu lado a sua madrasta, a irmã e a filha mais velha. Cumprimentei-as e Carol segurou a minha mão sorrindo. Expliquei-lhe que usava máscara, tendo em vista o fato de estar gripada. Auxiliei a funcionária a fazer sua higiene e notei a preocupação de Carol com o fato de contaminar-me com as suas secreções. A madrasta, a irmã e a filha choravam, tendo procurado confortá-las. Após algum tempo se despediram de Carol e esta pediu-me que ficasse. Às 14h 10min, disse-lhe que iria almoçar e lhe perguntei se precisava de alguma coisa. Carol pediu que eu voltasse. Permaneci o restante da tarde com a cliente e a deixei dormindo. No domingo, estive ao lado da cliente quase todo o período. Utilizei musicoterapia e a auxiliava quando solicitada. À tardezinha, chegaram a madrasta e sua irmã para passarem a noite com a cliente. Conversamos algum tempo. À noite, o médico, ao examinar a cliente disse que ela estava entrando em coma.

No dia onze, não fui ao hospital. Acordara muito debilitada e com febre. Contudo, por telefone fui informada que o estado de Carol se agravara e que ela não mantinha mais contato com o ambiente. A sua madrasta e irmã estavam com ela.

No dia seguinte, ao chegar ao hospital fiquei sabendo que Carol havia partido há alguns minutos atrás. A funcionária perguntou se gostaria de vê-la, pois estava no necrotério. Respondi que não queria ver o corpo físico de Carol, preferia guardar as lembranças dela, quando aqui estava presente. Em seu quarto, orei por ela e fui conversar com outros clientes, que também estavam tristes pela partida de Carol.

Na noite do dia 14, a madrasta de Carol ligou-me para agradecer e me contar sobre os procedimentos finais. Falou que o rosto de Carol estava bonito e sua expressão revelava serenidade.

Perguntei pelos seus filhos e ela me respondeu que eles estavam conseguindo superar a partida de Carol. Agradeceu-me e me convidou a visitá-la. Percebi que não havia nenhum sentimento de mágoa em mim em relação aos familiares de Carol. Havia conseguido compreender e aceitar a diversidade dos seus padrões de campo.

MEU ENCONTRO COM RICARDO

Deparei-me pela primeira vez com Ricardo, no dia 05 de março de 1989, quando passava pelo ambulatório do Hospital X. Naquele dia, ele chamou minha atenção, embora estivesse sentado com outros clientes, aguardando consulta médica.

Ricardo se destacava dos outros clientes pelo seu porte físico, com 45 anos de idade, alto (1,83 m) e magro (70,00 Kg). Seus cabelos pretos, curtos, lisos e de textura grossa, emolduravam sua face. Nesta destacavam-se os olhos grandes e negros que me transmitiam tristeza e desalento, o nariz afilado, o bigode e a barba pretas e cerradas. Vestia-se com apurado gosto. Naquele dia, como também observei posteriormente, Ricardo se postava quase sempre calado e nas raras vezes que conversava o fazia pausadamente, como se refletisse antes de cada frase pronunciada. Gesticulava pouco ao conversar e quando o fazia evidenciava mãos grandes e bem cuidadas.

Voltei a encontrar com ele nos dias 12 e 19 daquele mês, sextas-feiras. Pela frequência do cliente naquele ambulatório, imaginei ser ele portador de HIV ou da AIDS. Todas as vezes que o via, sentia vontade de contactar com ele, mas não o fazia. Algo nele me despertava a atenção. Não sei exatamente se pelo seu porte aristocrático, ou se pela tristeza que detectava em seu olhar, ou ainda seu estado sempre calado e meditativo, ou enfim, se por todos os aspectos citados.

Na sexta-feira seguinte, dia 26, chovia torrencialmente quando saía do hospital. Na porta, vi novamente Ricardo, aguardando a chuva passar. Aproximei-me dele e lhe perguntei qual era o seu itinerário. Era o mesmo meu e, desse modo, ofereci-lhe carona. Durante o trajeto apresentamo-nos. Ricardo me contou que estava com

AIDS e fazia quimioterapia semanalmente para tratamento de sarcoma de Kaposi. Percebi que sua voz era rouca e quase inaudível, o que, segundo ele, era decorrente de uma endoscopia digestiva realizada a mais de uma semana.

Encontramo-nos novamente no dia 02 de junho, quando passava pelo ambulatório. Cumprimentamo-nos, sentei ao seu lado e perguntei-lhe como estava. Ricardo referiu que não se alimentava e nem dormia bem. Desde que recebera o diagnóstico, em abril daquele ano, se desequilibrara totalmente e estava muito deprimido. Perguntei-lhe se após a consulta iria para casa. Respondeu afirmativamente e então prometi-lhe uma carona. Durante o trajeto fiquei sabendo que nascera no Estado de São Paulo e residia com a mãe e um irmão em Florianópolis, há aproximadamente 3 anos. Havia contraído a AIDS através de relações homossexuais. Referiu que seus familiares desconheciam sua condição de homossexual e portador dessa síndrome e, deste modo, estava sendo muito difícil enfrentar esta situação sozinho. Falei-lhe sobre o trabalho que desenvolvia e as técnicas que utilizava. Ricardo mostrou interesse e então prometi-lhe alguns textos sobre terapias alternativas e me propus a assessorá-lo.

Até então, não havia pensado em trabalhar com este cliente, tendo em vista que já me ocupava com outros três, cursava algumas disciplinas, além de outros compromissos já assumidos. Consequentemente, sentia receio de não poder trabalhar de forma efetiva com ele. Entretanto, sentia que Ricardo necessitava de ajuda e assim, pensei, inicialmente, em atendê-lo semanalmente.

No dia 09 procurei por Ricardo no ambulatório para entregá-lhe o material prometido, todavia não o encontrei. Ao perguntar por ele, fui informada de que havia sido internado. Dirigi-me, então, à unidade de internação. Entrando em seu quarto cumprimentei-o

e fui apresentada a sua mãe e seu irmão. Falou-me que havia sido internado dia 06 à tarde, por apresentar diarreia persistente e emagrecimento. Entreguei-lhe os textos e pedi que os lesse. Retornaria dia 12, segunda-feira, para conversarmos. Assim, no referido dia, após explicar com mais detalhes o tipo de trabalho a que me propunha, os passos e objetivos do mesmo, estabelecemos uma relação contratual verbal.

PROCESSO VITAL DE RICARDO

No dia 12 de junho daquele ano, apesar da voz rouca e quase inaudível de Ricardo e dos vários episódios de tosse, pude conhecer parte da sua história de vida, a qual relatarei a seguir, procurando retratar as verbalizações do cliente.

Ricardo nasceu em São Paulo, onde residiu a maior parte de sua vida em uma casa "belíssima, muito grande, de final de século". Durante sua infância divertia-se andando de charrete, cuidando do jardim, da horta e das galinhas. Embora fosse uma criança saudável, apresentou bronquite aos três anos de idade.

Entrou na escola aos seis anos. Desde essa época começou a vivenciar parte de seus problemas ligados à sexualidade, pois os seus colegas viviam "caçoando" dele e chamando-o de "mariquinha". Para se defender, agredia verbalmente os colegas, "colocando nas costas deles toda uma retórica de cais de porto". Sua reação fazia com que os colegas parassem de importuná-lo por algum tempo. Por anos e anos foi recalcando essa problemática. Sofria com a situação, mas não compartilhava com ninguém. Embora sua relação com os pais fosse "maravilhosa", não se sentia à vontade para abrir-se com

eles. Tornou-se um adolescente "introvertido, nervoso, desequilibrado e recalçando cada vez mais os seus problemas".

Dos dezoito anos em diante a perseguição dos colegas começou a atenuar. Conseguiu um emprego em uma instituição pública e mudou de escola. Naquela escola fez amizades com pessoas "maravilhosas". Era uma escola frequentada por pessoas de classe média e não por "grã-finos", como a anterior. Como não gostava de estudar, sempre contava com ajuda dos amigos. Ansiava por se tornar uma pessoa "fina", mas não pelos livros da escola e, dessa forma, lia dois a três livros semanalmente. Naquela época tornou-se mais extrovertido e comunicativo, se "fechando somente como defesa". Entretanto, continuava a ser desconfiado e quando alguém o olhava ficava gelado, se transformava e perdia o controle em decorrência dos recalques da infância.

Convidado a trabalhar como balconista em uma loja, se afastou do emprego público, tendo continuado a perceber o seu salário por dois anos. A partir daí, trabalhou em várias lojas conceituadas, onde fez amizades com pessoas da "alta sociedade". Buscou modificar determinados comportamentos recebendo aulas de etiqueta. Naquela época, parou de estudar, embora houvesse cursado o colegial, um ano de química, seis ou sete anos de línguas inglesa e francesa, três anos de língua espanhola e dois anos de literatura brasileira e portuguesa.

Promovido a gerente de loja, ganhou muito dinheiro, e "guardou muito prá época". Estava deslumbrado com o dinheiro e comprava tudo o que queria para os pais, avó e o irmão mais novo.

Durante aquele período, se libertou em parte dos recalques e da timidez. Teve algumas namoradas, mas sempre sentiu atração pelo sexo masculino. Todavia, em função da educação repressora que rece-

bera e dos tabus e preconceitos existentes em relação à homossexualidade não conseguia dar vazão aos seus sentimentos, e foi aos vinte e sete anos que iniciou a sua atividade homossexual. Este início foi repleto de conflitos. Jamais conseguiu dialogar com os seus familiares sobre a sua sexualidade, até porque eles jamais a entenderiam ou mesmo a aceitariam. Ricardo, contudo, referiu acreditar que seus pais deveriam desconfiar, "pois qual é o pai e a mãe que não observa o seu filho"?

Bem sucedido profissionalmente, já possuía dois apartamentos, carro, telefone e dinheiro guardado. Todavia com a morte do pai teve que vender quase todos os seus bens para pagar dívidas.

Após desentendimento com o irmão mais velho, em função do mesmo ter despejado sua mãe, resolveram mudar para Florianópolis. Desde essa época, cortou relações com o irmão, e guardava profunda mágoa e raiva do mesmo.

Aqui no Estado de Santa Catarina abriu uma galeria de artes, vendia jóias e roupas. Com a venda de jóias teve um grande prejuízo, nutrindo uma profunda raiva pela pessoa que o lesou.

Em julho de 1988 apresentou úlcera gástrica e duodenal. Seguindo orientação médica iniciou dieta, cimetidina (inibidor da liberação de ácido clorídrico pelo estômago) por um mês e resolveu abandonar tudo aquilo que se constituía em motivo de estresse. Vendeu a loja e iniciou a construção de uma casa na praia. Entretanto, o custo com a construção surpreendeu as expectativas e, deste modo, teve que vender as peças de arte e jóias que ainda possuía. Foi um "golpe muito grande". Estressado, passava as noites em claro e quase não se alimentava. Como sempre fora uma "pessoa nervosa", esse período o abateu muito.

Iniciou a procurar emprego em lojas, pois precisava se sustentar e se ocupar, mas não obtinha êxito. Sentia-se arrasado e deprimido. Cada vez que se "expunha" a procurar algum emprego, fazer uma entrevista, ficava uns dois dias na cama. Pensava, "com a bagagem que eu tenho não me aceitam porque eu sou de fora e tenho mais de quarenta anos".

Em agosto daquele ano procurou um dermatologista para tratar uma alergia, provocada por picadas de mosquitos. No final de setembro, início de outubro, começou a apresentar manchas violáceas na face, dorso e abdômem. Procurou novamente o dermatologista, que referiu tratar-se de um eczema, provavelmente resultante da alergia anterior. Como não apresentou melhoras com o tratamento, foi sugerido pelo médico a realização de uma biópsia. Todavia, essa biópsia só aconteceu em abril de 1989. Ricardo referiu que com isso perdeu de seis a sete meses de tratamento e a situação não precisava chegar aonde chegou, se o diagnóstico fosse feito corretamente na época. Ao buscar o resultado do exame, o médico lhe falou que se tratava de sarcoma de Kaposi e que estava com AIDS. Ficou "passado, chateado" com o médico, pela forma com que ele lhe deu o diagnóstico. Aquele momento foi muito difícil, não sabe como foi para casa, nem como enfrentou aquele dia e o seguinte, enquanto aguardava para ser atendido por um especialista da área. Esse especialista, por sua vez, foi muito atencioso e, após a consulta, o encaminhou para uma psicóloga, com quem conversou por algum tempo. Entretanto, a conversa não amenizou o problema e ficou umas cinco noites sem dormir. Caso essa situação tivesse ocorrido em São Paulo, teria seus amigos para conversar, mas aqui não tinha ninguém com quem dividir o problema. Tinha de enfrentá-lo e pedia a Deus para que lhe desse forças a fim de não se entregar.

Anteriormente, nunca imaginara que um dia pudesse vir a contrair essa doença. Nos últimos tempos vinha se sentindo fraco, deprimido, mas existiam inúmeras causas para isso, tais como o estresse, a insônia e a má alimentação. Com relação a sua vida sexual, há muito tempo não se relacionava com ninguém. Embora tivesse tido no passado inúmeros parceiros, nunca se relacionou com pessoas que não conhecesse previamente. Portanto, não imaginava de quem pudesse ter contraído o vírus. Suas relações nunca foram profundas, durando no máximo três a quatro encontros e não conseguiu amar qualquer das pessoas com quem se relacionou. Por outro lado, nunca fez uso de drogas e de fumo. Bebia socialmente, não possuía o hábito de se automedicar, usando somente produtos naturais, tais como alho, levedura de cerveja, dentre outros. Segundo o especialista, pela evolução da doença, havia contraído o vírus há, provavelmente, uns oito a dez anos atrás.

Como frequentava semanalmente o ambulatório do Hospital para fazer quimioterapia, dissera a sua mãe e irmão que estava com câncer de pele.

Nutria profundo amor pela mãe e irmão e não queria de forma alguma desapontá-los ou causar-lhes sofrimentos. Não admitia que ninguém os magoassem e quando isso acontecia telefonava ou ia pessoalmente e "dava um show que a pessoa não saia de casa por um bom tempo".

Realizara há aproximadamente quatro semanas uma endoscopia digestiva para avaliação das úlceras gástrica e duodenal. Durante o exame sentiu que a sonda ao ser introduzida e retirada o feriu na região próxima às cordas vocais, tendo ficado rouco e com a tonalidade da voz diminuída. Há aproximadamente dezesseis dias iniciou a apresentar uma tosse, devida a irritação na região acima citada.

Posteriormente, iniciaram os episódios de diarreia, febre e emagrecimento, cerca de 2,5 Kg. Procurou o hospital, deixando para a mãe um bilhete onde falava sobre uma provável internação e solicitava da mesma que se alguém o procurasse, dissesse que viajara.

Durante o relato da sua história, Ricardo se emocionou e chorou, especialmente nos momentos em que se referia à mãe e ao irmão mais novo.

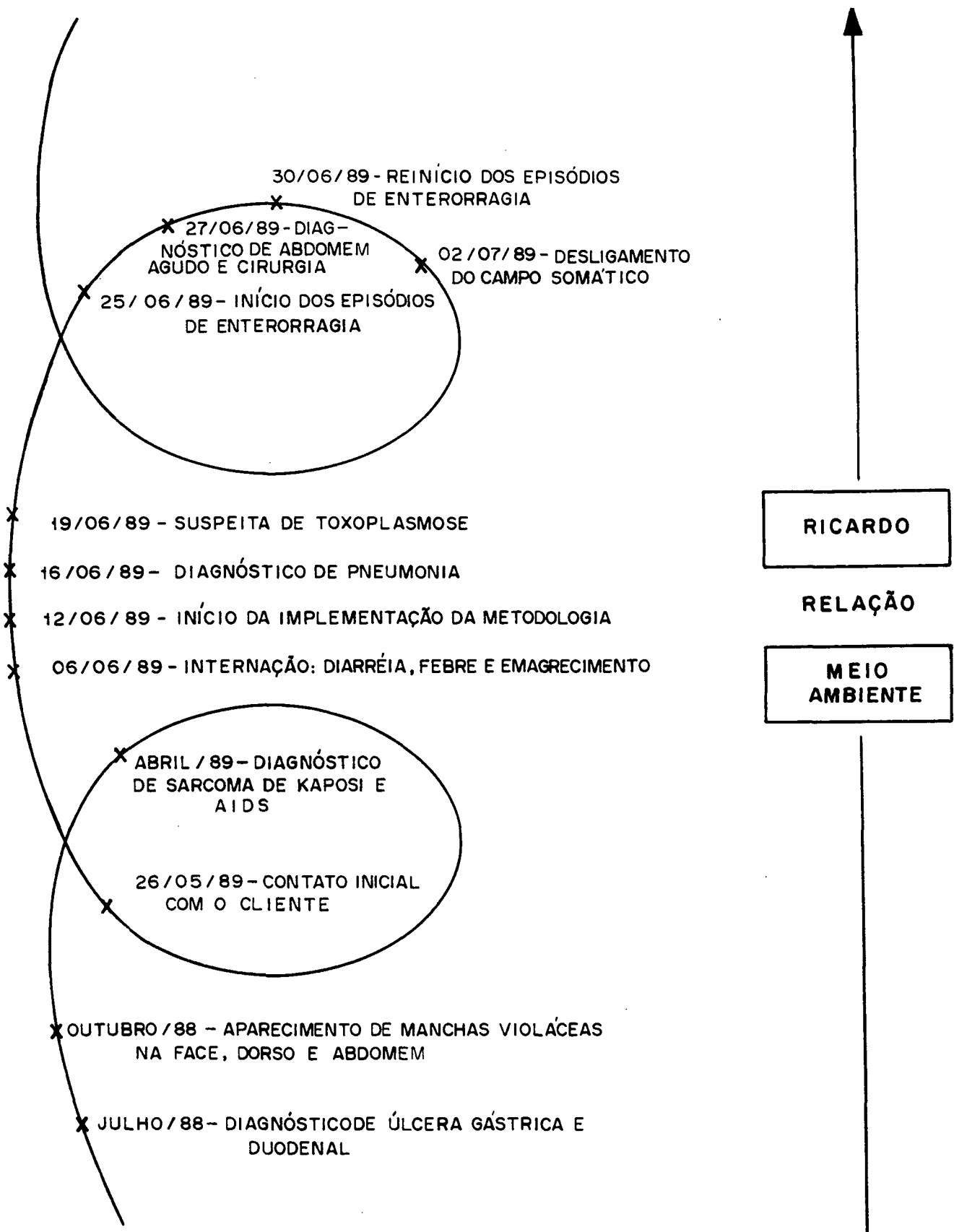
PROCESSO TERAPÊUTICO

Durante os 21 dias em que convivi com Ricardo, inúmeras interferências dissonantes se sucederam em seu campo energético, tornando impossível a repadronização do mesmo nesta dimensão da vida. A implementação do processo terapêutico, a seguir, foi dividida em períodos semanais, não só em função das ocorrências, mas também para uma melhor compreensão dos dados.

1ª SEMANA: 12 a 18/06/89

Conheci parte da história do processo vital de Ricardo (ver figura 11) no dia 12 daquele mês. Deste modo, enquanto o ouvia, detectava manifestações do padrão do seu campo energético, as relações estabelecidas por ele com o seu "eu", com as pessoas do seu meio ambiente e as interferências dissonantes existentes. Naquele dia, encontrei Ricardo muito deprimido, tenso e preocupado com o seu estado. Vinha apresentando inúmeros (± 10) episódios diários de diarreia, há nove dias, não cedendo aos medicamentos caulin e pecti-

FIGURA 11 - ESQUEMA DO PROCESSO VITAL DE RICARDO



na (4 dias) e cloridrato de ioperamida (2 dias). Apresentava também episódios de febres diárias a 7 dias. Fazia uso ainda de soro glicosado 5%-1000 ml E.V.-12 gts/min., complexo vitamínico 1 amp. no 1º soro, soro fisiológico 0,9%-500 ml E.V.-18 gts/min., cloreto de potássio 19,1%- 5 ml em cada soro glicosado, indometacina 1 comp. V.O. de 8/8 horas (antiinflamatório), suspensão de hidróxido de magnésio, alumínio e dimeticona 1 medida V.O., após as refeições e ao deitar (antiácido e antiflatulento) e dipirona sódica 40 gts. se necessário (analgésico e antipirético). Foram realizados dois exames seguidos de coprocultura, parasitológico de fezes, pesquisa de *Isospora belli* e *Criptosporum* nas fezes, com resultados negativos. Assim, se suspeitou de lesões de Sarcoma de Kaposi no trato gastrointestinal.

Outra preocupação do cliente se devia ao fato da família desconhecer a sua condição de homossexual e portador da AIDS. Com relação a esta preocupação, Ricardo manifestou o desejo de revelar-lhes a sua situação, caso contasse com o meu apoio para tal. Tendo obtido, resolveu fazê-lo no dia seguinte, durante o período em que estivéssemos juntos. Contudo, no dia combinado, mudou de idéia, adiando para quando tivesse alta, pois estaria mais próximo dos familiares.

Tendo em vista que a situação de Ricardo exigia uma intervenção mais imediata, visando principalmente a diminuição do estresse, iniciei desde o primeiro dia, com a concordância do cliente, o desenvolvimento das técnicas de visualização e imposição de mãos, apoiadas em musicoterapia. Procedemos anteriormente a uma discussão dos textos já lidos pelo cliente, relativo às terapias alternativas em geral, com enfoque nas técnicas citadas anteriormente, assim como orientação sobre o processo saúde-doença da AIDS, o sistema imunológico e as regiões a serem abordadas na técnica de visualização. Para

uma melhor compreensão do cliente, utilizei desenhos explicativos. Na aplicação dessa técnica priorizei a diminuição do estresse, o fortalecimento da auto-estima e auto-confiança, a potencialização do sistema imunológico, a diminuição do peristaltismo intestinal e a supressão das lesões do sarcoma de Kaposi. Ricardo apresentou dificuldades iniciais para relaxar as diversas partes do corpo, tendo melhorado com as aplicações subsequentes. Referia, após a realização das técnicas, sentir bem-estar geral e diminuição das tensões. Em relação à técnica de imposição de mãos, relatava sentir uma "sensação de muito calor e uma grande energia penetrar todo o corpo". Foram também implementadas medidas para controle dos soros, dos episódios de diarreia e de febre. Estimulado a ingestão hídrica, alimentar e pequenas caminhadas com auxílio.

O diagnóstico das interferências, em conjunto com o cliente, iniciou-se no dia 13, após tê-lo orientado sobre os vários aspectos do marco utilizado, priorizando o processo saúde-doença da AIDS como resultado das relações desarmônicas do cliente com o seu "eu" e com o meio ambiente. Cabe aqui esclarecer que a homossexualidade, neste trabalho, não consiste em interferência dissonante no campo energético do cliente, mas sim os conflitos, a promiscuidade e a diversidade de parceiros que frequentemente a acompanham. Assim, era necessário que através do diálogo, o diagnóstico pudesse surgir da própria reflexão do cliente. Ricardo apontou inúmeras interferências referentes ao seu padrão fisiológico e psicológico (ver sinopse dos dados, anexo 7). Em se tratando do padrão psicológico, ele abordou determinados traços de personalidade, sentimentos e emoções desarmônicos.

No segundo dia, a partir de uma avaliação em conjunto, detectamos uma melhora dos episódios de diarreia, no que se refere

tanto à diminuição do volume, quanto ao aumento da consistência (total de 8 vezes nos três períodos). Ricardo apresentava uma melhora no estado de ânimo, maior predisposição de enfrentar a situação. Saiu do quarto pela primeira vez, permanecendo no período da manhã aproximadamente 1:30 horas na área externa exposto ao sol. Todavia, continuava com alteração do ritmo alimentar e de sono. Tendo apresentado um episódio de febre (38,5° C) e iniciado a expectorar pequena quantidade de secreção espessa de cor esbranquiçada. Naquele dia estimei a participação efetiva do cliente no seu processo de recuperação e traçamos objetivos para eliminar as interferências detectadas no padrão de seu campo energético e ambiental, com ênfase no padrão de pensamento, sentimentos e emoções (ver sinópse dos dados, anexo 7). Instituímos também o controle das expectorações. Em se tratando da alimentação, Ricardo se queixou de que a dieta fornecida pelo Hospital continha muito sal, temperos e óleo. Em acordo com o cliente, convidei a nutricionista para contactar com ele, tendo esta se prontificado a tomar providências, após o relato das queixas.

No dia 14 daquele mês, os episódios de diarreia continuavam a diminuir, tendo evacuado somente três vezes no período matutino e vespertino. Apresentou também somente um episódio de febre (37,8° C).

No dia subsequente, Ricardo iniciou a apresentar dispnéia leve e expectorar secreção amarelo-esverdeada, tendo tido um episódio de febre (38,1° C) à noite. Incluímos, naquele dia, na técnica de visualização, o sistema respiratório e iniciamos fisioterapia pulmonar, após ausculta. Orientei-o sobre as medicações que fazia uso, no que se refere à dose, horário, indicações terapêuticas e efeitos colaterais. No entanto, omiti a contra-indicação da indome-

tacina para úlcera péptica ativa ou recorrente, tendo em vista que primeiro necessitava conversar com o médico. No mesmo dia, em contato com o residente que cuidava de Ricardo tive oportunidade de discutir os efeitos prejudiciais deste medicamento para o cliente. Contudo, ele alegou a necessidade de tal medicamento e a cura das úlceras, detectada através do exame de endoscopia digestiva. Outro detalhe digno de nota foi que a partir desse dia suspendi a aplicação da técnica de imposição de mãos. Esta suspensão ocorreu em virtude de me sentir, nos últimos dias, debilitada, principalmente à tardinha, quando deixava o Hospital após atender três clientes, além de contatos com outros.

Encontrei Ricardo no dia 16, deprimido e tenso. Havia recebido, após raios X, o diagnóstico de pneumonia e estava proibido de conversar em função da dispnéia e da tosse persistente. Os episódios de diarreia continuavam diminuindo (4 vezes ao dia). Persistia a alteração do padrão de sono e alimentar. Fora encaminhado material para exame de B.K., cultura de germes, antibiograma e pesquisa de *Pneumocystis carinii* e células neoplásicas, cujo resultado, posteriormente, revelou o desenvolvimento de fungos, gênero e espécie *Penicillium sp* e *Cândida albicans*. Ricardo iniciou a fazer uso de sulfametoxazol-trimetoprima (antibiótico de amplo espectro), e cetocozazol (antifúngico). Referiu, nesse dia, estar muito preocupado com o exame de gasometria que iria fazer. Forneci-lhe informações sobre os procedimentos envolvidos no exame e sobre pneumonia. Após a visualização relatou estar mais tranquilo e menos tenso. Busquei fortalecer a sua auto-confiança na repadronização do seu processo vital e orientei-o a fazer visualização três vezes ao dia.

Nos dois dias posteriores foi detectado através do Raios X, uma piora do quadro de lesões na região hilar e lobo superior es-

querdo. Ricardo permaneceu com oxigênio úmido - 3 l/min por cateter nasal e nebulização. Apresentou somente uma evacuação em cada dia e um pico febril no domingo à tarde. Passou a se alimentar melhor em função da dieta trazida por sua mãe.

Durante aquela semana iniciei a aplicação gradativa de toque em Ricardo, tendo notado certo constrangimento inicial, principalmente quando na presença de outras pessoas. Tive oportunidade também de dialogar com a mãe do cliente, principalmente quando lhe dava carona. Assim, oportunistei a verbalização dela sobre as dificuldades vivenciadas com a doença do filho e busquei dar-lhe apoio emocional. Como era hipertensa, verifiquei sua pressão arterial, orientei-a sobre dieta, medicamentos prescritos pelo médico e técnicas de relaxamento.

2ª SEMANA: 19 A 25/06/89

No primeiro dia daquela semana, encontrei Ricardo com boa disposição de ânimo, desejoso de recuperar-se logo e de ter alta. Havia permanecido na área externa por aproximadamente 40 minutos, exposto ao sol da manhã. Na noite anterior, iniciou logo um sono tranquilo e profundo, após a realização da técnica de visualização. Aceitava melhor a alimentação. As evacuações estavam se normalizando e não apresentou episódio de febre à noite e naquele dia. Continuava com expectoração amarelada, em média quantidade, embora os episódios de tosse houvessem diminuído. Referiu ter ficado tenso e assustado com a situação vivenciada, no final da semana, por uma cliente que ambos conhecíamos. Soubera dos detalhes da crise convulsiva apresentada pela cliente e do seu quadro através do diálogo entre duas fun-

cionárias em seu quarto. Outro fato que o preocupava era a diminuição da força e da sensibilidade (hemiparesia e hipoestesia) sentida, naquele dia, em seu membro inferior direito. O médico após exame suspeitara de toxoplasmose cerebral e em decorrência iria fazer uma punção lombar para sorodiagnóstico. A partir das colocações do cliente, orientei-o sobre o exame e possível infecção. Aproveitei a ocasião para reforçar as orientações fornecidas anteriormente e fortalecer a sua auto-confiança na repadronização do curso rítmico do seu processo vital. Implementamos as medidas estipuladas anteriormente, acrescentando fisioterapia no referido membro, após conversa com o médico. Realizamos visualização após a punção lombar e deixei-o aparentemente tranquilo.

No transcorrer da semana, o cliente apresentou grande instabilidade emocional em função do exame de tomografia que iria fazer em outra cidade, tendo em vista que naquela época não se dispunha no local de um tomógrafo computadorizado. Alegava não gostar de viajar, principalmente por encontrar-se debilitado. Dialogamos muito sobre a necessidade do exame, apesar da sorologia para toxoplasmose ter sido não reagente e a detecção de anticorpos Ig M e Ig G no liquor ter sido negativo e sobre as providências que seriam tomadas para que sua viagem fosse a mais confortável possível. Ricardo se abateu com a possibilidade de viajar e permaneceu alguns dias relutante. Contudo, assentiu em ir no próximo dia 30, após vários diálogos mantidos com o médico, com a enfermeira da unidade e comigo.

Durante a semana apresentou oscilação do padrão do seu campo energético, com evidência para o padrão psicológico, tendo períodos alternados de depressão e disposição de ânimo para enfrentar a situação.

Iniciamos naquela semana a dialogar sobre espiritualidade, tendo Ricardo apontado a sua capacidade pouco desenvolvida de ter fé, confiar, perdoar e amar, apesar de acreditar em Deus. Estimulei-o a desenvolver estas capacidades, indicando-as como ponto de apoio para superar aquela situação. Durante os nossos diálogos, o cliente, abordou a questão da morte, referindo não sentir medo da mesma, mas do sofrimento que a acompanhava. A partir desta constatação, iniciamos diálogos sobre os seus medos e inseguranças relativos a esta questão.

No final da semana, Ricardo referiu estar se sentindo melhor e com maior disposição de ânimo e seu quadro evidenciava que parte das interferências dissoantes pareciam haver sido eliminadas. Todavia, no dia 25, ele se queixou de náuseas e pirose, que foram consideradas pelo médico como intolerância aos medicamentos, e apresentou dois episódios de evacuações líquidas e à noite iniciou enterorragia.

3ª SEMANA: 26/06 a 02/07/89

No dia 26, Ricardo apresentou vários episódios de enterorragia, acompanhados de abdome distendido e doloroso e também um pico febril (38° C). Ao exame físico, encontrava-se hidratado, hipocorado (++/4), acianótico e eupnêico. Mantinha PA: 120/70 mm Hg. Referiu estar preocupado, muito tenso e sentia que seu estado se agravava. Pediu a minha ajuda para superar aquela situação e lhe prometi que estaria ao seu lado. Senti que seu campo de energia tornava-se cada vez mais disrítmico e busquei reforçar a sua auto-confiança na repadronização do seu processo vital. Naquele dia, Ricardo manifes-

tou o desejo de não conversar. Deste modo, utilizei musicoterapia, toque e permanecemos grande parte do período em silêncio. Posteriormente, usamos a técnica de visualização, tendo o cliente alegado estar mais tranquilo. Após a chegada da sua mãe, iniciamos diálogo visando estimulá-lo a enfrentar a situação. Além das medidas instituídas anteriormente, acrescentamos o controle da pressão arterial. Ricardo passou a fazer uso de monoclórato de metoclopramida 1 amp IM, se necessário (antimimético), vitamina K, 1 amp IM 12/12hs (ação anti-hemorrágica), papa de hemácias 500 ml e plasma 500 ml. Foi suspenso o medicamento indometacina e solicitado exames de urgência (sódio, potássio, uréia, creatinina, tempo de protrombina (T.A.P.) e tempo de tromboplastina ativada (K.P.T.)).

Ao chegar, no dia 27, fui informada pela enfermeira chefe de que fora diagnosticado abdome agudo e Ricardo aguardava cirurgia. Contudo, não fora informado do diagnóstico e do procedimento que o aguardava. No posto de enfermagem encontrei o residente ao telefone, tentando conseguir vaga em um hospital. Segundo ele, estava há horas tentando, pois alguns hospitais estavam em greve e outros alegavam dificuldades, após saberem ser o cliente portador de AIDS. Encontrei Ricardo muito tenso e com uma palidez cutâneo-mucosa acentuada. Contou-me que sentira fortes dores abdominais à noite. Fora feito raios X abdominal, mas ninguém conversara com ele a respeito. Entretanto, algo grave estava acontecendo, pois percebera pela troca de olhares e expressão facial dos médicos que o examinaram. Passou a noite em claro e amanheceu muito debilitado. Continuava com os episódios de enterorragia. Falei-lhe sobre a necessidade de uma cirurgia para estancar a hemorragia. Ricardo não demonstrou surpresa, como se já percebesse a necessidade de tal procedimento. Orientei-o sobre a cirurgia e respondi inúmeras perguntas do cliente, relativas

à mesma. Ricardo chorou e referiu precisar do meu apoio. Prometi estar ao seu lado e procurei fortalecer a sua auto-confiança. Após o desenvolvimento da técnica de visualização, deixei o quarto, dizendo que retornaria. No corredor, encontrei sua mãe, falei-lhe que Ricardo estava em jejum e portanto não poderia se alimentar com a dieta que diariamente trazia. Falei-lhe sobre a cirurgia, ela chorou e procurei confortá-la. Posteriormente, ambos foram informados pelo residente.

Às 16:50 horas, após conseguir vaga, acompanhei Ricardo, sua mãe e irmão mais novo ao hospital. Em contato com a enfermeira de Emergência, onde ficamos, fui informada de que não havia vaga no hospital e que após a cirurgia Ricardo seria transferido para outra instituição. Abordei as implicações que tal conduta poderia acarretar para o cliente, entretanto, segundo ela, não havia outra alternativa. Outro detalhe era que havia duas cirurgias de emergência antes da de Ricardo. Assim, permanecemos aguardando até às 23:35 horas, quando finalmente o cliente entrou para cirurgia. Durante este período, Ricardo que se encontrava em uma maca, não recebeu a atenção devida por parte do pessoal da Emergência e só obtínhamos alguma informação quando nos dirigíamos a eles. Naquele período de espera procurei implementar medidas de controle de sinais vitais, do gotejamento de soro e eliminações, bem como fortalecer a auto-confiança do cliente e de seus familiares. Ao despedir-me da mãe de Ricardo, esta referiu que estava admirada pela forma com que ele estava enfrentando a situação, pois sempre fora "muito nervoso".

Visitei Ricardo na UTI daquele hospital, durante os dois dias em que lá permaneceu. Como seu estado inspirasse cuidados, resolveram improvisar uma sala no setor de emergência até vagar um leito na UTI. Contactei com a mãe de Ricardo, mantendo-a informada

sobre o estado do seu filho.

Ricardo retornou ao Hospital de origem no dia 29 às 16:00 horas. Encontrei-o no dia seguinte, acompanhado de seu irmão mais velho, que chegara de São Paulo. Naquele dia o cliente encontrava-se lúcido, orientado, comunicando-se com facilidade. Apresentava palidez cutâneo-mucosa acentuada (+++/4), hidratado, acianótico, afebril, dispnêico, taquicárdico e mantendo pressão arterial em 100/80 mm Hg. Reiniciara, na noite anterior, os episódios de enterorragia. Ao entrar, apresentei-me ao seu irmão. Ricardo abriu os olhos e sorriu. Sentei-me, segurei a sua mão e ele solicitou que colocasse uma música. Notei que sempre que seu irmão entrava no quarto, Ricardo fechava os olhos. Perguntei-lhe se ainda tinha mágoa do irmão. Após uma resposta negativa, evidenciei que lhe faria bem conversar com o irmão e demonstrar-lhe seus sentimentos. Posteriormente, apliquei relaxamento e o deixei dormindo. Naquela noite, Ricardo foi avaliado por dois cirurgiões, que detectaram lesão difusa no cólon sem possibilidades cirúrgicas. Conseqüentemente, deveriam ser tomadas medidas suportivas, com reposição de sangue.

No dia 01/07, o campo energético de Ricardo se apresentava mais disrítmico em relação ao dia anterior. Apresentava episódios frequentes de enterorragia. Perguntei-lhe como estava se sentindo. Ele respondeu que um pouco assustado com a possibilidade da morte. Dialogamos algum tempo sobre o assunto, tendo respondido algumas das indagações de Ricardo acerca das minhas crenças. Busquei fortalecer a confiança do cliente em Deus e mostrar-lhe que não estaria sozinho na hora da sua partida. Falou que havia conversado com o irmão e lhe demonstrara afeto. Permaneci grande parte do período ao seu lado em silêncio segurando sua mão e procurando transfundir-lhe energias, tendo deixado ele dormindo. Cabe aqui um parêntese para colocar que

me encontrava preocupada pelo desconhecimento dos familiares acerca da sua doença. Não podia colocar aquela problemática para o cliente e também não podia quebrar o sigilo. Dessa forma, foi com alívio que soubera através do médico que seus familiares haviam sido informados por ele, naquela manhã.

Às 11:30 horas do dia seguinte, o irmão de Ricardo me ligou avisando que seu estado agravara. Ao chegar ao hospital, encontrei a mãe e o irmão do cliente sentados no corredor. Ao ver-me, sua mãe me abraçou chorando, dizendo que há algumas horas atrás ele estava lúcido. Procurei confortá-la e perguntei se gostariam de ir vê-lo. Respondeu-me negativamente, afirmando ter pavor de sangue. Encontrei no quarto e detectei que ele estava agonizante e não havia nenhum funcionário da unidade ao seu lado. Apaguei a luz, acendi o abajur, sentei, segurei sua mão e orei. Após cinco minutos Ricardo partiu.

Permaneci alguns instantes ao lado do corpo físico de Ricardo. A seguir, comuniquei o ocorrido aos familiares e enfermeira responsável. A mãe e o irmão do cliente não quiseram ver o seu corpo, visto que optaram por mantê-lo vivo na memória. Orientei-os acerca dos procedimentos a serem tomados e os apoiei até a despedida final. Posteriormente, continuei a manter contato com os familiares de Ricardo, pois me tornei amiga deles.

6 - EXPERENCIANDO O CUIDAR DO CLIENTE COM AIDS

"O humilde pesquisador, como eu pretendo ser, tem de andar bem cauteloso para manter o equilíbrio da mente; tem de reduzir-se a zero, para que Deus o possa guiar".

"Eu não estava sonhando quando escutava a voz interna; mas essa voz foi precedida de uma luta tremenda dentro de mim mesmo. Eu escutava, identifiquei a voz - e eis que a luta cessou e eu estava cheio de tranquilidade".

Mahatma Gandhi

Relatar uma experiência nem sempre é uma tarefa fácil, tendo em vista as dificuldades encontradas para traduzi-las na sua riqueza de detalhes de sentimentos e emoções, e também na sua totalidade. Por outro lado, na seleção de algumas vivências, há o risco de supervalorizar umas em detrimento de outras, ou vice-versa e até mesmo do esquecimento de algumas de relevante importância. Neste momento em que estou redigindo este capítulo, tenho presente que vivenciei duas vezes o mesmo processo, uma durante a implementação da metodologia e outra ao reorganizar os acontecimentos e relatá-los. Na primeira etapa, tinha diante de mim o desconhecido, apesar de contar com as metas probabilísticas. Já na segunda etapa, não havia

as barreiras do espaço-tempo, pois tudo estava presente em minha mente e em meus registros. Ambas as etapas foram vividas por mim com muita intensidade, mas sei que a segunda foi muito mais intensa. Ouvir as vozes gravadas em fitas dos meus amigos-clientes que partiram, relembrar determinados acontecimentos marcantes e as lutas que empreendemos juntos para alcançar as mesmas metas e objetivos se constituíram em um processo marcado pela saudade e pela tristeza. Entretanto, sei que tudo isto fez parte de um processo de aprendizagem, na medida em que sou um ser em evolução e me proponho a aproveitar todas as oportunidades desta trajetória.

Desde o início, quando começava a elaborar os primeiros esboços deste trabalho, percebi que me deparava, em determinados momentos, com alguns instrumentais para compô-lo, seja através de artigos de revistas, livros, sugestões de professores e amigos, dentre outros. Algumas vezes, sugeriram-me outros caminhos, mas intuitivamente, sentia que devia seguir o que foi desenvolvido. Assim, como um quebra-cabeça, fui montando aos poucos o trabalho em questão. Naturalmente, que ao perceber estas ocorrências coloquei-me em uma atitude de receptividade e de atenção.

A intuição se fêz presente ao longo das diversas etapas deste trabalho e sei que muitas vezes fui auxiliada por campos de energia com quem entrei em sintonia. Algumas vezes, deparei com obstáculos, mas após horas ou dias de reflexão, as soluções surgiram através da intuição. No decorrer dos meus encontros com os clientes, procurei não planejar as ações a serem desenvolvidas em cada dia e sim guiar-me pelas minhas intuições e pelas situações do momento. Naturalmente que existia um planejamento, em conjunto com os clientes, das metas e objetivos a serem alcançados. Diariamente, ao dirigir-me para o encontro com os clientes, havia a predisposição de fa-

zer o melhor, mas nunca sabia ao certo o que iria acontecer, tendo em vista a participação deles neste processo. Observei que as intuições fluíam com maior intensidade, à medida em que a minha capacidade de sintonização e receptividade eram mais acentuadas. Deixar-me guiar pelas minhas intuições se constituiu em uma nova atitude na minha prática profissional, embora fizesse uso dela na minha vida pessoal. Entretanto, para mim, é muito difícil explicar o processo intuitivo, mas hoje sei que ele consiste em um dos requisitos básicos para o verdadeiro e efetivo processo de cuidar. Detectei, durante todo o processo que as ações fluíam com espontaneidade, transformando o mesmo em momento rico de aprendizagem, de novas experiências e ao mesmo tempo agradável. Digo isto, embasada na minha prática profissional anterior, quando detecto que existia a angústia e preocupação de cumprir a cada dia os objetivos traçados, levando, conseqüentemente, a uma prática impositiva, improdutiva e cansativa.

Quando reflito sobre todo o processo de implementação da metodologia, alguns fatos chamaram-me a atenção. Um deles foi a seleção dos clientes, tendo em vista que dos quatro, pareceu-me que somente um foi, inicialmente, de minha opção. Em relação aos outros três clientes, as situações ocorridas levaram-me a optar por cuidar deles. Houve, desde o início, uma grande sintonia entre os nossos campos de energia. Este fato corroborou para que eles confiassem em mim. Deste modo, no primeiro encontro com todos eles pude conhecer grande parte da história dos seus processos vitais, inclusive fatos de suas intimidades, apesar de todos eles terem sido informados de que a tornaria pública, só alterando nomes e locais de origem. Por outro lado, as crenças e valores que permearam o marco conceitual, o qual norteou todo o trabalho, não se constituíram em barreira ao entendimento dos clientes e à operacionalização das diversas etapas

deste, tendo podido até mesmo aprofundar as discussões com alguns dos clientes. As terapias alternativas, por sua vez, foram bem aceitas, tanto pelos clientes como por familiares com os quais entrei em contato. Tive até mesmo a oportunidade de desenvolver a técnica de imposição de mãos juntamente com pessoas da família em um dos clientes.

Cuidar do cliente com AIDS constituiu-se em um desafio para mim. Não posso negar que o meu campo de energia sofreu inúmeras interferências durante o processo de cuidar. Contudo as maiores interferências foram decorrentes do campo energético da unidade de internação, do convívio diário com as instabilidades emocionais dos clientes e com as diversidades de padrão de campo dos mesmos. Anteriormente, já havia sentido que de um modo geral, o campo hospitalar apresenta uma vibração de energia muito desarmônica, em virtude das cargas energéticas provenientes, principalmente, dos pensamentos, sentimentos e emoções dos mais variados campos de energia ali presentes. Todavia, pude detectar que, na unidade em que desenvolvi este trabalho, as vibrações eram acentuadamente desarmônicas, interferindo, desta forma, nos campos dos profissionais, funcionários e até mesmo dos clientes que ali se encontravam. Evidentemente, estas interferências parecem afetar com mais intensidade aquelas pessoas que apresentam uma maior sensibilização dos seus campos de energia. A instabilidade emocional dos clientes foi, por outro lado, um fator de muita evidência. A depressão e a tristeza decorrentes da falta de esperanças de se recuperarem, das preocupações com a evolução dos seus processos vitais; do isolamento imposto pelo campo hospitalar e, muitas vezes, pelos familiares e amigos; dos medos e inseguranças acerca do tratamento, do sofrimento e da morte acentuadas pelas frequentes condições de clientes em estados graves e dos seus desliga-

mentos dos campos somáticos, tornavam os seus campos acentuadamente disrítimicos e interferiam, sobremaneira, no campo ambiental. Os maiores desafios enfrentados por mim foram, em primeiro lugar, fazê-los acreditar que havia possibilidade de recuperação e, em segundo, auxiliá-los a manter um padrão de pensamentos, sentimentos e emoções harmônicos. Frequentemente, encontrava-os deprimidos e tristes, procurava implementar todos os recursos disponíveis e deixava-os em uma condição de maior harmonia. No dia seguinte, imaginava que iria encontrá-los naquela mesma condição do final do encontro anterior, mas deparava-me com eles novamente deprimidos e tristes. Quando conseguia ajudá-los a manter um padrão mais harmônico, seus campos de energia sofriam interferências procedentes do campo hospitalar e/ou familiar. Assim, estas situações estiveram muito presentes neste processo. A implementação desta metodologia, em conjunto com o cliente, por sua vez, implicou em algumas condições básicas, que foram: a alteração do ritmo do meu padrão de campo de energia e a aceitação das diversidades dos padrões dos clientes e, até mesmo, das suas opções por se desligarem dos seus corpos somáticos. Estas condições nem sempre foram fáceis para mim, principalmente, pelo fato de ter, ao longo da minha vida profissional, implementado o modelo biomédico. Com todos os clientes sentia que havia possibilidade de redirecionamento do curso rítmico dos seus processos vitais, com fins ao não desligamento dos seus corpos somáticos. Eu acreditava e desejava tanto que eles conseguissem, mas muitas vezes era difícil para eles mobilizarem as suas energias com fins a este redirecionamento. O fato de ter iniciado a cuidar de Andréa, também corroborou para a minha dificuldade inicial de aceitar a diversidade do padrão dos outros clientes, pois ela está conseguindo efetivar o redirecionamento desejado. Assim, retrocedia e alterava o ritmo do meu campo,

procurando sintonizá-lo com a do cliente e então era mais fácil caminharmos juntos e aceitar as suas diversidades. Entretanto, este fato não impedia que eu buscasse sempre auxiliá-los a alcançar um novo padrão e maior ritmicidade de seus campos de energia.

Todas estas interferências provocaram, durante determinados períodos, disritmias em meu campo de energia. Conseqüentemente, inúmeras vezes saí do hospital bastante debilitada, como se todas as minhas energias houvessem se exaurido. Naquele ano, apresentei quatro episódios de gripe. Este fato não era usual para mim, visto que raramente me ocorre um episódio. Percebia que meu sistema imunológico estava deprimido. Sentia-me inúmeras vezes debilitada e detectava uma queda mais acentuada dos meus cabelos. Comecei a pensar, com frequência, que provavelmente pudesse ter me contaminado. Contudo, ao rever as diversas situações ocorridas não conseguia detectar nem um momento em que pudesse ter-me infectado com o vírus. Estava claro que, inicialmente, senti-me com receio, mas com o passar do tempo, a situação de sofrimento e desespero daqueles clientes repercutiram tão intensamente em mim que acabei por perdê-los apesar de manter as precauções recomendadas ao entrar em contato com suas secreções. Também não apresentava na história de meu processo vital nenhum fator de risco. A não ser, ter, anteriormente, no exercício da profissão, me picado inúmeras vezes com agulhas e entrado em contato com sangue de clientes. Após algum tempo, resolvi esclarecer as minhas dúvidas acerca de ser ou não soropositiva e realizar o teste Elisa. Aguardei uma semana o resultado e naquele período pensava que se por acaso desse positivo teria que superar aquela situação e prosseguir na efetivação dos meus objetivos de vida. Naqueles dias de espera e no dia de receber o diagnóstico, pude sentir o que sentem as diversas pessoas que diariamente vão realizar os seus testes. Foi com

grande alívio que recebi o resultado negativo. Posteriormente, passei a estar mais vigilante em relação às interferências em meu campo de energia e a objetivar uma maior harmonia em sua ritmicidade.

A implementação desta metodologia em uma instituição, cujos profissionais utilizam o referencial biomédico foi outro aspecto de destaque. Inicialmente, coloquei a par deste trabalho alguns profissionais daquele hospital, tendo-me aprofundado na discussão com alguns enfermeiros e inclusive oferecido cópia do projeto. Os funcionários da unidade, por sua vez, sabiam do trabalho, embora não com profundidade. Considerando que, campo humano e ambiental são complementares e estão continuamente trocando matéria e energia entre si, pude perceber que a minha entrada na instituição provocou alteração no ritmo do seu campo ambiental. Alguns enfermeiros se mostravam curiosos acerca das técnicas que implementava, por isso demonstrei. Alguns auxiliares e atendentes de enfermagem solicitavam aos clientes maiores esclarecimentos sobre o nosso trabalho. Outros elementos da equipe do turno da noite também desejavam conhecê-lo. Assim, fui convidada a apresentar as etapas deste e a demonstrar algumas técnicas. Detectei também que alguns profissionais não se sentiram confortáveis com a minha presença. Esta percepção foi apoiada em determinados comportamentos, tais como: olhares de desconfiança, interrupção do diálogo e silêncio quando me aproximava, pouca atenção quando lhes dirigia a palavra, expressão de desagrado em suas faces quando me viam, tentativa de evitar o meu encontro com o cliente quando do seu retorno, interrupção do desenvolvimento de técnicas, apesar do aviso no posto de enfermagem, dentre outros. Em contrapartida, contei com o respeito e o apoio de outros profissionais, inclusive do médico responsável pelo tratamento dos clientes com quem trabalhei. Estas atitudes foram de fundamental importância

para o desenvolvimento deste trabalho, auxiliando-me a tomar decisões, visando o bem estar dos clientes, as quais me expunham a riscos; viabilizando diálogos com o médico acerca do tratamento e sua repercussão nos clientes, das minhas preocupações com os efeitos colaterais de determinados medicamentos no campo de energia dos clientes e, até mesmo, emitir sugestões em relação aos mesmos.

Conviver com dois referenciais sendo implementados ao mesmo tempo nos clientes, foi para mim uma situação conflitante, como também reafirmadora de que eu havia optado por um modelo mais humanístico e efetivo. Em primeiro lugar, pude detectar como muitas vezes as atitudes dos profissionais decorrentes do modelo biomédico interferiram na conscientização e recuperação dos clientes e, consequentemente, no redirecionamento do curso rítmico dos seus processos vitais. Em segundo, e este teve bastante destaque para mim, foi o fato de muitas vezes ter observado atitudes semelhantes às que tomara anteriormente, quando utilizava o modelo biomédico. Deste modo, diariamente, necessitei empreender esforços para superar junto aos clientes os paradoxos destes dois modelos. Enquanto todos diziam que a AIDS não tinha cura, eu afirmava para os clientes, que esta era possível, desde que eles realmente a desejassem e mobilizassem suas energias com fins a uma harmonização cada vez mais crescente dos seus campos de energia. À medida em que era enfatizado para os clientes o uso de medicamentos e a submissão deles ao tratamento, eu dizia que eles necessitavam se instrumentalizar, participar ativamente de seu processo de recuperação e empreender esforços para o redirecionamento do curso rítmico dos seus processos vitais. No tempo que era enfocada a eliminação dos sintomas físicos da doença, eu enfatizava a visão integral do ser humano unitário e a necessidade de harmonização do todo e não das partes. Durante o tempo em que a

doença, a dor e o sofrimento eram vistos como totalmente negativos, eu as evidenciava como um processo importante para a reflexão, avaliação, aprendizagem, crescimento interior e oportunidade de novas opções de vida. Na medida em que a morte era vista como um tabu, algo amedrontador e indicadora de fracasso, eu abordava a morte como um processo natural de mudança de estado vibratório e a realidade deles existirem no processo de suas evoluções. Todos estes paradoxos, dentre outros, foram naturalmente detectados pelos clientes, tendo até mesmo motivado discussões mais profundas com três deles.

Ainda em relação ao campo hospitalar, pude conferir observações feitas anteriormente em outros campos, as quais evidenciam disritmias em suas vibrações, provocando inúmeras interferências no campo dos clientes e, conseqüentemente, na sua recuperação (ver anexos: sinopse dos dados). Um dos aspectos que me chamam a atenção é o fato de que quase na maioria dos casos, as normas e rotinas hospitalares são criadas para beneficiarem a própria instituição em detrimento da sua real finalidade, que são os clientes. Vejo, assim, a necessidade urgente de reformulação destas instituições e, principalmente, do currículo dos cursos de graduação da área de saúde, a fim de que possamos assumir de fato os nossos papéis junto à sociedade.

Embora venha, há aproximadamente seis anos, me dedicando ao estudo das terapias alternativas e inclusive implementando-as, nunca havia tido a coragem de fazê-lo, declaradamente, à nível hospitalar. Anteriormente, buscava transfundir energias para os clientes internados, através do olhar, ou mesmo do meu corpo, mas nunca impus as mãos. Neste trabalho, optei por algumas técnicas, sendo que as mais enfatizadas foram as da visualização, imposição de mãos e musicoterapia. A técnica da visualização (ver anexo 3), embora tenha

sido aplicada em todos os clientes, sofreu modificações de acordo com a individualidade e disritmias do campo de energia de cada um. Por outro lado, teve alguns enfoques semelhantes, na medida em que, algumas disritmias eram similares. Com relação à aplicação de musicoterapia, esta também sofreu as mesmas variações. Utilizei músicas, de acordo com o referencial de LINGERMAN (1990), visando energizar o corpo físico, dissipar a raiva, superar o medo, depressão e tédio, proporcionar força e coragem, relaxar, despertar amor e devoção e criar condições para a meditação e oração (ver anexo 3). Em se tratando da técnica de imposição de mãos, venho aplicando-a há 6 anos. Normalmente, quando a aplico, sinto ondas de energias saindo das minhas mãos. A partir de minhas observações anteriores, já havia detectado que, a intensidade dessas energias variam de dia para dia e de pessoa para pessoa. Ao questionar-me sobre este fato, evidenciei que essas alterações decorriam da presença ou não de determinadas interferências, tais como, o nível de harmonização do meu campo energético, o que, por sua vez, interferia na minha capacidade de sintonização, e da própria capacidade receptiva e de sintonização da pessoa que recebia as energias. Ao realizar a imposição de mãos nos clientes em questão, sentia algo extraordinário e até mesmo difícil de explicar. As ondas de energias saíam de minhas mãos com muita intensidade, o que não sentira anteriormente, a temperatura dos meus braços e mãos sofreu uma queda acentuada e senti uma enorme sensação de harmonia, o que me emocionou. Acredito que este fato decorreu da grande sintonização de ondas dos nossos campos de energia, da minha imensa vontade de ajudar e, ao mesmo tempo, da receptividade e vontade deles se recuperarem. Entre as orientações dadas aos clientes, incluía a de que eles, durante o procedimento, deveriam imaginar os seus campos de energia em completa harmonia ou orar. Explicava a

eles que eu preferia orar, pois sinto que assim as vibrações do meu campo de energia são mais intensas e, conseqüentemente, as energias fluem com maior intensidade. As avaliações em conjunto com os clientes, em relação ao desenvolvimento destas técnicas, evidenciaram uma maior harmonia em seus campos de energia, o que era traduzida por uma maior energização de seus corpos físicos, sensação de bem-estar geral, paz interior, otimismo, coragem, confiança, melhora do apetite e do sono, vontade de ser recuperar, dentre outros.

Outros aspectos chamaram a atenção no processo de cuidar dos clientes com AIDS. Em primeiro lugar, pude detectar, no convívio diário com estes clientes, que eles apresentam uma grande sensibilidade de seus campos de energia, tornando-os muito vulneráveis às menores interferências. Este fato deve ser considerado por aqueles profissionais e/ou familiares e/ou amigos que convivem com estes clientes, a fim de que os seus pensamentos, sentimentos e emoções, verbalizações, expressões facial e corporal e suas ações não se constituam em interferências, que acabem por induzir a maiores distúrbios nos campos de energia destes clientes. Segundo, pude observar que cada cliente parece apresentar um período tolerável de convívio com o campo hospitalar. Conseqüentemente, parece existir um momento em que a alta hospitalar deve necessariamente ocorrer. Quando este momento não é detectado pela equipe de saúde, o cliente apresenta grandes dificuldades para mobilizar as suas energias e, por conseguinte, fica mais deprimido, irritável e passa a definhar a cada dia, até o desligamento do seu campo somático. Evidentemente que, esta percepção deve ser verificada por outros profissionais, para que, através de estudos, possamos melhor nos instrumentalizar, a fim de contribuir para o bem-estar destes clientes. Finalmente, embora já houvesse tomado conhecimento através da literatura e em

minha prática profissional, pude perceber, no presente trabalho, que o ser humano em geral tem tanto um papel efetivo na sua recuperação, quanto no seu desligamento do campo somático. Dos quatro clientes que relatei neste trabalho, constatei que três deles optaram por partir, apesar de só um deles ter verbalizado de modo direto. Esta opção teve como principais pontos norteadores a falta de perspectiva em relação ao futuro, interferências provocadas pelos familiares, as quais os clientes não conseguiram superar e/ou conviver, dificuldade para assumir a realidade de suas condições perante os familiares, desgastes físicos e emocionais provocados pelas sequelas das doenças oportunistas, dificuldades para manterem mobilizadas as suas energias no processo de recuperação. Durante a maior parte do processo terapêutico busquei incentivá-los a redirecionar o curso rítmico dos seus processos vitais, com fins ao não desligamento dos seus campos somáticos. Entretanto, em determinado momento, senti que não deveria mais fazê-lo, mas sim continuar implementando ações para objetivar a harmonização de seus campos de energia e o redirecionamento do curso rítmico de seus processos vitais para que o processo de transição fosse realizado dentro de um clima de paz e harmonia. Deste modo, ficou claro para mim que, no processo de cuidar, as ações devem ser efetivadas sempre com fins ao redirecionamento do curso rítmico do processo vital dos clientes, seja para a permanência neste plano vibratório ou para o desligamento dos seus campos somáticos. Conseqüentemente, esse desligamento, a partir do referencial utilizado, não é visto como o fim da existência dos campos de energia e/ou insucesso e inefetividade do processo de cuidar.

Após ter realizado a minha prática, tive a oportunidade de contactar com o campo de energia dos três clientes que partiram. Estes acontecimentos não foram surpreendentes para mim, visto que,

normalmente, embora independente de minha vontade, sinto as vibrações emanadas por campos de energia, a partir de uma perspectiva quadridimensional, com os quais muitas vezes nem cheguei a conviver. Inicialmente, não cogitei de relatar estes acontecimentos no trabalho em questão. Contudo, por um longo período as minhas intuições me diziam que deveria fazê-lo. A minha decisão ocorreu após uma luta tremenda comigo mesma e, assim, resolvi assumir este relato e correr os riscos que pudessem surgir.

No final do ano passado, já recuperada física e emocionalmente, quando iniciava a descrever o processo desenvolvido com Andréa, comecei a sentir-me debilitada, com dores no corpo, insônia, sensação de angústia e depressão. Fiz vários exames médicos, mas nada foi detectado. Tentei analisar as possíveis interferências, mas não havia nada de importante a ser considerado. Algumas vezes, tinha intuições de que as interferências eram provenientes do campo energético de Carol, mas as refutava veementemente. Após um certo período convivendo com aqueles sintomas, pude contactar com Carol. Cabe aqui ressaltar que o contato com os três clientes ocorreu em um grupo de pesquisa acerca dos Fenômenos Psíquicos, do qual participo. Segundo ela, encontrava-se ainda sem saber ao certo do seu processo de transição. Chorando, contou-me que se encontrava ao meu lado, apesar de sentir que a sua aproximação provocava disritmias no meu campo de energia. Contudo, precisava da minha ajuda. Sentia muitas saudades da sua família e minhas. Naquele dia, Carol foi orientada acerca da sua situação e da necessidade de prosseguir em sua trajetória evolutiva. Posteriormente, o meu campo de energia voltou a apresentar mais harmonia em sua ritmicidade. Decorridos aproximadamente sete meses, após aquele acontecimento, voltei a contactar-me com Carol, sem contudo, apresentar aquelas interferências anterior-

res. Segundo ela, sentia-se em maior harmonia. Estava ainda em tratamento e recebia ajuda. Embora mais sintonizada com o seu plano vibratório, sentia saudades da família, principalmente dos filhos e minhas. Encontrara as explicações para tudo o que lhe acontecera e inclusive para as reações de sua família. Sabia que havia errado muito, mas tinha esperanças de prosseguir e acertar. Ainda, segundo ela, o nosso encontro não fora casual. As orientações recebidas ajudaram muito no seu processo de transição. Sabia que, muitas vezes, havia sido rebelde e agressiva comigo, apesar da minha paciência. Agradecia-me todo o apoio recebido e onde estivesse continuaria a me amar e a torcer por mim. Assim, despediu-se com um até breve.

O meu contacto com Ricardo ocorreu de uma forma bem diversa da de Carol. Durante o período em que relatava o processo desenvolvido com ele, preocupava-me se deveria ou não fazê-lo, tendo em vista o fato de seus familiares desconhecerem a sua condição de homossexual. Deste modo, pensava, no caso de seus familiares lerem este relato, como reagiriam. Por outro lado, estava revelando um fato de sua intimidade. Naturalmente, Ricardo me havia dado o aval para tal relato, mas ficara implícito no processo que ele revelaria a doença e a via de contágio à sua família. Contudo, o desenrolar dos acontecimentos não o permitiram. Assim, fiquei indecisa, até o dia em que pude contactar com ele. Estava ciente do seu processo de transição e sentia muitas saudades da sua família. Havia detectado a minha indecisão e me autorizava a relatar todo o processo. Agradecia o apoio recebido e esperava que eu continuasse interagindo com os seus familiares.

Quando iniciei a relatar o processo desenvolvido com Davi, passei a sentir novas interferências em meu campo de energia. Sempre quando me sentava para escrever sentia um grande mal estar geral,

cefaléias intensas, muita angústia e inquietação. Deste modo, não conseguia permanecer muito tempo sentada e o relato não fluia. Considerando que tinha as limitações do tempo, resolvi abandonar o relato do seu processo, temporariamente e desenvolver outras etapas deste trabalho. Contudo, chegou a momento em que precisava retomar aquele relato e ví-me às voltas com as interferências sentidas anteriormente. Várias vezes tinha intuições de que se tratava de Davi, mas, como nos contatos com Carol, recusava-me a acreditar, principalmente porque, quando pensava nele imaginava que o seu processo de conscientização iria ser mais demorado do que o dos outros clientes. Encontrava-me preocupada, pois pensava se tratar de algum problema em meu cérebro. Descartara a possibilidade de ser problema visual, pois havia realizado há pouco tempo um exame oftalmológico. Resolvi conversar com alguns amigos sobre o fato. Nestes contatos, foi levantada a hipótese de serem estas interferências provenientes de Davi, visto que, quando eu relembra todos os acontecimentos vividos por nós, eu me sintoniza com o seu campo de energia e, assim, o atraia. Resolvi que iria superar aquelas interferências e antes de iniciar os trabalhos de cada dia orava por Davi. As interferências se tornaram menos acentuadas, mas convivi diariamente com cefaléias intensas. Após ter terminado aquele relato pude contactar com Davi. Ele se encontrava ainda confuso quanto a ter realizado o seu processo de transição. Segundo ele, havia permanecido ao meu lado ajudando a relatar o nosso trabalho, apesar de algumas vezes ter entrado em contato com os seus familiares. Naquele dia, Davi foi orientado e estimulado a prosseguir a sua trajetória evolutiva e o meu campo de energia retomou a sua ritmicidade.

Todos estes acontecimentos evidenciaram para mim que o processo de cuidar, para aqueles profissionais que apresentam uma

percepção quadridimensional, não termina com o desligamento do cliente de seu campo somático, mas prossegue além das barreiras do espaço-tempo.

O processo de cuidar teve como ponto de destaque o relacionamento terapêutico enfermeiro-cliente. Ao meu ver, o requisito básico para este relacionamento é o envolvimento do profissional com o cliente. Este fato reporta-me aos tempos de estudante de enfermagem, quando era recomendado, com frequência, que nunca deveria me envolver com os clientes. Assim, durante um certo período tornei-me uma enfermeira fria e distante, sempre atenta para não me envolver, visto que envolvimento implicava em sofrimento. Hoje, o desenvolvimento do processo de cuidar vem confirmar, o que já detectara anteriormente - que só existe envolvimento quando existe amor. Consequentemente, a atitude terapêutica, sob o meu ponto de vista, tem como elemento de base o amor, sentimento que se desenvolve na medida em que, o ser humano busca uma crescente dinamização, complexificação e conscientização do seu ser. Este sentimento impregna e magnetiza o campo energético, tornando-o super energizado, ou seja, um campo composto de uma energia mais quintessenciada, poderosa, ativa e que se exterioriza no campo ambiental. A referida energia não pode ser vista a olho nu, exceção feita àquelas pessoas que possuem capacidades de percepção quadridimensional, mas pode ser sentida pelo outro, além de se expressar através dos pensamentos, sentimentos, emoções, da expressão facial e corporal, do tom de voz, do toque, e das ações. Implica, deste modo, em uma atitude de honestidade, aceitação, interesse e respeito pelo outro, além de inspirar confiança. Logicamente, existem infinitas gradações desse sentimento, que se constituem no elemento chave de uma relações de ajuda, as quais estão diretamente ligadas ao estágio evolutivo do ser humano.

202

Não poderia deixar de registrar aqui, o quanto aprendi, sob todos os aspectos, com a convivência diária com os meus amigos - clientes portadores da AIDS. Sei que jamais esquecerei estes anos, pois foram de fundamental importância no meu aprimoramento e conscientização da minha responsabilidade perante todos os seres humanos.

Utilizar o referencial de Rogers, contribuiu muito para a ampliação da minha visão de mundo. Vejo com mais clareza que existe uma interação dinâmica e contínua entre tudo o que existe neste universo. Aprendi que todas as formas de conhecimento só tem real valor quando utilizadas em benefício dos seres humanos e de tudo o que existe no campo universal. Todavia, de nada vale todo o conhecimento do mundo se não houver AMOR. Assim, o amor, o respeito e a solidariedade devem estar sempre presentes nos meus apetrechos de viagem. Como eterna caminhante, sei que este foi mais um estágio e que devo prosseguir rumo a novas experiências, em busca de uma maior complexificação e conscientização do meu ser.

7. ANÁLISE, DISCUSSÃO E RECOMENDAÇÕES

"Não existe nenhum caminho lógico para o descobrimento das leis elementares - o único caminho é a intuição".

"A intuição é a fonte das grandes descobertas".

Albert Einstein

No presente capítulo, analiso e discuto a realidade detectada a partir das informações obtidas no processo de operacionalização do cuidar do cliente com AIDS, estabelecendo uma correlação entre o modelo teórico e a prática.

Em primeiro lugar, cabe aqui considerar que o referencial desenvolvido ou seja, o marco conceitual e a metodologia, não sofreram adaptações e modificações, tendo, portanto, sido mantidos todos os componentes do referencial operacionalizados nas diversas etapas deste trabalho.

Em segundo lugar, embora a análise e discussão sejam embasadas no processo de cuidar, desenvolvido neste trabalho com quatro clientes, os resultados apresentados são reforçados com as informações obtidas com mais dois clientes e também pelas minhas observações, realizadas diariamente nos meus contatos e diálogos com outros clientes com AIDS.

MARCO CONCEITUAL

Campos Humano e Ambiental

Ao iniciar o processo de cuidar com o primeiro cliente, senti uma certa dificuldade para perceber o campo humano em sua dinâmica e contínua relação com o campo ambiental, a qual exigiu um esforço da minha capacidade de abstração. Contudo, na medida em que prosseguiu a implementação deste trabalho com os outros clientes, detectei que a minha capacidade de percepção se ampliava. Compreendi, então, que a minha dificuldade inicial se devia ao fato de que para tal, são necessárias novas formas de percepção quadri-dimensional. Estas capacidades de percepção nem sempre estão presentes, visto que, na maioria da vezes, somos condicionados a ver e interpretar os fatos a partir de uma perspectiva tridimensional.

Na medida em que percebia o campo humano, destacou-se para mim que a mente propriamente dita, da qual o pensamento é a expressão mais elevada, constitui-se no núcleo de comando deste campo. Os sentimentos e emoções humanas, por sua vez, são forças energéticas que se irradiam, impregnando e magnetizando o campo de energia e cujo poder, maior ou menor, está diretamente relacionado ao comprimento da onda mental que a conduz. Deste modo, o poder de ação do campo humano não se restringe aos atos físicos. Pensar e sentir implica em movimentos de forças vivas, em agir, emitir e captar energias e, portanto, participar das trocas vitais, seja de forma harmônica ou desarmônica.

Estas percepções se traduziram na compreensão de que, em primeiro lugar, os pensamentos, sentimentos e emoções promovem uma

alteração da frequência do campo humano, podendo induzir a uma maior ritmicidade ou mesmo a disritmias deste, as quais se evidenciam nos diversos estádios do processo saúde-doença. Em segundo, na medida em que campos humano e ambiental são considerados sistemas abertos, estas energias provenientes do campo humano se exteriorizam, influenciando harmonicamente ou desarmonicamente o campo humano ambiental. Assim, o redirecionamento do curso rítmico do processo vital do ser humano está principalmente ligado à promoção de formas de pensar e sentir cada vez mais harmônicas. A presente compreensão, inclusive, implica em maior responsabilidade frente às contínuas influências que exercemos no campo ambiental, através do pensar e sentir.

A percepção do padrão do campo humano unitário na sua dinâmica relação com o campo ambiental também mostrou-me que o processo de cuidar, quando direcionado somente para o aspecto biológico, não produz os efeitos desejados no redirecionamento do curso rítmico do processo vital dos clientes. Para tal, é requerido que a ação se efetue nos campos energéticos dos clientes e do ambiente como um todo, não perdendo de vista a essência destes campos. Ficou evidente que esses campos estão de tal forma interligados, que não podem ser divididos em partes, com prejuízo da essência e da qualidade dos mesmos. Vi-me, então, novamente, em uma situação bastante complicada, dentro da visão dialética, pois, ao perceber o todo, perdia de vista as partes e quando me atinha às partes não percebia o todo. Ao mesmo tempo, quando percebia o todo, não conseguia traduzi-lo em palavras. Foi assim que, infelizmente, tive de optar por reduzir o campo humano em sua dinâmica relação com o meio ambiente, para efeito da apresentação dos dados.

Dos quatro clientes acompanhados, dois tiveram como modo de transmissão do HIV o uso compartilhado de seringas na aplicação

de drogas endovenosas, um através da multiplicidade de parceiros na relação homossexual e outro, a transfusão de sangue contaminado. Todos estes clientes apresentaram um padrão semelhante de seus campos de energia, no que se refere às disritmias decorrentes das relações desarmônicas com o seu "eu" e com o meio ambiente. Contudo, estas disritmias não estiveram presentes no momento do contágio, mas ao longo dos seus processos vitais. Os dados mostram que, elas podem estar presentes mesmo antes do nascimento, como é o caso de Andréa, ou na infância, a exemplos de Davi, Carol e Ricardo. Não posso entretanto, descartar totalmente a possibilidade de no caso destes, outros três clientes, estas disritmias não terem estado também presentes antes do nascimento. No entanto, tal afirmativa necessitaria de maiores investigações.

As semelhanças nas disritmias do campo energético dos quatro clientes, detectadas ao longo dos seus processos vitais, foram em relação ao padrão de personalidade, com destaque para os pensamentos desarmônicos, o padrão de sentimentos e emoções desarmônicas, padrão de auto-imagem e auto-estima afetados negativamente e o pequeno desenvolvimento do padrão espiritual. Dos quatro clientes, somente Andréa apresentava um padrão menos disrítmico em relação à auto-estima. Detectei que, este fator contribuiu muito para o redirecionamento do seu processo vital. Outro aspecto que se destacou foi a presença de fatores imunossupressores no processo vital dos quatro clientes, mesmo antes de se contaminarem com o HIV. Em relação a Andréa e Carol haviam as drogas, contaminações frequentes nas aplicações das mesmas, a diminuição do ritmo alimentar e do sono durante o período em que usavam drogas e os traços desarmônicos de personalidade, sentimentos e emoções, incluindo-se no caso de Andréa o fumo. Em se tratando de Davi, haviam o distúrbio dos carboidratos, proteí-

nas, gorduras e insulinas decorrentes da diabete mellitus, o inefetivo controle da mesma, o estresse frequente em função do seu estilo de vida, os traços desarmônicos de personalidade, sentimentos e emoções. Ricardo, por sua vez, apresentava conflitos frequentes acerca da sua condição de homossexual, estresse, diminuição do ritmo do sono e alimentar após o início dos problemas financeiros, exposição frequente ao esperma de diferentes parceiros e traços desarmônicos de personalidade, sentimentos e emoções.

As relações estabelecidas pelos quatro clientes com o campo ambiental, ao longo dos seus processos vitais, se deram predominantemente de forma desarmônica. No caso de Andréa, esta relação se deu desde a vida intra-uterina, com a rejeição de seu pai e os conflitos vivenciados por sua mãe. Estendeu-se, a seguir, na sua infância e adolescência, onde limites não foram estabelecidos e todas as suas vontades eram satisfeitas e, posteriormente, na convivência com usuários de drogas, acarretando-lhe, assim, um estilo de vida mais desarmônico. Com Davi, por sua vez, esta relação esteve mais presente na morte de sua mãe, prosseguindo com a convivência, inicialmente, desarmonicamente com sua madrasta, os conflitos com seu pai, posteriormente, com a esposa e até mesmo na falta de controle do sangue e seus derivados por parte do bancos de sangue. Em se tratado de Carol, ressaltaram-se a relação irregular entre seus pais, o suicídio de sua mãe, os maus tratos impingidos pela madrasta e irmãos, a relação conflituosa com o pai, o convívio com usuários de drogas, o casamento de certa forma não desejado, o assassinato cometido pelo marido e a perda de seus bens materiais. Com Ricardo evidenciaram-se a representação social do homossexualismo, a omissão de sua condição de homossexual pelo receio de não ser aceito pelos familiares e a dificuldade de conseguir um emprego. Todos estes aspectos, decorren-

tes da relação entre os campos dos clientes e o ambiente, estiveram presentes antes da contaminação pelo HIV. Deste modo, observo que o campo ambiental dos quatro clientes, apresentavam uma certa semelhança, no que se refere à presença de disritmias.

A condição de portadores da AIDS acentuou as disritmias nos campos energéticos dos clientes e, conseqüentemente, nas suas relações como o campo ambiental. Estas disritmias se estenderam aos seus campos somáticos e apesar da especificidade da manifestação da doença, todos apresentaram alterações nos padrões de sono e repouso, nutrição, sexualidade e do sistema neurológico.

Considerando o campo ambiental, as disritmias, no caso de Davi e Carol, foram de tal modo acentuadas, que se expressaram na rejeição destes clientes pela esposa e pelos familiares, respectivamente. Na situação específica de Ricardo as disritmias se evidenciaram na sua incapacidade para redirecionar o curso rítmico do seu processo vital, com vistas a sua permanência nesta dimensão, pelo fato de ter de assumir perante os familiares a sua condição de homossexual e portador da AIDS. Já no caso de Andréa houve possibilidades de alterar a frequência das vibrações do seu campo e do meio ambiental, tornando-os cada vez menos disrítimos. Assim, dos quatro clientes, Andréa foi a única que contou com o apoio integral do noivo e dos familiares. Este aspecto foi de fundamental importância para que ela conseguisse redirecionar o curso rítmico do seu processo vital. Vejo, conseqüentemente, que o amor e o apoio dos familiares, em se tratando aqui mais especificamente dos clientes com AIDS, são fatores que os ajudam a mobilizar as suas energias e a superar as grandes dificuldades de conviver com esta doença.

A relação entre os clientes e o campo hospitalar também se mostrou disrítmica. As disritmias comuns a todos os clientes foram:

restrição de espaço, isolamento e solidão, alteração do ritmo de sono e nutricional e acentuação do estresse e depressão. Estas disritmias detectadas na relação entre os campos dos clientes e hospitalar induzem a questionamentos sobre a efetividade destas Instituições como local de tratamento e recuperação, no caso aqui os clientes com AIDS. Evidenciam também a necessidade urgente de reformulação das normas e rotinas que norteiam o funcionamento das mesmas. A relação dos clientes com a equipe de saúde, por sua vez, nem sempre se processou de forma harmônica. Com relação a Andréa, as disritmias detectadas foram: atitude de preconceito em relação aos usuários de drogas, restrição de visitas, prognóstico desfavorável da evolução da sua doença e omissão dos resultados de exames quando questionados. Em relação a Davi se destacaram: insegurança em relação ao tratamento ministrado, demora no atendimento médico, pouca atenção por parte do pessoal de enfermagem, incompreensão de alguns elementos da equipe de saúde acerca da solidão e depressão provocadas pelo ambiente hospitalar, relação profissional - cliente inefetiva. Em se tratando de Carol foram observadas: ansiedade pela falta de orientação do processo saúde-doença da AIDS, insegurança em relação ao tratamento ministrado e pela desatenção por parte do pessoal de enfermagem e restrição de visitas. No caso de Ricardo foram: ansiedade e preocupação pela possível falta de sigilo da situação pessoal e relação profissional - cliente inefetiva. As disritmias comuns aos clientes foram: falta de orientação acerca do processo saúde-doença da AIDS e relação inefetiva entre os clientes e alguns profissionais da Instituição. Um aspecto a ser destacado foi que as percepções dos clientes se mantiveram ao longo da implementação deste processo de cuidar.

Acredito que as disritmias detectadas na relação entre os campos dos clientes e hospitalar decorrem do modelo biomédico, utilizado pela equipe de saúde. A partir deste referencial os clientes são vistos como um organismo cujo modelo de funcionamento é o mecânico. Deste modo, os clientes passam a ser vistos como um mecanismo do tipo bio-psico, entendido como soma de partes, soma de órgãos. Em decorrência, perde-se de vista a totalidade dos clientes, as suas vivências qualitativas e até mesmo a condição deles participarem de forma efetiva no seu processo saúde - doença. Este modelo, por sua vez, não fornece instrumentais para avaliações mais precisas e, conseqüentemente, intervenções mais eficazes e efetivas no processo saúde - doença. Desta maneira, pode contribuir, como foi detectado neste trabalho, para o afastamento de profissionais, na medida em que estes se sintam impotentes diante de determinadas situações. Considero ainda o fato de que, por ressaltar a doença e não o doente, por não relevar o poder de auto-cura do organismo humano, acabam por fazer dos medicamentos a única forma de tratamento. Estes medicamentos, por outro lado, nem sempre atuam de forma harmônica no organismo, acarretando inúmeros efeitos colaterais, as vezes drásticos para o mesmo. Desta forma, muitas vezes são suspensos, levando os profissionais a se sentirem desarmados diante de determinadas situações, como foi observado por mim em diálogos mantidos como os mesmos.

Os dados apresentados, mostram que a relação entre os campos dos clientes e o ambiental (familiar e hospitalar) sofre inúmeras disritmias, as quais interferem de forma acentuada no redirecionamento do curso rítmico dos seus processos vitais.

Os conceitos de campos humanos e ambiental aplicaram-se inteiramente à situação dos clientes com AIDS e, inclusive viabili-

zou uma perspectiva mais abrangente de compreensão do processo de cuidar.

Saúde - Doença

O conceito de saúde - doença desenvolvido por Rogers fornece uma visão mais abrangente para a compreensão deste processo, principalmente no que se refere à prevenção da doença em si. A partir deste referencial, a doença se constitui em disritmias do campo humano, decorrentes da sua relação desarmônica com o seu "eu" e com o meio ambiente. Esta compreensão implica em uma nova forma de investigação, de tratamento e até mesmo de prevenção. Isto porque, a partir de uma perspectiva tridimensional, a doença se faz presente quando se evidenciam manifestações desarmônicas no campo somático do ser humano. Entretanto, quando a perspectiva quadridimensional é considerada, a doença, ou seja, as disritmias no campo humano, já estão presentes bem antes da sua exteriorização no campo somático. Assim, na medida em que estas disritmias são detectadas, é possível o redirecionamento do curso rítmico do processo vital do ser humano, bem antes da manifestação das mesmas no seu campo somático.

Considerando os quatro clientes aqui apresentados, pude perceber que estas disritmias estiveram presentes bem antes deles apresentarem a AIDS, as quais resultaram de determinadas interferências existentes nos campos dos clientes e do ambiente (ver quadros 3, 4, 5, 6). As interferências comuns aos quatro clientes foram: padrão desarmônico de personalidade, de pensamentos, sentimentos e emoções, lacuna na aprendizagem e relação desarmônica cliente - família. Estas interferências evidenciaram que as disritmias presentes

Quadro 3 - Interferências dissonantes no processo saúde-doença de Andréa

SAÚDE	INTERFERÊNCIAS	DOENÇAS
	<ol style="list-style-type: none">1. Rejeição pelo pai durante a vida intra-uterina2. Padrão desarmônico de personalidade3. Padrão desarmônico de pensamentos, sentimentos e emoções4. Relação desarmônica cliente-família5. Convívio com pessoas que usavam e vendiam drogas6. Uso de drogas injetáveis, bebidas alcoólicas e fumo7. Diminuição do ritmo alimentar e do sono, após o uso de drogas8. Uso compartilhado de agulhas na aplicação da droga9. Infecção pelo H.I.V.10. Lacuna na aprendizagem	

Quadro 4 - Interferências dissonantes no processo saúde-doença de Davi.

SAÚDE	INTERFERÊNCIAS	DOENÇA
<ul style="list-style-type: none">- Inefetivo controle da Diabetes Mellitus.- Alimentação rica em colesterol e gorduras saturadas.- Inatividade física.- Padrão desarmônico de personalidade, sentimentos e emoções.- Relação desarmônica cliente-família- Estresse emocional constante.- Infarto do miocárdio → cirurgia de revascularização.- Não controle da qualidade do sangue e seu derivados por parte dos bancos de sangue.- Infecção pelo HIV- Lacuna na aprendizagem.		

Quadro 5 - Interferências dissonantes no processo saúde-doença de Carol

SAÚDE	INTERFERÊNCIAS	DOENÇAS
<ol style="list-style-type: none">1. Suicídio da mãe2. Relação desarmônica cliente-família3. Padrão desarmônico de personalidade4. Padrão desarmônico de pensamentos, sentimentos e emoções5. Convívio com pessoas que usavam drogas6. Uso de drogas injetáveis7. Uso compartilhado de agulhas na aplicação da droga9. Infecção pelo H.I.V.10. Lacuna na aprendizagem		

Quadro 6 - Interferências dissonantes no processo saúde-doença de Ricardo

SAÚDE	INTERFERÊNCIAS	DOENÇAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Padrão desarmônico de personalidade 2. Padrão desarmônico de pensamentos, sentimentos e emoções 3. Conflitos interiores decorrentes da homossexualidade 4. Relações sexuais com diversos parceiros 5. Estresse decorrente da dificuldade financeira e profissional 6. Diminuição do ritmo alimentar e do sono, após dificuldade financeira e profissional 7. Relação desarmônica cliente-irmão 8. Infecção pelo H.I.V. 9. Lacuna na aprendizagem 		

no campo humano contribuem para as disritmias na sua relação com o campo ambiental, ao passo que o inverso nem sempre é verdadeiro. O processo vital de Andréa, por exemplo, mostrou que, na medida em que se processou o redirecionamento do curso rítmico do mesmo, as interferências do campo ambiental, no caso a discriminação e preconceito por parte de membros da família do noivo, vizinhos e amigos, que inicialmente provocavam disritmias em seu campo, deixaram de fazê-lo, posteriormente. Por outro lado, detectei que quanto mais disrímico o campo humano em sua relação com o campo ambiental, maiores são as possibilidades de contaminação com o HIV e desenvolvimento da AIDS. Esta colocação foi destacada pelos campos do noivo de Andréa e da esposa de Davi, que apesar de manterem relações sexuais durante um longo período após a contaminação dos clientes, eles não se tornaram soropositivos.

Embora cada ser humano experiencie a doença de maneira única, o processo de cuidar dos clientes como AIDS mostrou algumas semelhanças entre eles. Estas semelhanças se destacaram em relação às perspectivas de vida e em relação à auto-imagem. Em se tratando das perspectivas de vida, todos os clientes, após o diagnóstico da AIDS, apresentaram perspectivas de isolamento, sofrimento e morte. Ao meu ver estas perspectivas, que diariamente observo nos clientes com AIDS, são geradas pela representação social da doença - "AIDS MATA" - e repassada ao público pela imprensa falada, escrita e até mesmo pela maioria dos profissionais da área de saúde. Assim, estas perspectivas dificultam sobremaneira a participação efetiva dos clientes no seu tratamento e, conseqüentemente, no redirecionamento do curso rítmico dos seus processos vitais, com fins a permanecerem nesta dimensão. Estas mesmas perspectivas foram detectadas nos familiares de Andréa, Davi e Carol. No caso específico de Andréa estas

perspectivas se evidenciaram na atitude dos seus familiares ao estimular o noivo da cliente a abandoná-la, procurar outra pessoa e também na fala de sua mãe:

- "Eu tô preparada prá aceitar né, minha filha. O que é que eu vou fazê. Eu disse prá ela morrê todos nós vamos um dia".

- "Tava todo mundo lá conversando que ela tá lutando pela vida né. Apesar de tudo ela tá lutando".

- "Até era bom que ela descansasse porque ela tá sofrendo".

Em todos os clientes pude observar que a auto-imagem, após a doença, estava afetada negativamente. No caso de Andréa, pela perda acentuada de peso e queda dos cabelos. Em Davi, pela perda de peso e incapacidade para se auto-cuidar. Em se tratando de Carol a auto-imagem estava afetada pela perda de peso, queda dos cabelos e déficit motor nos membros superior e inferior esquerdos. Já no caso de Ricardo, pela perda de peso, manchas violáceas no corpo. O fato de também serem portadores da AIDS afetou a auto-imagem de todos os clientes indistintamente. Todos estes fatos apresentados evidenciam que, para os clientes que recebem o diagnóstico de AIDS, não resta outra alternativa, senão a morte, visto que o campo ambiental, na sua quase totalidade, não lhes apontam nenhuma esperança ou perspectivas de sobrevivência. Desta forma, a ausência de perspectiva de sobrevivência se constitui, ao meu ver, em uma interferência de destaque, sendo esta responsável pelo grande número de clientes que diariamente se desligam dos seus campos somáticos. Vejo, assim, a necessidade urgente de reformulação do conceito de saúde - doença, ora vigente, e também das formas como a ciência, a saúde e a educação vêm sendo praticadas no mundo.

Enfermagem

De acordo com Rogers, a enfermagem existe para cuidar de pessoas; sua responsabilidade direta e última é para como a sociedade. No entanto, esta finalidade maior da existência da enfermagem só pode realmente ser alcançada, na medida em que os enfermeiros busquem avaliar continuamente o processo de cuidar e desenvolver formas cada vez mais efetivas de atuação. O enfermeiro, enquanto ser integrante do processo evolucionário, tem um papel importante a exercer nas dinâmicas e contínuas transformações que são processadas no campo pessoal-profissional e ambiental. A partir do referencial rogeriano, posso considerar que este campo apresenta um padrão e manifesta características, que são diferentes de suas partes e não podem ser preditas do conhecimento de tais partes. Estas considerações implicam, em primeiro lugar, que o campo pessoal e profissional do enfermeiro em sua dinâmica relação como o meio ambiente não podem ser dicotomizados, visto que fazem parte de um continuum. Segundo, assim como os clientes, os enfermeiros também apresentam diversidades de padrões dos seus campos de energia, os quais estão diretamente ligados aos estados evolutivos dos seus processos vitais. Finalmente, estas diversidades de padrões de campos dos enfermeiros podem se traduzir na escolha de referenciais, nas formas de compromisso e responsabilidade perante os seus campos de energia pessoal-profissional e ambiental e até mesmo nos diferentes estilos de cuidar, ainda que a partir de um referencial comum, dentre outros.

A recente utilização de um referencial teórico (marco conceitual e processo de enfermagem) no processo de cuidar dos clientes, se constitui em um marco novo na história da enfermagem no Bra-

sil. Contudo, os estudos realizados mostram a sua importância na efetividade deste processo. Este estudo vem confirmar os anteriores e evidenciar que, nós enfermeiros, necessitamos buscar formas mais humanísticas e eficazes de auxiliar o ser humano a assumir a sua responsabilidade no seu processo saúde-doença e a desenvolver formas cada vez mais harmônicas de relação com o seu "eu" e com o meio ambiente:

A utilização das terapias alternativas como instrumental para auxiliar o ser humano a desenvolver o seu poder de auto-cura e a buscar o seu auto-conhecimento se mostrou efetiva neste estudo. Deste modo, as recomendo como instrumentos do arsenal terapêutico dos enfermeiros

O processo da intuição apesar de ser tão antigo quanto a humanidade, vem sendo retomado e desenvolvido pelos enfermeiros. A capacidade intuitiva auxiliou-me a ampliar minha visão de mundo e a desenvolver formas mais efetivas de cuidar.

O momento atual mostra que a enfermagem precisa inovar e avançar, para que possa, realmente, ocupar o seu espaço nas transformações que se devem processar no mundo. Na enfermagem futurista não haverá mais espaço para as acomodações, para as dissensões e omissões. A meta da enfermagem me parece única e para a atingirmos necessitamos de objetivos semelhantes, união e esforço conjunto.

METODOLOGIA

A metodologia do trabalho, propriamente dito, se mostrou efetiva e concorreu para que o trabalho tivesse uma sistemática de ação e expressasse o desenvolvimento do processo de cuidar dos

clientes com AIDS.

No que se refere à fenomenologia, o princípio básico deste método, que é o "retorno às coisas mesmas", foi de fundamental importância para que eu pudesse redescobrir o fenômeno, ou seja, o campo do cliente em sua dinâmica e contínua interação com o campo ambiental ao longo do seu processo vital. Deste modo, me levou a uma maior compreensão da subjetividade das vivências dos clientes nas diversas etapas do seu processo vital e, principalmente, da forma com que cada um deles experienciou a doença. Esta compreensão corroborou para que fosse possível implementar ações que viabilizassem o redirecionamento do curso rítmico dos campos de energia dos clientes em interação com o campo ambiental, seja para a permanência neste plano vibratório ou para o desligamento dos seus campos somáticos. A abordagem descritiva, por sua vez, foi a opção mais viável para repassar ao leitor a experiência de cuidar destes clientes. Embora, ela ainda não se constitua na forma ideal, acredito que dentre as existentes é a que melhor traduz o fenômeno do cuidar.

O método da observação participante contribuiu de forma significativa para a operacionalização deste trabalho, na medida em que me forneceu uma sistemática de ação para a coleta, registro, categorização e análise dos dados, a partir dos diálogos diários mantidos com os clientes. Consequentemente, me favoreceu na manipulação e disposição dos dados tanto para a implementação do processo de cuidar, quanto para a apresentação deste.

Processo de Enfermagem

A operacionalização do processo de enfermagem, no caso, o processo de cuidar, evidenciou que as quatro etapas estão de tal forma interligadas, que se fizeram presentes ao longo dos encontros diários com os clientes. Todavia, pude perceber que o processo terapêutico se dividiu em dois períodos significativos, no que se refere à implementação destas etapas, tendo as mesmas variando de cliente para cliente. No primeiro período ocorreu o predomínio da coleta de dados e diagnóstico em detrimento da implementação e avaliação. Já no segundo período ocorreu o contrário.

A inclusão do princípio da integralidade na etapa de coleta de dados contribuiu para a ampliação da minha visão de ser humano em sua dinâmica e contínua relação como o campo ambiental. Deste modo, a partir desta perspectiva pude me aprofundar na compreensão desta dinâmica e, conseqüentemente, obtive dados relevantes para o processo de cuidar. Detectei também que esta etapa deve fazer parte de todo o processo, na medida em que os campos do cliente e ambiental estão continuamente em transformação.

A escolha de um instrumento aberto favoreceu sobremaneira a etapa da coleta de dados, tendo em vista que muitas vezes o instrumento fechado limita esta etapa e interfere na busca da compreensão dos campos dos clientes em sua relação com o campo ambiental. Percebi que a etapa de coleta de dados, a partir do instrumento escolhido, se processou de forma distinta com os quatro clientes, considerando a individualidade de cada um e as situações presentes.

Na etapa do diagnóstico, o princípio da ressonância auxiliou-me a perceber as vibrações rítmicas do campo humano e ambiental e a detectar as interferências nestas vibrações, as quais se tradu-

ziram em disritmias. Para tanto, detectei que, a percepção do processo vital do cliente como um todo é de fundamental importância para o efetivo diagnóstico.

O diagnóstico das interferências neste estudo, mostrou semelhanças com o desenvolvimento por Ryan (1984: 19-24), no qual se destacou: ansiedade, inefetivo enfrentamento, alteração da imagem corporal, mágoa e angústia.

O diagnóstico das interferências como totalmente dissonantes, dissonantes, pouco dissonantes, ou quase harmônicas requereu uma condição especial, que foi a identificação do ritmo do meu campo de energia com o ritmo dos clientes. Isto porque, na prática, as potencialidades dos campos dos clientes em sua relação com o campo ambiental foram as determinantes nesta classificação. O estabelecimento das metas probalísticas de evolução dos processos vitais dos clientes, a partir do princípio da helicidade, como nula, mínima, quase total e total, requereu a mesma condição do diagnóstico das interferências, tendo em vista que ambos estão interligados e, portanto, interdependentes.

A etapa da intervenção revelou que, sem a participação efetiva do cliente e pessoas do seu campo ambiental torna-se quase improvável o redirecionamento do curso rítmico do processo vital do mesmo. Para isto, o enfermeiro, primeiramente, deverá fornecer instrumentais teóricos e estimular o cliente para que ele possa efetivar este redirecionamento. Assim, enfermeiro e cliente desenvolvem, de forma sincronizada, as metas e os objetivos, até que este se torne independente e capaz de perseguir neste redirecionamento. O desenvolvimento da capacidade do cliente para o redirecionamento do seu ritmo é um aspecto a ser sempre considerado, visto que ao longo do seu processo vital, as interferências podem sempre ocorrer, em

função da dinâmica e contínua interação do seu campo com o meio ambiente. Já a intervenção no campo ambiental dos clientes (familiar e hospitalar) requereu de minha parte grandes esforços, perseverança e uma atuação mais direta e, mesmo assim, pude perceber que as mudanças do ritmo deste campo se processou de forma lenta, as vezes quase imperceptíveis.

As terapias alternativas, aqui implementadas, se constituíram em instrumentos de relevante importância no redirecionamento do curso rítmico dos clientes. Inclusive pude detectar que as técnicas de imposição de mãos e de visualização estimulam o sistema imunológico, aumentando a contagem do número dos leucócitos, além das contribuições apresentadas no capítulo 6.

A avaliação do processo de cuidar fêz-se necessária em cada encontro, para ser possível prosseguir na implementação dos objetivos. Detectei que, esta avaliação só pode ser efetivada a partir da totalidade do padrão do campo dos clientes e meio ambiente. Desse modo, a avaliação das partes podem levar a conclusões errôneas da não evolução do processo vital. Isto porque, ao longo do processo vital dos clientes se evidenciou semelhanças entre determinadas manifestações do padrão, as quais não podem ser entendidas como uma repetição das mesmas, tendo em vista que, o comportamento humano não retorna a estádios anteriores, pois o curso da vida é unidirecional.

O sistema conceitual de Rogers se mostrou operacionalizável no processo de cuidar do cliente com AIDS, mesmo quando desenvolvido em conjunto com este cliente. Acredito que os objetivos deste estudo foram plenamente alcançados.

A aplicação deste referencial induz a transformação no campo pessoal-profissional e ambiental do enfermeiro, que, deste modo, se estendem ao campo do cliente e do seu meio ambiente. Por ou-

tro lado, acrescenta perspectivas inovadoras, mais humanistas e efetivas no processo de cuidar.

Embora o sistema conceitual de Rogers tenha sido, neste trabalho, direcionado para o cliente com AIDS, acredito que, por ser abrangente, pode ser implementado em qualquer situação do processo saúde-doença.

Convicta de que o processo do conhecimento é contínuo, dinâmico e evolutivo, seria contraditório colocar, neste trabalho um ponto final. O processo evolucionário não tem esta conotação - o máximo que poderá admitir é o ponto e vírgula.

RECOMENDAÇÕES

As recomendações decorrentes deste estudo são elaboradas em torno de quatro pontos: para os diversos campos de energia, para o campo da pesquisa, ensino e assistência. Assim, é recomendável que:

Campos de energias

- todos os indivíduos busquem o auto-conhecimento e auto-aprimoramento, para desenvolver as suas capacidades de amar, compreender, confiar, respeitar e perdoar os outros;
- todos os indivíduos se esforcem por amar e respeitar o nosso companheiro planeta terra, estabelecendo relações harmônicas em seu campo e com o ambiental, visto que esta é a melhor forma de prevenção das disritmias;
- os terapeutas e a sociedade em geral busquem amar, compreender e apoiar os seres humanos portadores do HIV e da AIDS, para que eles possam enfrentar com coragem e dignidade esta fase de seus proces-

sos vitais.

Pesquisa

- Sejam incentivadas a realização de pesquisas utilizando o sistema conceitual de Rogers, como fundamentação teórica e prática do processo de cuidar, em qualquer etapa do processo de saúde-doença, para que possam implementar pesquisas a partir da perspectiva quadri-dimensional, visando ampliar os conhecimentos acerca do campo energético do ser humano em sua dinâmica relação com o campo ambiental;
- Sejam criados grupos de profissionais multidisciplinares visando o estudo e pesquisa sobre os efeitos das terapias alternativas nas diversas etapas do processo saúde-doença da AIDS e de outras situações deste processo;
- Sejam desenvolvidas pesquisas sobre:
 - a) o processo de intuição;
 - b) o período de tolerância da relação entre os clientes com AIDS e o campo hospitalar;
 - c) o perfil do enfermeiro capaz de desenvolver, em conjunto com os clientes, o processo de cuidar;
 - d) a atitude dos enfermeiros frente aos clientes portadores do HIV e da AIDS;
 - e) as interferências do campo hospitalar no processo de recuperação dos clientes com AIDS;
 - f) o processo de cuidar desenvolvido a partir da perspectiva quadri-dimensional

Ensino

- os currículos dos cursos de graduação sejam reformulados no que se refere aos seguintes aspectos:
 - a) ênfase em conteúdos de natureza filosóficas e psicológica que visem o auto-conhecimento, auto-aprimoramento e desenvolvimento da capacidade criativa e intuitiva dos seres humanos;
 - b) estabelecimento de pressupostos filosóficos que direcionem para o enfoque do campo humano em sua dinâmica relação com o campo ambiental, o que significa abolir o enfoque anátomo-patológico;
 - c) aceleração da inclusão do ensino das terapias alternativas;
 - d) aprimoramento do ensino das teorias de enfermagem, para o desenvolvimento do processo de cuidar baseados em marcos conceituais;

- Sejam criados cursos de especialização direcionado para o processo de cuidar das clientes com AIDS e outras situação do processo saúde-doença, visando a preparação e o aprimoramento de profissionais qualificados na área;

- Os cursos de pós-graduação aprofundem os aspectos recomendados para os curso de graduação;

- os cursos de graduação e pós-graduação desenvolvam e implementem estratégias para a integração docente/assistencial no enfoque da totalidade teoria/prática, visando auxiliar nas transformações que são requeridas nos campo ambiental (social e institucional);

Assistência

- O processo de cuidar desenvolvido neste trabalho seja implantado nas Instituição destinadas à internação dos clientes com AIDS, bem

como em outras;

- Seja realizada uma seleção criteriosa dos profissionais e pessoal de enfermagem que cuidam dos clientes com AIDS;
- Sejam criados grupos de profissionais, multidisciplinares, na Instituição para o estudo e implementação de terapias alternativas no processo de cuidar dos clientes com AIDS e em qualquer outra situação do processo saúde-doença;
- que os enfermeiros assistenciais busquem desenvolver as suas capacidades criativas, intuitivas e de percepção quadri-dimensional e direcione-as para o processo de cuidar;
- sejam transformadas e humanizadas as Instituições para que elas possam cumprir a sua real função junto à sociedade.

8. CONCLUSÕES

"Na história desta terra, o forte ditou suas leis! Eu prego a aurora de um novo dia, em que a força não será usada para fins mesquinhos, mas para proteger os fracos, corrigir os erros e servir à justiça."

Artur Pendragon.

Em decorrência da minha experiência em implementar o processo de cuidar dos clientes com AIDS, a partir do sistema conceitual de Rogers, posso concluir que:

- 1 - As terapias alternativas se constituem em instrumentos efetivos para o processo de cuidar dos clientes com AIDS;
- 2 - A intuição associada ao conhecimento racional é capacidade que auxilia o enfermeiro a atuar de forma mais harmônica, mais humanística e efetiva junto aos clientes com AIDS;
- 3 - Houve forte adequação do marco conceitual às diversas situações vivenciadas com todos os clientes estudados;
- 4 - A metodologia foi operacionalizável, constituindo-se em um instrumento prático e eficiente no direcionamento das ações terapêuticas necessárias ao processo de cuidar dos clientes com AIDS.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR - AIDS. A.B.I.A. Boletim Epidemiológico, Rio de Janeiro, n.3, 1988.

----- . Teste para o Brasil. Ação Anti-AIDS, Rio de Janeiro, n.3, p.7, 1988.

* AQUINO, U.M. de. AIDS toda a Verdade. Rio de Janeiro, Record, 1986.

AMATO NETO, V. A AIDS aprimoramento da hemoterapia. Jornal da USP, São Paulo, p.2, 25/2 a 2/3/1988.

* ARICÓ, M. AIDS: mitos e verdades. São Paulo, Icone, 1987.

BARNES, D.M. Health workers and AIDS: questions persist. Science, v.241, n.4620, p.161-62, July 1988.

----- . Losing AIDS antibodies. Science, v.240, n.4858, p.1407, June 1988.

BARRE-SINOUSI, F. et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Science, v.220, n.4599, p.868-71, May 1983.

- BATTEN, C. & TABOR, R. Nursing the patient with AIDS. Can nurse, v.79, n.10, p.19-22, Nov. 1983.
- BENN, S. et al. Genomic heterogeneity of AIDS retroviral isolates from North America and Zaire. Science, v.230, n.4728, p.949-51, Nov. 1985.
- BLATTNER, W. A. et al. Epidemiology of human T-lymphotropic virus type III and the risk of the acquired immunodeficiency syndrome. Annals of Internal Medicine, v.103, n.5, p.665-70, Nov. 1985.
- BOOTH, W. AIDS: Policy in the making. Science, v.239, n.4844, p.1087, March. 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SIDA/AIDS: Recomendações para hospitais, ambulatórios médicos, odontológicos e laboratoriais. Brasília, 1986.
- x-----. Aspectos sociais e legais - proposta de intervenção. Brasília, 1987a. Mimeografado.
- . Boletim Epidemiológico - AIDS. Brasília, ano 1, n.1, 1987b.
- . Definição de caso de AIDS em adultos para fins de vigilância epidemiológica. Boletim Epidemiológico - AIDS. Brasília, ano 2, n.8, 1989.

----- Boletim Epidemiológico - AIDS. Brasília, ano 3, n.11, 1990.

BRENNAN, L. et al. The battle against AIDS. Nursing, v.18, n.4, p.60-4, April 1988.

BRUNET, J.B. & ANCELLE, R.A. The international occurrence of the acquired immunodeficiency syndrome. Annals of Internal Medicine, v.103, n.5, p.670-4, Nov. 1985.

XBURDEN, V. O processo da intuição: uma psicologia da criatividade. Trad. Daniel Camarinha da Silva. São Paulo, Pensamento, 1975.

BURKE, M.E. & WHELAN, M.B. Analysis and exposition of Martha Rogers Conceptual System. Nursing 707, Catholic University of América, December 5, 1977. Mimeografado.

CAIRO, N. Guia de medicina homeopática. 10. ed. São Paulo, Teixeira/Martins Fontes, 1987.

CANÇADO, J.C. Do-in. Livro dos primeiros socorros. 20. ed. São Paulo, Ground, 1986.

CAPALBO, C. A. Fenomenologia no Pensamento de K. Jasper. Rev. Presença Filosófica. Rio de Janeiro, V.11, n.1, p.74-93, 1985.

CAPRA, F. O Tao da física. Trad. José Fernandes Dias. São Paulo, Cultrix, 1983.

CHAGAS, E. O AZT e seu uso no Brasil. SÚMULA - RADIS, Rio de Janeiro, ano 6, p.2, jul/ago 1988.

CHRISTENSEN, P.J. Assessmet: overview of data collection. In: GRIFFITH-KENNEY, J. M. & CHRISTENSEN, P. J. Nursing process - application of theories, frameworks, and models. St Louis, C.V. Mosby, 1986. p.57-67.

×COHEN, I. História resumida da AIDS. In: DURHAM, J.D. & COHEN, F.L. (Ed.). A enfermagem e o aidético. Trad. Carlos Henrique Nachif China. São Paulo, Manole Ltda, 1989. p.1-8.

COMISSÃO INTERSTITUCIONAL DE CONTROLE DA AIDS - SC. Proposta de Trabalho 1987/1988. Santa Catarina, 1977. Mimeografado.

COMPTON, M.A. A Rogerian view of drug abuse: implications for nursing. Nursing Science Quarterly, v.2, p.2, n.98-105, Summer 1989.

DAVI, L. AIDS Vaccine research - promising protein. Science, v.129, n.10, p.151, March 1986.

DOUGLAS, C.J. et al. Homophobia among physicians and nurses: an empirical study. Hospital and Community Psychiatry, v.36, n.11, p.1309-11, 1985.

ESPARZA, J. A infecção pelo HIV e as pesquisas sobre drogas. Ação anti-AIDS. Relatório da OMS, n.8, dez. 1989.

- FALCO, S.M. & LOBO, M.L. Martha E Rogers. In: GEORGE, J.B. Nursing theories: the base for professional nursing practice. 2nd ed. New Jersey, Prentice-Hall, 1985. p.215-34.
- FANSLAW, C.A. Therapeutic touch: a healing modality throughout life. Topics in Clinical Nursing, v.5, n.2, p.72-9, July 1983.
- FAWCETT, J. Roger's life process model. In: ----- . Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. Philadelphia, F.A. Davis Co., 1984. p.225-61.
- REFERENCE, H.M. Comforting the dying. Nursing practice according to the Rogerian model. In: RIEHL, J.P. Conceptual models for nursing practice. Norwalk, Appleton, Lance, 1989. p.197-205.
- FINEBERG. H.V. The Social dimensions of AIDS. Scientific American, v.259, n.4, p.106-12, Oct. 1988.
- FRANCIS, D.P. et al. The natural history of infection with the lymphadenopathy associated virus human T-lymphotropic virus type III. Annals of Internal Medicine, v.103, n.5, p.719-22, Nov. 1985.
- FUJIKAWA, L.S. et al. Isolation of human T-lymphotropic virus type III from the tears of a patient with the acquired immunodeficiency syndrome. Lancet, v.2, n.8454, p.529-30, Sept. 1985.
- GALLO, R.C. et al. Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTLV III) from patients with AIDS and at

010
risk for AIDS. Science, v.224, n.4648, p.500-3, May 1984.

----- & MONTAGNIER, L. AIDS in 1988. Scientific American,
v.259, n.4, p.25-32, Oct. 1988.

GALVÃO - CASTRO, B. et al. AIDS: Síndrome da imunodeficiência adqui-
rida. Ciência Hoje, v.5, n.27, p.26-37, nov/dez 1986.

GOEDERT, J.J. et al. Three year incidence of AIDS in five
cohorts of HTLV III - infected risk group members. Science, v.23,
n.4741, p.992-5, Feb. 1986.

GRÖPPMAN, J.E. HTLV III in Saliva of people with AIDS - related
complex and healthy homosexual men at risk for AIDS. Science,
v.226, n.4673, p.447-9, Oct. 1984a.

----- & et al. Virologic studies in a case of transfusion
associated AIDS. New England Journal of Medicine, v.311, n.22,
p.1419-22, Nov. 1984b.

GUATTARI, F. Entrevista. In: ALMEIDA, C.M. (Coord.). Tema. RADIS,
out. 1987.

>GUIA CORPO A CORPO. Terapias. São Paulo: Símbolo Ltda, 1989.
p.191-98.

HAMMES, C.C. & JOSEPH, D.H. Therapeutic communication. In:-----
Basic concepts of helping: a holistic approach. 2nd ed.
Norwalk, Appleton Century Crafts, 1986. p.141-66.

HASELTINE, W.A. & WONG-STAAAL, F. The molecular biology of the AIDS virus. Scientific American, v.259, n.4, p.34-42, Oct. 1988.

HENDERSON, D.K. AIDS: epidemiology and potential for nosocomial transmission. In: HELLER, B. R. (Ed.). Acquired immune deficiency syndrome: AIDS. Topics In Clinical Nursing, V.6, n.2, p.1-11, July 1984.

HEYWARD, W.L. & CURRAN, J.W. The epidemiology of AIDS in the U.S. Scientific American, v.259, n.4, p.52-9, Oct. 1988.

HO, D.D. et al. HTLV III in the semen and blood of a healthy homosexual man. Science, v.226, n.4673, p.451-3, Oct. 1984.

----- . Isolation of HTLV III from cerebrospinal fluid and neural tissues of patients with neurologic syndromes related to the acquired immunodeficiency syndrome. New England Journal of Medicine, v.313, n.24, p.1493-97, Dec. 1985.

----- . Infrequency of isolation of HTLV III virus from saliva in AIDS. New England Journal of Medicine, v.313, n.25, p.1606, Dec. 1985.

HOWES, A.C. Nursing diagnoses and care plans for ambulatory care patients with AIDS. In: HELLER, B.R. (ed.). Acquired immune deficiency syndrome AIDS. Topics In Clinical Nursing, v.6, n.2, p.61-6, July 1984.

INSTITUTO DE ESTUDOS AVANÇADOS DA SEXUALIDADE HUMANA. Sexo sem risco na era da AIDS. Rio de Janeiro, Imago, 1986.

JAFFE, H.W. et. al. Persist infection with human T-lymphotropic virus type III / lymphadenopathy - associated virus in apparently healthy homosexual men. Annals of Internal Medicine, v.102, n.5, p.627-8, May 1985.

----- . The acquired immunodeficiency syndrome in a cohort of homosexual men: a six-year follow-up study. Annals of Internal Medicine, v.103, n.2, p.210-14, Aug. 1985.

×JEFFRIES, D. Explicando a natureza do vírus que causa a AIDS. Ação Anti-AIDS, n.3, p.2-3, set. 1988.

KOLATA, G. Where is the AIDS virus harbored? Science, v.232, n.4755, p.1197, June 1986.

KRIEGER, D. The therapeutic touch: how to use your hands to help or to heal. Englewood-Cliffs N.T., Prentice-Hall, 1982.

KUSHI, M. O livro do do-in. Trad. Norberto de Paula Lima, Juracy Cançado. São Paulo, Ground, 1985.

LANGRE, J. de. Do-in: técnica oriental de auto-massagem. Trad. Juracy C.L. Cançado. São Paulo, Ground, 1988.

LEDDY, S.L. & PEPPER, J.M. The nursing process. In: Conceptual bases of professional nursing. Philadelphia, J.B. Lippincott Company,

1986. p.211-26.

LEVY, J.A. et al. Isolation of AIDS - associated retrovirus from cerebrospinal fluid and brain of patients with neurological symptoms. Lancet, v.2, n.8455, p.586:8, Sept. 1985.

----- . Infection by the retrovirus associated with the acquired immunodeficiency syndrome - clinical, biological and molecular features. Annals of Internal Medicine, v.103, n.5, p.694-9, Nov.1985.

LINGERMAN, H.A. As energias curativas da música. Trad. Cláudia Gerpe Duarte. São Paulo, Cultrix, 1990.

MACROBIOTIC NEWS. História da macrobiótica (I). São Paulo, ano 1, n.1, p.5, jan/fev/mar. 1988.

----- . Médicos americanos usam macrobiótica contra AIDS. São Paulo, ano 1, n.1, p.8-9, jan/fev/mar. 1988.

----- . Caminhar é saudável. São Paulo, ano 1, n.1, p.3, jan/fev/mar. 1988.

MALINSKI, V.M. Martha E. Rogers' science of unitary human beings implications for cross - cultural nursing. In: ----- . Examining the cultural implications of Martha E. Rogers science of unitary human beings. Kansas, Wood-Kekahbah associates, 1985. p.26-41.

- . Further ideas from Martha Rogers. In: ----- .
Explorations of unitary beings. Norwalk, Conn Appleton, Century
 Crofts, 1986. p.10-13.
- . Nursing practice within the science of unitary human
 beings. In: ----- . Explorations of unitary beings.
 Norwalk, Conn Appleton, Century Crofts, 1986. p.25-31.
- MANN, J.M. et al. The international epidemiology of AIDS.
Scientific American, v.259, n.4, p.60-9, Oct. 1988.
- . Entrevista. Símula - RADIS, Rio de Janeiro, ano 8, p.5,
 Jan. 1990a.
- . Entrevista. Símula - RADIS, Rio de Janeiro, ano 7, p.4,
 mar. 1990b.
- MARTIN, J.L. & VANCE, C.S. Behavioral and psychosocial factors in
 AIDS - methodological and substantive issues American
 Psychologist, v.39, n.11, p.1303-8, Nov. 1984.
- MARX. J.L. The AIDS virus - well known but a mystery. Science,
 v.236, n.4800, p.390-2, Apr. 1987.
- MATHUR-WAGH, V. et al. Follow-up at 4 1/2 years on homosexual men
 with generalized lymphadenopathy. New England Journal of Medicine,
 v.313, n.24, p.1542-43, Dec. 1985.

MELBYE, M. The natural history of human T - lymphotropic virus III infection: the cause of AIDS. British Medical Journal, v.292, n.6512, p.5-12, Jan. 1986.

MELEIS, A.I. On environmet/human being interactions. In: -----. Theoretical nursing development and progress. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1985. p.219-29.

MENEGHIN, P. AIDS - Assistência de enfermagem e revisão de literatura. Rev. Paul. Enf., São Paulo, v.6, n.3, p.99-107, jul/set. 1986.

NEVES, E.P. & TRENTINI, M. A questão da aplicação de teorias/marcos conceituais na enfermagem: relato de experiências na UFSC. Trabalho datilografado, apresentado na semana Wanda Horta, USP, São Paulo, 10/12 de agosto, 1987. Mimeografado.

NOGUEIRA, M.J. de C. Abordagem holística. Uma proposta para a enfermagem brasileira. Trabalho apresentado no XXXVII Congresso Brasileiro de Enfermagem. Olinda-Pernambuco, 1985. Mimeografado.

OLIVA, F.O.P. et al. Controle da qualidade dos conjuntos para detecção da infecção pelo HIV. Boletim Epidemiológico - AIDS (DST) AIDS - M.S.) Brasília, ano 1, n.1, 1987.

× OMS. La Situation Mondiale du SIDA. De point en point. Geneve - Suisse, n.68, p.1-2, Juin. 1990.

× PANIZZA, S. Fitoterapia. In: GONSALVEZ, P.E. (Org.). Medicinas alternativas: os tratamentos não convencionais. São Paulo, IBRASA,

1987. p.81-131.

PEARSALL, M. Participant observation as role and method in behavioral research. Nursing Research, v.14, n.1, p.37-42, 1965.

PHILLIPS, J.R. Science of unitary human beings-changing research perspectives. Nursing Science Quarterly, v.2, n.2, p.57-60, Summer 1989.

PINTO, M.C. Opinião. Súmula - RADIS, Rio de Janeiro, ano 7, p.3, abr. 1990.

POPULATION REPORTS. AIDS uma crise na saúde pública. The Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland - EUA, n.6, pL.12, abr. 1987.

PRATT, R.J. AIDS uma estratégia para a assistência de enfermagem. Trad. Adélia N. Chida e Dorothee V. Arantes. São Paulo, Ática S.A. 1986.

PRICE, R.W. et al. The brain in AIDS. Central Nervous System. HIV-1 infection and AIDS dementia complex. Science, v.239, n.4840, p.586-92, Feb. 1988.

QUILLIN, S.I.M. & RUNK, J.A. Martha Rogers model. In: FITZPATRICK, J.J. & WHALL, A.L. Conceptual models of nursing: Analysis and application. Maryland - USA, Robert J. Brady Co, 1983, p.245-59.

- QUINN, J.F. Therapeutic touch as energy exchange testing the theory. Advances in Nursing Science, v.6, n.2, p.42-9, 1983.
- RAMOS, S. Entrevista. SÚMULA - RAIDS, Rio de Janeiro, ano 7, p.4, Set. 1989.
- REED, P. et al. Nurses attitudes regarding acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). In: Nursing Forum, v.21, n.4, p.153-6, 1984.
- REDFIELD, R.R. & BURKE, D.S. HIV infection - the clinical picture. Scientific American, v.259, n.4, p.70-80, Oct. 1988.
- REUBEN, C. AIDS: the promise of alternative treatments. East West, p.52-68, Sept. 1986.
- REVISTA VEJA. Fora do alcance: aidéticos tem dificuldades em comprar o AZT. São Paulo, p.93, 16 de novembro, 1988.
- REW, L. Intuition - concept analysis of a group phenomenon. Advances in Nursing Science, v.8, n.2, p.21-8, 1986.
- RODRIGUES, B.T. et al. SIDA - revisão de oito casos. Arg. Bras. Med., v.59, n.6, p.407-16, 1985.
- RODRIGUES, L.G. de M. Aplicação de testes anti-HIV para estrangeiros. Boletim Epidemiológico - AIDS (DST/AIDS - M.S.). Brasília, ano 3, n.7, 1990.

- ROGERS, M.E. An introduction to the theoretical basis of nursing.
Philadelphia, F.A. Davis Co. 1970.
- . Nursing - a science of unitary man. In: RIEHL, J.P. &
ROY, C. Conceptual models for nursing practice. New York,
Appleton, Century Crofts, 1980. p.329-37.
- . Science of unitary human beings - a paradigm for
nursing. In: CLEMENTS, I.W. & ROBERTS, F.B. Family health. A
theoretical approach to nursing care. New York, John Wiley, Sons
Inc, 1983. p.219-28.
- . Science of unitary human beings - a paradigm for
nursing. In: MALINSKI, V. M. Examining the cultural
implications of M.E. Rogers' science of unitary human beings.
Kansas, Wood - Kekahbah Associates, 1985. p.15-23.
- . Science of unitary human beings. In: MALINSKI, V.M.
Exploration on Martha Rogers' science of unitary beings. Nor-
walk, ACC Appleton, Century Crofts, 1986. p.3-8.
- . Rogers' Science of unitary human beings. In: PARSE, R.R.
Nursing science - major paradigms, theories and critiques.
Philadelphia, W.B. Saunders Company, Libray of Congress
Cataloging - in-Publication Data, 1987. p.139-46.
- . Nursing science anda art. A prospective. Nursing Sciece
Quartely, v.1, n.3, p.99-102. 1988.

----- . Nursing - a science of unitary human beings. In: RIEHL, J.P. Conceptual models for nursing practice. Norwalk, Appleton, Lance, 1989. p.181-8.

ROSA, M.T. O modelo teórico de Martha E. Rogers. Trabalho datilografado, apresentado no curso de Mestrado em Enfermagem, UFS, 1983.

----- . Aplicação e análise da teoria de Martha E. Rogers. Trabalho datilografado, apresentado no curso de Mestrado em Enfermagem, UFSC, 1984.

ROUSSEAU, N. & SAILLANT, F. Alternative therapies in nursing - more than a fashion. In: Recent Advances in Nursing, n.21, p.14-24, 1988.

RUBINOW, D.R. The psychosocial impact of AIDS. In: HELLER, B.R. (ed.). Acquired immune deficiency syndrome - AIDS. Topics in Clinical Nursing, v.6, n.2, p.31-7, July. 1984.

RYAN, J.J. AIDS: a threat to physical and psychological integrity. In: HELLER, B.R. (ed.). Acquired immune deficiency syndrome. AIDS. Topics in Clinical Nursing, v.6, n.2, p.19-24, July 1984.

SÁ, C. Opinião. Símula - RÁDIS, Rio de Janeiro, ano 7, p.3, abr. 1990.

SION, F.S. O tratamento possível. In: GALVÃO-CASTRO, B. et al.. AIDS Síndrome da imunodeficiência adquirida. Ciência Hoje, v.5, n.27,

p.36-7, nov./dez. 1986.

SIMMONS-ALLINGS, S. AIDS - psychosocial needs of the health care worker. In: HELLER, B.R. (ed.) Acquired immune deficiency syndrome. AIDS. Topics in Clinical Nursing, v.6, n.2, p.31-7, July 1984.

SIMONTON, D.C. et al. Com a vida de novo. Trad. Heloisa de M.A. Costa. São Paulo, Summus, 1987.

SIPES, C. Should hospital patients be screened for AIDS? Nursing, v.18, n.2, p.49, Feb. 1988.

SMITH, H. Macrobiótica In: GONSALES, P.E. (org). Medicinas Alternativas - os tratamentos não convencionais. São Paulo, IBRASA, 1988. P.212-72.

SOUZA, H. de. A doença atinge camadas populares Símula - RADIS, Rio de Janeiro, ano 4, p.5, ago/set. 1988.

STANTON, N. C. H. et al. An overview of the nursing process. In: GEORGE, J. B. (ed.). Nursing theories, the base for professional nursing practice. New Jersey, Prentice-Hall, 1985. p.14-33.

STEIN. R.F. & KIM, K.C. Psychological and sociological aspects of patients receiving acupuncture treatments Int. Nurs. Stud, v.15, n.4, p.171-92, 1978.

STEINBROOK, R. et al. Ethical dilemmas in caring for patients with the acquired immunodeficiency syndrome. Annals of Internal Medicine, v.103, n.5, p.787-90, Nov. 1985.

SÚMULA. Faltam leitos para atender doente. RADIS, Rio de Janeiro, ano 7, p.5, fev. 1990.

----- . Faltam leitos nos hospitais do Rio. RADIS, Rio de Janeiro, ano 8, p. 4, nov. 1990.

----- . Infectados no mundo já são 288 mil. RADIS, Rio de Janeiro, ano 8, p. 4, nov. 1990.

SUNDEEN, S.T. et al. Nursing Process. In: ----- . Nurse-client interaction - implementing the nursing process. St. Louis, the C.V. Mosby, 1985. p.7-32.

SUNDER, J.A. AIDS - a neurological nursing challenge. In: HELLER, B.R. (ed.). Acquired immune deficiency syndrome. AIDS. Topics in Clinical Nursing, v.6, n.2, p.67-71, July, 1984.

THE CONCISE OXFORD DICTIONARY OF CURREN ENGLISH. New York, Oxford Univ. Press., 1982.

THIRY, L. et al. Isolation of AIDS virus from cell-free breast milk of three healthy virus carriers. Lancet, v.2, n.8460, p.891-2, Oct. 1985.

UNITED STATES CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Pneumocystis pneumonia.

MMWR, v.30, n.21, p.250-2, 1981.

----- . Kaposi's sarcoma and Pneumocystis pneumonia among homosexual men. MMWR, v.30, n.25, p.305-8, 1981.

----- . Update on acquired immune deficiency (AIDS). MMWR, v.30, p.507-14, 1982.

----- . Prevention of acquired immune deficiency syndrome (AIDS) - report of inter-agency recommendations. MMWR, v.32, p.101-3, Mar. 1983.

----- . Revision of the case definition of acquired immunodeficiency syndrome for national reporting. MMWR, v.34, n.25, p.373-5, 1985.

----- . Classification System for human T-lymphotropic virus type III lymphadenopathy - associated virus infections. MMWR, v.35, n.20, p.334-9, 1986.

----- . Update acquired immunodeficiency virus infection among healthcare workers. MMWR, v.37, n.15, p.229-39, 1988.

VALLE, S.L. et al. Diversity of clinical spectrum of HTLV III infection. Lancet, v.1, n.8424, p.301-4, Feb. 1985.

VOGT, M.W. et al. Isolation of HTLV III from cervical secretions of women at risk for AIDS. Lancet, v.1, n.8480,

p.525-7, mart. 1986.

ZAGURY, D. et. al. HTLV III in cells cultural from semen of two patients with AIDS. Science, v. 226, n.4673, p.449-51, Oct. 1984.

WEBER, J.N., WEISS, R.A. HIV infection the cellular picture. Scientific American, v.259, n.4, p.81-7, Oct. 1988.

WHELTON, B.J. An operationalization of Martha Rogers theory throughout the nursing process. Int. J. Nurs. Stud., v.16, n.1, p.7-20, 1979.

WILSON, L.M. & FITZPATRICK, J.J. Dialectic thinking as a means of understanding systems-in-development-relevance to Rogers' principles. Advances in nursing science, v.6, n.2, p.24-41, 1984.

WOSFSY, C.B. et al. Isolation of AIDS - associated retrovirus from genital secretions of women with antibodies to the virus. Lancet, v.1, n.8480, p.527-9, Mar. 1986.

WONG-STALL, F. et al. Genomic diversity of human T-lymphotropic virus type III (HTLV III). Science, v.229, n.4715, p.759-62, Aug. 1985.

YARCHON, R. et al. AIDS therapies. Scientific American, v.259, n.4, p.88-97, Oct. 1988.

YOUNG, A.A. Universal Cross - cultural applicability of the science of unitary human beings. In: MALINSKI, V.M. Examining the cultural implications of Martha E. Rogers' Science of unitary human

beings. Kansas, Wood - Kekahbah associates, 1985. p.43-51.

A N E X O S

ANEXO 1

DEFINIÇÃO DE CASO BRASILEIRO (MS, 1989)

I Exclusões:

Na ausência de causas conhecidas da imunossupressão (exemplo: câncer, quimioterapia) ou outra explicação não relacionada com a infecção pelo HIV, os seguintes diagnósticos, sinais e sintomas e achados de laboratório serão utilizados. (ver em "NOTAS" descrição detalhada destas condições).

II Grupos:

Grupo "A"

- . Sarcoma de Kaposi
- . Tuberculose disseminada ou extrapulmonar ou pulmonar não cavitária diagnosticada no último ano.

Grupo "B"

- . Lesões brancas orofaríngeas (candidíase oral ou leucoplasia pilosa)
- . Herpes zoster em paciente < 60 anos)
- . Tuberculose pulmonar cavitária
- . Disfunção do sistema nervoso central

Grupo "C"

- . Diarréia constante ou intermitente por mais de um mês
- . Tosse persistente

- . Dermatite persistente
- . Infiltrado intersticial (difuso e/ou bilateral) no Rx de tórax
- . Anormalidade hematológica (anemia, linfopenia absoluta ou trombocitopenia)

III Critérios

A definição de caso em indivíduos de 15 anos ou mais, se define como sorologia positiva para HIV e

- . Uma ou mais condições do grupo "A" ou
- . Duas ou mais condições do grupo "B" ou
- . Uma condição do grupo "B" mais duas ou mais condições do grupo "C" ou
- . Três ou mais condições do grupo "C".

IV Caso Suspeito:

Indivíduos que cumpram os critérios acima mencionadas exceto a sorologia positiva para HIV, deverão ser classificados temporariamente como "casos suspeitos".

4 NOTAS

Tuberculose:

Na ausência de radiograma do tórax, a tuberculose pulmonar considera-se dentro do grupo "B".

Lesões brancas orofaríngeas:

Candidíase oral diagnosticada pela presença macroscópica de manchas ou placas esbranquecidas sobre uma base eritematosa. Esta condição deverá ser re-localizada no grupo "A" se os estudos longitudinais demonstram que a média de intervalo entre o surgimento da candidíase oral e o diagnóstico da AIDS (segundo definição do CDC) é inferior a 18 meses.

Disfunção do Sistema Nervoso Central:

Caracterizada por (1) provas cerebelosas anormais (ex: incapacidade de percutir o dedo indicador mais de 20 vezes em 5 segundos); (2) confusão mental (ex: desorientação temporal ou espacial); (3) diminuição do nível de consciência (ex: torpor ou coma); (4) demência; (5) meningite/encefalopatia ou (6) convulsões.

Diarréia:

Dois ou mais episódios diarréicos diários com fezes semi-líquidas ou líquidas, intermitente ou persistente por um mês ou mais.

Caquexia ou perda de peso:

Caracterizada por inanição clínica ou perda de peso e pelo menos 10% do peso habitual (na ausência do conhecimento do peso habitual, se utilizará o peso médio da população do mesmo sexo, idade e estatura).

Anormalidades hematológicas:

Anemia definida por um hematócrito < 30% em homens ou 25% em mulheres; linfopenia absoluta, < 1.000/milímetro cúbico; trombocitopenia, < 100.000/milímetro cúbico.

A N E X O - 2

ANEXO 2

Cuidados para a assistência hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986: 9-11)

As seguintes precauções devem ser adotadas na assistência médica a pacientes com AIDS, infecções oportunistas não associadas a doença ou terapêutica imunossupressora, sarcoma de Kaposi (em indivíduos anti-HIV positivo), linfadenopatia generalizada, perda de peso e febre não explicáveis e prolongados em pacientes de grupos de risco (homossexuais, bissexuais, viciados em drogas injetáveis, hemofílicos, politransfundidos, contactantes sexuais destes grupos e crianças nascidas de mães soropositivas) ou qualquer indivíduo soropositivo para anti-HIV:

- 1) deve-se ter o máximo cuidado em evitar acidentes por punção ou com instrumentos cortantes contaminados com material infectante, assim como evitar contato de feridas com material proveniente desses pacientes;

- 2) indica-se quarto e banheiro privativos, com pia no próprio quarto, no banheiro, em antecâmara ou no corredor, aplicando-se ao paciente precauções com sangue e fluídos corpóreos (como as aplicadas para pacientes com hepatite B). O mobiliário existente no quarto deve ser o mínimo possível. Pacientes com AIDS que tenham as mesmas infecções oportunistas devidamente diagnosticadas poderão compartilhar o quarto, desde que não haja fatores contrários ou agravantes, tais como: alterações de comportamento, incontinência fecal ou tuberculose pulmonar (nas 2 primeiras semanas de terapêuti-

ca específica). Indivíduos que apresentem apenas sorologia positiva podem ser admitidos em enfermarias gerais, desde que se mantenham as precauções com sangue e fluidos;

3) devem ser utilizados luvas descartáveis toda vez que houver a possibilidade de contato com sangue, tecido, secreções corporais, excreções ou qualquer superfície ou material contaminado;

4) deve ser usado um avental toda vez que houver a possibilidade de contaminar a roupa com fluidos corpóreos, sangue, secreções ou excreções;

5) deve-se lavar as mãos após a remoção do avental e das luvas e antes de sair do quarto do paciente. As mãos devem ser lavadas com cuidado e imediatamente, caso sejam contaminadas com sangue. Nesse caso, utilizar solução de álcool a 25%, após lavagem com água e sabão;

6) as máscaras não devem ser usadas rotineiramente, mas apenas nos casos em que o paciente apresente tosse persistente, na intubação do paciente durante aspiração do paciente intubado ou quando o paciente tem tuberculose pulmonar. O paciente com tosse persistente deve usar máscara quando sair do quarto para a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos;

7) deve ser usada proteção para os olhos (óculos, "goggles") em situações onde haja probabilidade de contaminação dos olhos com sangue ou outros fluidos e secreções corpóreas (broncoscopia, endoscopia, cirurgia oral, intubação endotraqueal, procedimentos cirúrgicos);

8) as amostras de sangue e outros materiais devem ser claramente identificados com um aviso especial por exemplo "Precauções com sangue" ou "Precauções para AIDS" ou "Material contaminado" ou "Cuidado especial". Se a superfície da amostra estiver visivelmente contaminada, deverá ser limpa com desinfetante de solução aquosa de

hipoclorito de sódio a 1%, conforme especificado anteriormente. Para transporte, as amostras de sangue e outros materiais biológicos devem ser colocados em um saco resistente e impermeável;

9) qualquer sangue derramado deve ser imediatamente limpo, com solução de hipoclorito de sódio a 1%, conforme procedimentos já descritos;

10) objetos contaminados com sangue devem ser colocados em sacos resistentes e impermeáveis, claramente identificados com avisos com "Precauções com sangue", "Precauções para a AIDS", em rótulo de cor diferente ou outra forma de identificação. Objetos descartáveis devem ser descartados de acordo com o procedimento habitual do hospital em relação ao lixo infectante. Objetos não descartáveis devem ser reprocessados de acordo com as normas estabelecidas no hospital para artigos contaminados com vírus de hepatite B. Instrumentos com lentes devem ser desinfetados com glutaraldeído a 2% por 30 minutos ou H_2O_2 a 0,3% por 30 minutos após o uso em pacientes com AIDS;

11) as agulhas não devem ser entortadas ou reinseridas nos protetores (procedimento que propicia, mais frequentemente, a ocorrência de acidentes), devendo ser descartadas em local apropriado, em recipientes resistentes e de paredes duras (por exemplo, latas vazias de mantimentos com tampas, obtidas junto ao serviço de nutrição, caixas de papelão duplamente reforçadas, caixa de isopor de parede espessa etc.), a fim de se evitar o risco da punção acidental do dedo;

12) as seringas e agulhas devem ser necessariamente descartáveis. Se possível, usar seringa e agulha em peça única, ou aqueles em que a agulha possa ser rosqueada à seringa, para reduzir o risco de extravasamento;

13) os funcionários do hospital que tenham depressão imunitária ou estejam em período de gestação não devem ser colocados em contato direto com os pacientes de AIDS, pelo risco de aquisição de infecções oportunistas;

14) em procedimento cirúrgicos, recomenda-se o uso de duas luvas e proteção para os olhos (óculos ou "goggles");

15) os tecidos, roupas e outros correlatos, que estejam sujeitos com material biológico, devem ser manipulados com a mínima agitação possível e acondicionados em saco plástico resistente claramente rotulado e encaminhado à lavanderia: aí os tecidos devem ser submersos em solução aquosa de hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos, antes da lavagem com água a 75°C. Os sacos plásticos devem ser desprezados juntamente com o lixo contaminado;

16) os colchões e travesseiros devem ser revestidos com plástico e desinfetados com solução aquosa de hipoclorito de sódio a 1%;

17) os veículos de transporte (ambulância, cadeira de roda, macas) devem ter uma superfície desinfetada com solução aquosa de hipoclorito de sódio a 1%, por 5 minutos;

18) a limpeza e a desinfecção concorrente terminal devem ser feitas segundo os procedimentos recomendados na introdução, item 1;

19) os equipamentos e artigos utilizados durante o tratamento do paciente, especialmente os de assistência ventilatória, deverão ser de uso exclusivo do paciente e, ao final do tratamento, deverão ser submetidos aos procedimentos adequados de desinfecção ou esterilização;

20) em caso de contaminação resultante de acidente com agulha, material cortante, contato com sangue ou secreções em mucosa ou ferida de pessoal hospitalar, deve-se lavar a área do acidente com

solução de álcool a 25% ou H₂O₂ a 0,3% e comunicar o fato imediatamente e por escrito à comissão de controle de infecção hospitalar.

A N E X O - 3

A N E X O - 4

Linden e Moon Star.

Para despertar o amor e a devoção

Bach - Jesus, Alegria dos Homens/Mendelssohn - Concerto para Violino/Wagner - "Liebestod" (de Tristão e Isolda) e Prelúdio do 1º Ato de Parsifal/Trilha sonora de "Em Algum Lugar do Passado."

Para meditação e prece

Bach - Vem, Doce Morte e Tocata e Fuga (versão orquestra)/Dvorak - "Largo" (da Sindonia nº9)/Handel - "Largo" (de Xerxes)/Mozart - Vesperae Solemnes de Confessore, Sanctus e Ave Verum Corpus/Wagner - Lohengrim (Prelúdio do 1º Ato).

* Utilizei também Schubert - Ave Maria/Bach - Suíte nº3 em Ré Maior e Suíte nº2 em Si menor/Mozart - Pequena Serenata Noturna em Sol Maior/Jean Sibelius - O cisne da Novela Op 22 nº3.

SINÓPSE DOS DADOS

Neste ítem, os dados foram apresentados de acordo com a seguinte sequência: manifestação do padrão do campo energético, resultante da interação com o campo ambiental (princípio da integralidade), diagnóstico das interferências dissonantes (princípio da ressonância), e metas e objetivos implementados durante o processo terapêutico (princípio da helicidade).

Os dados referentes à primeira e segunda parte foram divididos em três períodos para a discussão dos resultados dos quatro clientes. No caso da primeira cliente estes períodos foram: antes da manifestação da AIDS, período da internação e período após a internação. Estes mesmos dados também foram agrupados em categorias estabelecidas previamente no roteiro proposto na metodologia (ver pág. 106). As categorias consistiram em manifestações do padrão fisiológico, psicológico (perceptual e cognitivo), espiritual e de relação com o campo ambiental. Isto porque, embora o padrão de um dado campo de energia seja abstrato e não passível de ser visualizado, ele se evidencia no mundo através de suas manifestações (ROGERS, 1988:100, 1989:185). Por outro lado, cabe aqui considerar que a partir da perspectiva do sistema conceitual rogeriano, os campos humanos e ambiental não podem ser entendidos como campos fisiológicos ou campos psicológicos ou campos espirituais. Também não representam a soma destes campos. Deste modo, os campos humano e ambiental têm suas próprias identidades e não podem ser confundidos com partes. Entretanto, para efeito desta apresentação, a abordagem escolhida foi a

mais viável para sintetizar todo o processo, conquanto possa parecer mecanicista e reducionista. Isto porque, essa realidade ainda não pode ser descrita através dos instrumentais existentes, na medida que se situa além das nossas precárias fontes de percepção e interpretação verbal. Conseqüentemente, o "mapa" apresentado representa uma aproximação da realidade.

ANEXO 4 - SINOPSE DOS DADOS DE ANDRÉA

NOME: Andréa IDADE: 23 anos PROCEDÊNCIA: Cidade do Estado de S.C. Nº de hospitalizações anteriores: 01
 GRUPO DE RISCO: Toxicômano LOCAL DOS ENCONTROS: Hospital X PESO: 42,00 Kg ALTURA: 1,54 m

MANIFESTAÇÕES DO PADRÃO DO CAMPO ENERGÉTICO DE ANDRÉA

PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

A - PADRÃO FISIOLÓGICO	ANTES DA AIDS FONTE: cliente, família, noivo	AIDS - DIA 11/04/89 (período da internação) Fonte: cliente, família, noivo, prontuário e observações do pro- fissional	AIDS - período após a interna- ção 29/04 a 15/12/89 FONTE: cliente, família, noivo, prontuário e observações do pro- fissional
PADRÃO NUTRICIONAL-NÉ- TABÓLICO	- cinco refeições diárias - dieta composta de: ce- reais, legumes, verdu- ras, frutas, carnes, o- vos, leite e seus deri- vados - peso 52,00 Kg * ritmo alimentar sofreu diminuição após o uso de drogas	- oscilação do ritmo alimentar - diminuição do apetite - emagrecimento (10 Kg) - queda de cabelos	- seis refeições diárias - dieta composta de: cereais, legumes, verduras, frutas, o- vos, leite e seus derivados e pequena quantidade de carnes - peso 58,00 Kg - normalização da queda de cabelo
PADRÃO DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL	- ritmo de eliminação in- testinal diária, pela manhã	- constipação intestinal - eva- cuação a cada 4 dias	- ritmo de eliminação intesti- nal diária pela manhã
PADRÃO HIDROELETROLÍ- TICO	- ingestão diária de lí- quidos: 1 l a 1 1/2 l	- ingestão diária de líquidos: 2 a 3 copos por dia (500 a 600 ml)	- ingestão diária de líquidos: 1 1/2 a 2 l
PADRÃO DE SONO E REPOUSO	- ritmo de sono: 10 horas por noite: 24:00 às 10:00 horas - sono: tranquilo e pro- fundo - decúbito: sem preferên- cia, posições variadas * ritmo sofreu diminuição após o uso de drogas	- ritmo de sono irregular: ± 5 horas por noite: 23:00 às 4:00 horas - dificuldade de iniciar o sono - sono superficial com interrup- ções - insônia - decúbito-lateral esquerda com MMII encolhidos e MSD para cima	- ritmo de sono: 8 a 10 horas por noite - sono tranquilo e profundo - repouso após o almoço: ± 1 a 2 horas - decúbito: sem preferência, posições variadas
PADRÃO RESPIRATÓRIO	- refere como normal	- dispnéia aos esforços - tosse matinal com expectoração fina e mucóide - dor no hemitórax direito às inspirações profundas	- refere como normal (eupnéica) *RX - indica recuperação da pneumonia e tuberculose
PADRÃO NEUROLÓGICO	- refere como normal	- vertigens - cefaléia frontal	- refere como normal
PADRÃO CUTÂNEO-MUCOSO	- refere como normal	- pele ressecada - episódio de herpes e candidíase oral	- pele com turgor, elasticidade e unidade normais - mucosas úmidas e coradas

MANIFESTAÇÕES DO PADRÃO DO CAMPO ENERGÉTICO DE ANDRÉA

PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

A - PADRÃO FISIOLÓGICO						
ANTES DA AIDS		AIDS - DIA 11/04/89 (período da internação)		AIDS - período após a internação 29/04 a 15/12/89		
FONTE: cliente, família, noivo		Fonte: cliente, família, noivo, prontuário e observações do profissional		FONTE: cliente, família, noivo, prontuário e observações do profissional		
PADRÃO IMUNOLÓGICO		- sem especificação * provavelmente sofrendo depressão em função do estilo de vida da cliente		- imunodepressão - leucócitos: 1.700 p. mm ³		- imunodepressão - leucócitos: 3.100 p. mm ³ (20/03)
PADRÃO DE SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO		- relações sexuais: 1 a 2 vezes por semana - ritmo menstrual mensal		- diminuição da libido - amenorréia há 2 meses - abstinência sexual - possibilidade de conceber filhos com HIV		- relações sexuais: 1 a 2 vezes por semana - possibilidade de conceber filhos com HIV
PADRÃO DE ATIVIDADE E EXERCÍCIOS		- ocupacional: estudante, auxilia a mãe a vender roupas - lazer: barzinho, teatro, encontro com amigos		- inatividade física e ocupacional		- ocupacional: ajuda no serviço de casa e vende roupa - lazer: TV, vídeo, barzinho, confeitaria, passeios a beira mar, exercícios diários a pé ou de bicicleta
PADRÃO DE LOCOMOÇÃO		- refere como normal		- desequilíbrio locomotor		- normal
B - PADRÃO PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL						
PADRÃO DE PERSONALIDADE		alegre	exigente	retraída	exigente	alegre
		expansiva	insegura	egoísta	insegura	desconfiada
		sociável	pessimista	impaciente	desconfiada	reflexiva
		egoísta	impulsiva	indecisa	pessimista	otimista
		agressiva	impaciente	reflexiva		diminuição acentuada do egoísmo,
		incompreensiva	incapaz de tolerar frustração			agressividade, impaciência, incompreensão e da insegurança
PADRÃO DE SENTIMENTOS E EMOCÕES		- mágoa do pai - raiva sempre que contrariada - instabilidade emocional		- medos: passar mal, sentir dor, sofrimento, episódio de febre, isolamento, morte, morrer sozinha, reação do noivo após sua morte - angústia, desespero, solidão, tristeza e depressão - insegurança pela queda dos leucócitos, por estar só, pela doença - instabilidade emocional - esperança de alta hospitalar por curto período de tempo		- diminuição dos medos e inseguranças - maior estabilidade emocional - esperança e desejo de sobreviver e de se curar

MANIFESTAÇÕES DO PADRÃO DO CAMPO ENERGÉTICO DE ANDRÉA

PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE			
B - PADRÃO PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL	ANTES DA AIDS FONTE: cliente, família, noivo	AIDS - DIA 11/04/89 (período da internação) Fonte: cliente, família, noivo, prontuário e observações do profissional	AIDS - período após a internação 29/04 a 15/12/89 FONTE: cliente, família, noivo, prontuário e observações do profissional
PADRÃO COGNITIVO	ESCOLARIDADE: 2º grau completo sem condições de especificar outros aspectos	- crenças e valores sobre: · AIDS - incurável, conseqüente de alguma coisa, castigo de Deus · vida e morte - acredita na vida após a morte e em várias passagens por esse mundo · conhecimento superficial sobre AIDS	- crenças e valores sobre: · AIDS - decorrente do seu estilo de vida · conhecimento mais aprofundado sobre AIDS e processo saúde-doença
PADRÃO PERCEPTUAL			
Em relação a família	- brigas constantes entre cliente e família	- conta com o apoio do noivo e da família	- conta com o apoio do noivo e da família - relação mais harmônica entre cliente, família e noivo
Em relação aos amigos	- sem condições de especificar	- comportamento de piedade por parte dos amigos - afastamento dos amigos com quem compartilhava o uso de drogas	- enfrentamento dos preconceitos e discriminação manifestados pelos amigos, vizinhos em relação ao fato de ser portadora da AIDS
Em relação à equipe de saúde	- sem condições de especificar	- atitude de preconceito por parte de um elemento da equipe de saúde em relação aos usuários de drogas - FALTA DE TATO e sensibilidade por parte de um elemento da equipe de saúde ao restringir a visita da irmã e do amigo da cliente e ao fazer um prognóstico desfavorável da evolução da doença - omissão de resultados de exames por parte de alguns elementos da equipe de saúde, quando questionados	- a percepção se mantém
Em relação às perspectivas de vida	- perspectivas de fazer vestibular, de casar e conceber filhos	- ausência das perspectivas de fazer vestibular, de casar e conceber filhos - perspectivas de sofrimento, isolamento e morte - impossibilidade de viver fora do ambiente hospitalar	- perspectivas de viver com boa qualidade de vida, de fazer vestibular e de casar

MANIFESTAÇÕES DO PADRÃO DO CAMPO ENERGÉTICO DE ANDRÉA

PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

B - PADRÃO PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL	ANTES DA AIDS FONTE: cliente, família, noivo	AIDS - DIA 11/04/89 (período da internação) Fonte: cliente, família, noivo, prontuário e observações do profissional	AIDS - período após a internação 29/04 a 15/12/89 FONTE: cliente, família, noivo, prontuário e observações do profissional
Em relação ao ambiente hospitalar	- sem condições de especificar	- restrição de espaço - isolamento - altera ritmo alimentar, do sono, da atividade física e recreacional	- a percepção se mantém
PADRÃO ESPIRITUAL	- incapacidade de manifestar a espiritualidade	- incapacidade de manifestar a espiritualidade	- desenvolvimento da espiritualidade

DIAGNÓSTICO - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES DO CAMPO ENERGÉTICO DE ANDRÉA

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA			
A - PADRÃO FISIOLÓGICO	ANTES DA AIDS FONTE: cliente, família, noivo	AIDS - DIA 11/04/89 (período da internação) Fonte: cliente, família, noivo, prontuário e observações do pro- fissional	AIDS - período após a interna- ção 29/04 a 15/12/89 FONTE: cliente, família, noivo, prontuário e observações do pro- fissional
PADRÃO NUTRICIONAL-ME- TABÓLICO	a) interferência no campo energético da cliente - uso de drogas (maconha, cocaina) - lacuna na aprendizagem	a) interferência no campo energé- tico da doente - catabolismo associado à AIDS - estresse decorrente da situação vivenciada - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - pouca opção em relação aos tipos de alimentos servidos no hospital - falta de companhia durante as refeições - forma de servir a dieta - bandeja - ritmo de alimentação altera- do - horário do fornecimento das alimentações - uso de medicações que provocam distúrbios gastro-intestinais (sulfadiazina e pirimetamina)	- refere ausência de interferên- cias
PADRÃO DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL	- sem condições de especificar	a) interferência no campo energético da cliente - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - tipo de alimentação fornecido no hospital - inatividade física - isolamento - ingestão hídrica inferior em re- lação ao padrão anterior da clien- te	- refere ausência de interferên- cias
PADRÃO HIDRO-ELETRO LÍTICO	- sem condições de especificar	a) interferência no campo energético da cliente - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - não promove orientação e mudanças - ausência de estímulo	- refere ausência de interferên- cias

DIAGNÓSTICO - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES DO CAMPO ENERGÉTICO DE ANDRÉA

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA			
A - PADRÃO FISIOLÓGICO	ANTES DA AIDS FONTE: cliente, família, noivo	AIDS - DIA 11/04/89 (período da internação) Fonte: cliente, família, noivo, prontuário e observações do profissional	AIDS - período após a internação 29/04 a 15/12/89 FONTE: cliente, família, noivo, prontuário e observações do profissional
PADRÃO DE SONO E REPOUSO	- sem condições de especificar	a) interferência no campo energético da cliente - estresse decorrente da situação vivenciada - medo de ficar sozinha no quarto - derrame pleural em recuperação. b) interferência no ambiente - barulho - muita iluminação - administração de medicamentos	- logo após a alta a) interferência no campo energético da cliente - estresse decorrente da situação vivenciada - atualmente - refere ausência de interferências
PADRÃO RESPIRATÓRIO	a) interferência no campo energético da cliente - uso de cigarros, maconha e cocaína - lacuna na aprendizagem	a) interferência no campo energético da cliente - tuberculose pulmonar - pneumonia por Pneumocystis carinii - derrame pleural em recuperação - estresse decorrente da situação vivenciada - lacuna na aprendizagem	- logo após a alta a) interferência no campo energético da cliente - tuberculose pulmonar - pneumonia por Pneumocystis carinii - derrame pleural em recuperação - estresse decorrente da situação vivenciada - atualmente ausência de interferências
PADRÃO NEUROLÓGICO	- sem condições de especificar	a) interferência no campo energético da cliente - toxoplasmose cerebral	a) interferência no campo energético da cliente - toxoplasmose cerebral ?
PADRÃO CUTÂNEO MUCOSO	- sem condições de especificar	a) interferência no campo energético da cliente - imunodepressão - ingestão hídrica inferior ao padrão anterior - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - uso de medicações imunodepressoras (sulfadiazina, pirimetamina e sulfametoxazol - trimetoprima)	a) interferência no campo energético da cliente - imunodepressão b) interferência no ambiente - uso de medicação imunodepressora (sulfametoxazol - trimetoprima)

DIAGNÓSTICO - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES DO CAMPO ENERGÉTICO DE ANDRÉA

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA			
A - PADRÃO FISIOLÓGICO	ANTES DA AIDS FONTE: cliente, família, noivo	AIDS - DIA 11/04/89 (período da internação) Fonte: cliente, família, noivo, prontuário e observações do profissional	AIDS - período após a internação 29/04 a 15/12/89 FONTE: cliente, família, noivo, prontuário e observações do profissional
PADRÃO IMUNOLÓGICO	a) interferência no campo energético da cliente - padrão de personalidade, de sentimentos e emoções desarmonicas - uso de drogas, bebidas alcoólicas e fumo - uso compartilhado de seringa na aplicação da droga - lacuna na aprendizagem	a) interferência no campo energético da cliente - padrão de personalidade, de sentimentos e emoções desarmonicas - HIV - infecções oportunistas - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - uso de medicação imunossupressora (sulfadiazina e pirimetamina)	a) interferência no campo energético da cliente - HIV b) interferência no ambiente - uso de medicação imunodepressora (sulfametoxazol - trimetoprima)
PADRÃO DE SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO	- refere ausência de interferências	a) interferência no campo energético da cliente - infecção por HIV - estresse decorrente da situação vivenciada - lacuna na aprendizagem	a) interferência no campo energético da cliente - infecção por HIV b) interferência no ambiente - impossibilidade de recompor o padrão de reprodução da cliente
PADRÃO DE ATIVIDADE E EXERCÍCIOS	- refere ausência de interferências	a) interferência no campo energético da cliente - infecções oportunistas - fraqueza - vertigens b) interferência no campo ambiental - isolamento (hospitalização)	- refere ausência de interferências
PADRÃO DE LOCOMOÇÃO	- refere ausência de interferências	a) interferência no campo energético da cliente - infecções oportunistas - fraqueza - vertigens	- refere ausência de interferências

DIAGNÓSTICO - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES DO CAMPO ENERGÉTICO DE ANDRÉA

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA

B - PADRÃO PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL	ANTES DA AIDS FONTE: cliente, família, noivo	AIDS - DIA 11/04/89 (período da internação) Fonte: cliente, família, noivo, prontuário e observações do profissional	AIDS - período após a internação 29/04 a 15/12/89 FONTE: cliente, família, noivo, prontuário e observações do profissional
PADRÃO DE PERSONALIDADE	<p>a) interferência no campo energético da cliente egoísta pessimista agressiva impulsiva impaciente exigente insegura incapaz de tolerar frustração lacuna na aprendizagem</p> <p>b) interferência no ambiente - rejeição da cliente pelo pai - forma de tratamento dado pela família (superproteção e satisfação de todos os desejos) - convívio com grupos de amigos usuários de drogas - sem condições de especificar outras interferências</p>	<p>a) interferência no campo energético da cliente retraída insegura egoísta desconfiada indecisa exigente lacuna na aprendizagem</p> <p>b) interferência no ambiente - rejeição da cliente pelo pai - forma de tratamento dado à cliente pela família (superproteção e satisfação de todos os desejos) - sem condições de especificar outras interferências</p>	<p>a) interferência no campo energético da cliente egoísta incompreensiva agressiva insegura impaciente *traços menos acentuados</p> <p>b) interferência no ambiente - refere ausência de interferências</p>
PADRÃO DE SENTIMENTOS E EMOÇÕES	<p>a) interferência no campo energético da cliente - mágoa do pai - raiva sempre que contrariada - padrão de personalidade desarmônica - instabilidade emocional - lacuna na aprendizagem</p> <p>b) interferência no ambiente - rejeição da cliente pelo pai - sem condições de especificar outras interferências</p>	<p>a) interferência no campo energético da cliente - medos: passar mal, sentir dor, episódios de febre, isolamento, morte, morrer sozinha, reação do noivo após sua morte - angústia, desespero, solidão, tristeza e depressão - insegurança pela queda dos leucócitos, por estar só, pela coeção - falta de esperança em sobreviver longe do ambiente hospitalar - instabilidade emocional - lacuna na aprendizagem</p> <p>b) interferência no ambiente - sem condições de especificar</p>	<p>a) interferência no campo energético da cliente - raros episódios de medo e insegurança *emoções menos acentuadas</p> <p>b) interferência no ambiente sem condições de especificar</p>
PADRÃO COGNITIVO	<p>- sem condição de especificar</p>	<p>a) interferência no campo energético da cliente - crenças e valores acerca da AIDS (incurável, consequência de alguma coisa, castigo de Deus) - lacuna na aprendizagem</p> <p>b) interferência no ambiente - crenças e valores sobre AIDS - representação social da AIDS</p>	<p>- sem condições de especificar</p>

DIAGNÓSTICO - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES DO CAMPO ENERGÉTICO DE ANDRÉA

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA

B - PADRÃO PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL	ANTES DA AIDS FONTE: cliente, família, noivo	AIDS - DIA 11/04/89 (período da internação) Fonte: cliente, família, noivo, prontuário e observações do profissional	AIDS - período após a internação 29/04 a 15/12/89 FONTE: cliente, família, noivo, prontuário e observações do profissional
--	---	---	---

PADRÃO PERCEPTUAL

Em relação à família	a) interferência no campo energético da cliente - padrão de personalidade, sentimentos e emoções desarmonicas - estilo de vida b) interferência no ambiente - rejeição da cliente pelo pai - forma de tratamento dado à cliente pela família (superproteção e satisfação de todos os desejos)	a) interferência no campo energético da cliente - padrão de personalidade, sentimento e emoções desarmonicas b) interferência no ambiente - rejeição da cliente pelo pai - forma de tratamento dado à cliente pela família (superproteção e satisfação de todos os desejos)	- refere ausência de interferências
Em relação aos amigos	sem condições de especificar	sem condições de especificar	sem condições de especificar
Em relação à equipe de saúde	sem condições de especificar	a) interferência no campo energético da cliente - impossibilidade de se estabelecer uma relação de confiança com alguns elementos da equipe de saúde b) interferência no ambiente - lacuna na aprendizagem - crenças e valores acerca dos usuários de drogas - relação terapêutica inefetiva entre profissionais e cliente	as interferências se mantêm
Em relação às perspectivas de vida	sem condições de especificar	a) interferência no campo energético da cliente - crenças e valores sobre a impossibilidade de viver sendo portadora da AIDS - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - crenças e valores sobre AIDS - representação social da AIDS - lacuna na aprendizagem	a) interferência no campo energético da cliente - refere ausência de interferências b) interferência no ambiente - interferências se mantêm

DIAGNÓSTICO - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES DO CAMPO ENERGÉTICO DE ANDRÉA

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA

B - PADRÃO PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL	<p>ANTES DA AIDS FONTE: cliente, família, noivo</p>	<p>AIDS - DIA 11/04/89 (período da internação) Fonte: cliente, família, noivo, prontuário e observações do profissional</p>	<p>AIDS - período após a internação 29/04 a 15/12/89 FONTE: cliente, família, noivo, prontuário e observações do profissional</p>
<p>Em relação ao ambiente hospitalar</p>	<p>sem condições de especificar</p>	<p>a) interferência no campo energético da cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> - restrição de espaço - isolamento e solidão - altera ritmo alimentar, de sono, da atividade física e recreacional 	<p>refere ausência de interferência</p>
<p>PADRÃO ESPIRITUAL</p>	<p>a) interferência no campo energético da cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> - potencialidade de amar, ter fé, perdoar e enfrentar o sofrimento pouco desenvolvida - lacuna na aprendizagem <p>b) interferência no ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> - sem condições de especificar 	<p>a) interferência no campo energético da cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> - potencialidade de amar, ter fé, perdoar e enfrentar o sofrimento pouco desenvolvida - lacuna na aprendizagem <p>b) interferência no ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> - sem condições de especificar 	<p>desenvolvimento da potencialidade de amar, ter fé, perdoar e enfrentar o sofrimento</p>

META E OBJETIVOS -- PRINCÍPIO DA HELICIDADE

META

Redirecionar o curso rítmico do processo vital de Andréa, através da harmonização do seu campo energético e da sua relação com o meio ambiente.

OBJETIVOS

PADRÃO FISIOLÓGICO

- Estimular a ingestão de 1 1/2 a 2 litros de líquidos por dia e de alimentos que favoreçam os movimentos intestinais - curto prazo.
- Conversar com a nutricionista sobre a constipação intestinal da cliente, visando mudança de dieta - curto prazo.
- Conversar com o médico da cliente sobre a amenorréia apresentada e sugerir planotest - curto prazo.
- Pesá-la a cliente semanalmente - curto prazo.

PADRÃO PSICOLÓGICO (PERCEPTUAL -- COGNITIVO) E ESPIRITUAL

- Fortalecer as convicções da cliente sobre as suas possibilidades de recuperação - curto e longo prazo.
- Dialogar com a cliente sobre as suas crenças e valores ligados à morte, visando diminuir medos e inseguranças - curto e

longo prazo.

- Trabalhar com a cliente seus sentimentos e emoções desarmoniosos, procurando extinguí-los - curto e longo prazo.
- Fornecer material para leituras sobre a AIDS, terapias alternativas e assuntos ligados ao desenvolvimento de suas potencialidades e à busca de uma melhor qualidade de vida - curto e longo prazo.
- Estimular a cliente a:
 - . verbalizar e refletir sobre os seus medos e inseguranças em relação à doença, ao sofrimento e à morte - curto e longo prazo.
 - . desenvolver a sua capacidade de amar, ter fé e perdoar - curto e longo prazo
 - . desenvolver padrões de pensamentos harmônicos - curto e longo prazo.
 - . refletir sobre a sua responsabilidade no processo saúde-doença - curto e longo prazo.
 - . participar efetivamente no seu processo de recuperação - curto e longo prazo.
 - . perceber a doença como um processo de aprendizagem e experiências - curto e longo prazo.
 - . avaliar os efeitos danosos do sorvífero no organismo - curto prazo.
 - . refletir sobre o desenvolvimento da AIDS, a partir da história do seu processo vital - curto e longo prazo;
 - . realizar exercícios físicos - curto prazo;
 - . detectar a possibilidade de viver fora do ambiente hospitalar - curto prazo;
 - . refletir sobre as suas respostas emocionais frente à discriminação dos vizinhos e amigos - curto prazo.

- Orientar a cliente sobre:
 - . hidratação e alimentação adequada;
 - . doença como processo de aprendizagem e experiências, e como resultado de relações desarmônicas com o seu "eu" e com o meio ambiente;
 - . modelo do homem unitário;
 - . processo saúde-doença da AIDS e sistema imunológico;
 - . terapias alternativas;
 - . importância do equilíbrio emocional no seu processo de recuperação;
 - . técnica de imposição de mãos;
 - . técnica de visualização e as áreas do seu corpo a serem trabalhadas;
 - . efeitos imunossupressores dos pensamentos desarmônicos e respostas emocionais inadequadas frente ao estresse;
 - . necessidade de estabelecer relações harmônicas com o seu "eu" e o meio ambiente para efetivar o seu processo de recuperação;
 - . efeitos danosos do sonífero no organismo e necessidade de combater a aversão aos tuberculostáticos -- curto e longo prazo.
- Desenvolver terapia ocupacional com a cliente -- curto e longo prazo.
- Evidenciar para a cliente a necessidade de trabalhar as instabilidades emocionais após a partida do noivo e familiares -- curto e longo prazo.
- Implementar técnica de visualização orientada para o bem estar e harmonia do todo, com ênfase nas regiões do cérebro, pulmão e sistema imunológico -- curto e longo prazo.

- Implementar técnica de imposição de mãos -- curto e longo prazo.
- Preparar a cliente para a alta hospitalar -- curto prazo.
- Desenvolver ações terapêuticas junto aos familiares -- curto e longo prazo.
- Orientar a mãe e o noivo da cliente sobre:
 - . processo saúde-doença da AIDS;
 - . relação harmônica e relação dearmônica no processo saúde-doença;
 - . importância de uma visão positiva em relação à AIDS;
 - . a família como fator importante na recuperação da cliente;
- Implementar técnicas de relaxamento com a mãe e o noivo da cliente.
- Dialogar com a equipe de saúde, procurando introduzir o modelo utilizado e terapias alternativas.
- Avaliar periodicamente com a cliente as etapas do processo terapêutico -- curto e longo prazo.

A N E X O - 5

ANEXO 5 - SINOPSE DOS DADOS DE DAVI

NOME: Davi IDADE: 53 anos PROCEDÊNCIA: Florianópolis Nº de hospitalizações anteriores: 03
 GRUPO DE RISCO: Transfusão de sangue LOCAL DOS ENCONTROS: Residência do cliente e Hospital X PESO: 80,00 Kg ALTURA: 1,90 m

MANIFESTAÇÕES DO PADRÃO DO CAMPO ENERGÉTICO DE DAVI

PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

A - PADRÃO FISIOLÓGICO	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e esposa	AIDS - DIA 07/04/89 FONTE: cliente, esposa, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO DIA: 06/11/89 FONTE: esposa, prontuário e observações do profissional
PADRÃO NUTRICIONAL-METABÓLICO	<ul style="list-style-type: none"> - dieta rica em colesterol e gorduras saturadas - distúrbio no metabolismo dos carboidratos, proteínas, gorduras e insulina - diabetes mellitus * mudança da dieta há ± 2 anos, após insuficiência coronariana 	<ul style="list-style-type: none"> - cinco refeições diárias - dieta composta de cereais integrais, legumes, frutas, ovos, leite e seus derivados e pouca carne - dieta pobre em colesterol e gorduras saturadas, preparada com pouco óleo, sal e sem açúcar. - emagrecimento após a mudança da dieta e meningite criptocócica. - distúrbio no metabolismo dos carboidratos, proteínas, gorduras e insulina - diabetes mellitus 	<ul style="list-style-type: none"> - DIETA ZERO - distúrbio no metabolismo dos carboidratos, proteínas e insulina - diabetes mellitus - distúrbio na motilidade gastrointestinal
PADRÃO DE ELIMINAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - ritmo de eliminação intestinal a cada dois dias - eliminação urinária - a cada três ou quatro horas - poliúria 	<ul style="list-style-type: none"> - ritmo de eliminação intestinal a cada dois dias - eliminação urinária - a cada três ou quatro horas - poliúria 	<ul style="list-style-type: none"> - ritmo de eliminação intestinal a cada dois dias, após períodos de constipação intestinal - eliminação urinária - a cada três ou quatro horas - poliúria
PADRÃO HIDROELETROLÍTICO	<ul style="list-style-type: none"> - ingestão diária de líquidos: 1 1/2 l a 2 l - leve disfunção renal 	<ul style="list-style-type: none"> - ingestão diária de líquidos: 1 1/2 l a 2 l - soro G.- 5% 500 ml EV - leve disfunção renal 	<ul style="list-style-type: none"> - ingestão diária de líquidos: zero - soro G-10% 1500ml EV 18 gts/min - soro F-0,9% 500 ml EV 06 gts/min - KCl 19,1% 10 ml no SG - leve disfunção renal
PADRÃO DE SONO E REPOUSO	<ul style="list-style-type: none"> - ritmo de sono: 08 horas por noite - sono tranquilo e profundo - períodos de insônia quando vivenciava algum tipo de problema 	<ul style="list-style-type: none"> - ritmo de sono: ± 8 horas por noite - sono superficial e intranquilo - períodos frequentes de insônia - repouso de 1 a 2 horas após o almoço, quando repousa na sala de visitas 	<ul style="list-style-type: none"> - cliente em estado de semi-coma

MANIFESTAÇÕES DO PADRÃO DO CAMPO ENERGÉTICO DE DAVI

PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE			
A - PADRÃO FISIOLÓGICO	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e esposa	AIDS - DIA 07/04/89 FONTE: cliente, esposa, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SONÁTICO DIA: 06/11/89 FONTE: esposa, prontuário e observações do profissional
PADRÃO RESPIRATÓRIO	- refere como normal	- frequência respiratória: 24 mov/min - dispnéia durante a infusão de anfotericina B	- respiração rápida, irregular e ruidosa - hipóxia - dispnéia durante a infusão de anfotericina B
PADRÃO CARDIOVASCULAR	- insuficiência coronariana - aterosclerose	- P.A. 130/80 mm Hg - frequência cardíaca: 96 b.p.m. - aterosclerose. - insuficiência coronariana - hipotensão, taquicardia e dor precordial durante infusão de anfotericina B	- PA: 60/40 mm Hg - Frequência cardíaca: 88 b.p.m. - falência cardíaca - insuficiência coronariana - aterosclerose - hipotensão, taquicardia e dor precordial durante infusão de anfotericina B
PADRÃO NEUROLÓGICO	- refere como normal	- lapsos de memória frequentes e de curta duração - cefaléia intensa durante a infusão de anfotericina B	- hipertensão craniana - semicoma - cefaléia intensa durante a infusão de anfotericina B
PADRÃO RENAL	- refere como normal	- leve disfunção renal - poliúria	- leve distensão renal - poliúria
PADRÃO DE TERMORREGULAÇÃO	- refere como normal	- refere como normal	- hipertermia (T.38° C)
PADRÃO CUTÂNEO-MUCOSO	- episódios de sangramento gengival	- episódios de sangramento gengival	- pele quente e úmida
PADRÃO IMUNOLÓGICO	- sem especificação * provavelmente sofrendo depressão do estresse e do estilo de vida	- imunodepressão	- imunodepressão acentuada
PADRÃO DE SEXUALIDADE	- refere como normal	- abstinência sexual	- o padrão do dia 07/04 se manteve
PADRÃO DE ATIVIDADE E EXERCÍCIOS	- ocupacional: publicitário - lazer: - trabalho - fazer poesias - ver televisão - leitura técnica - música - inatividade física - há ± 2 anos iniciou caminhadas diárias	- inatividade física há uma semana decorrente da dor na região lombar provocada pela queda	- inatividade física e ocupacional
PADRÃO DE LOCOMOÇÃO	- refere como normal	- prejudicado pelo desequilíbrio motor, debilidade física e lapsos de memória	- incapacidade de locomoção

MANIFESTAÇÕES DO PADRÃO DO CAMPO ENERGÉTICO DE DAVI

PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

B - PADRÃO PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e esposa	AIDS - DIA 07/04/89 FONTE: cliente, esposa, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO DIA: 06/11/89 FONTE: esposa, prontuário e observações do profissional
--	---	--	---

PADRÃO DE PERSONALIDADE	organizado inseguro perfeccionista líder intransigente persistente comunicativo	competitivo orgulhoso egoísta dificuldade de reconhecer limites e fracassos ambicioso (em relação às coisas materiais)	organizado inseguro perfeccionista líder comunicativo intransigente persistente	competitivo orgulhoso egoísta dificuldade de reconhecer limites e frustrações ambicioso (em relação às coisas materiais)	padrão de personalidade do dia 07/04 se manteve, embora menos acentuado
--------------------------------	---	--	---	--	---

PADRÃO DE SENTIMENTOS E EMOÇÕES	- dificuldade em lidar com os sentimentos - medo da solidão e do desconhecido	- dificuldade em lidar com os sentimentos e emoções - medo da solidão, do desconhecido e do sofrimento - angústia, depressão, ansiedade tristeza e solidão - insegurança pela doença e hospitalização - mágoa pelas atitudes tomadas pela mulher e pela direção da empresa - instabilidade emocional	- padrão de sentimento e emoções do dia 07/04 se manteve, embora menos acentuado
--	--	--	--

PADRÃO COGNITIVO	ESCOLARIDADE: 3º grau incompleto - conhecimento aprofundado sobre a área de publicidade e diabetes mellitus - sem condição de especificar outros aspectos	- conhecimento aprofundado sobre a área de publicidade, diabetes mellitus e AIDS - sem condições de especificar outros aspectos	- conhecimento aprofundado sobre a área de publicidade, diabetes mellitus e AIDS - sem condições de especificar outros aspectos
-------------------------	---	--	--

PADRÃO PERCEPTUAL

Em relação à auto-estima e auto-imagem	- exacerbadas positivamente	- afetada negativamente pela condição de portador da AIDS, pelos conflitos com a esposa e pela incapacidade para o trabalho	- afetadas negativamente pela condição de portador da AIDS, pela incapacidade para o trabalho e pela dependência física e emocional
Em relação a família	- brigas frequentes com o pai e posteriormente com a esposa - pouca permanência com os familiares desde a adolescência - falta de dedicação afetiva aos familiares	- brigas frequentes com a esposa - processo de separação judicial - não conta com o apoio da esposa, somente com o dos filhos	- conta com o apoio da esposa e dos filhos

MANIFESTAÇÕES DO PADRÃO DO CAMPO ENERGÉTICO DE DAUI

PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

B - PADRÃO PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e esposa	AIDS - DIA 07/04/89 FONTE: cliente, esposa, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO DIA: 06/11/89 FONTE: esposa, prontuário e observações do profissional
Em relação à equipe de saúde	- sem condições de especificar	- confia no médico responsável pelo seu tratamento	Antes do dia 06/11 - insegurança em relação ao tratamento ministrado por um profissional da área médica - demora no atendimento médico dado por um profissional da área - pouca atenção por parte do pessoal da enfermagem - incompreensão de alguns elementos da equipe de saúde acerca da solidão e depressão provocada pelo ambiente hospitalar
Em relação às perspectivas de vida	- sempre foi um sonhador vivendo em função do futuro - planos acerca da vida profissional e da aquisição de bens materiais	- perspectiva de proximidade da morte - perspectiva de uma boa qualidade de vida	- ausência de perspectivas de vida nesta dimensão
Em relação ao ambiente hospitalar	- sem condições de especificar - terceira hospitalização	- restrição de espaço - isolamento - altera ritmo alimentar e do sono - acentua o estresse e a depressão	Antes do dia 06/11 - a percepção anterior se manteve, acrescida de - desorganização do ambiente hospitalar - limpeza deixa a desejar - desconforto provocado pelo leito hospitalar - promove a convivência com homossexuais, usuários de drogas e presidiários
Em relação à AIDS	- sem condições de especificar	- doença muito desgastante, irreversível, um caminho sem volta - maior golpe de sua vida - influenciou nas perspectivas de vida do cliente - acarretou mudanças nas crenças e valores do cliente - vítima da doença - doença geradora de preconceitos e discriminação - consiste em uma provação	a percepção se manteve

MANIFESTAÇÕES DO PADRÃO DO CAMPO ENERGÉTICO DE DAVI

PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

B - PADRÃO PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e esposa	AIDS - DIA 07/04/89 FONTE: cliente, esposa, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO DIA: 06/11/89 FONTE: esposa, prontuário e observações do profissional
-------------------------------------	--	---	--

Em relação à morte	<ul style="list-style-type: none">- nunca se colocou na perspectiva de vir a morrer um dia- após a morte tudo se acaba	<ul style="list-style-type: none">- sérias dúvidas sobre a vida após a morte- sente a proximidade da morte- desejos em relação à morte física:<ul style="list-style-type: none">• não deseja ser velado• deseja que seu corpo físico seja cremado e as cinzas jogadas no jardim da Vila Alpina	Antes do dia 06/11 <ul style="list-style-type: none">- sente que viverá após a morte- sente a proximidade da morte- aceita sua morte com resignação- os seus desejos acerca do corpo físico foram realizados
--------------------	---	---	---

C - PADRÃO ESPIRITUAL	<ul style="list-style-type: none">- incapacidade de manifestar a espiritualidade- fé no trabalho e esforço pessoal- formação religiosa - católica- nunca se interessou pelo aspecto espiritual de sua vida	<ul style="list-style-type: none">- acredita na existência de um ser superior, cujo nome não importa- conversa frequentemente com uma 'entidade superior'- fé ferrenha na vida e no esforço pessoal	<ul style="list-style-type: none">- significativo desenvolvimento da espiritualidade
-----------------------	---	---	--

DIAGNÓSTICOS - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES NO CAMPO ENERGÉTICO DE DAUI

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA

A - PADRÃO FISIOLÓGICO	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e esposa	AIDS - DIA 07/04/89 FONTE: cliente, esposa, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO DIA: 06/11/89 FONTE: esposa, prontuário e observações do profissional
PADRÃO NUTRICIONAL-METABÓLICO	a) interferência no campo energético do cliente - distúrbio no metabolismo dos carboidratos, proteínas, gorduras e insulina - diabetes mellitus - inatividade física - obesidade - estresse emocional decorrente do estilo de vida - vários episódios de hiperglicemia - dieta rica em colesterol e gorduras saturadas - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - fatores genéticos ligados à diabetes mellitus	a) interferência no campo energético do cliente - distúrbios no catabolismo dos carboidratos, proteínas, gorduras e insulina - diabetes mellitus - estresse e depressão decorrentes da situação vivenciada (doença, internação, conflitos familiares e incapacidade para o trabalho) - catabolismo associado à AIDS - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - fatores genéticos relacionados à diabetes mellitus - pouca opção em relação aos tipos de alimentos servidos no hospital	a) interferência no campo energético do cliente - distúrbio no metabolismo dos carboidratos, proteínas, gorduras e insulina - diabetes mellitus - distúrbio da motilidade gastro-intestinal - catabolismo associado à AIDS - depressão decorrente da situação vivenciada (doença, internação e incapacidade para o trabalho) - falência do estado geral b) interferência no ambiente - fatores genéticos relacionados à diabetes mellitus - pouca opção em relação aos tipos de alimentos servidos no hospital - incapacidade de recompor o padrão nutricional metabólico do cliente
PADRÃO DE ELIMINAÇÃO	a) interferência no campo energético do cliente - inatividade física - dieta pobre em fibras - leve disfunção renal - distúrbio no metabolismo dos carboidratos, proteínas, gorduras e insulina - diabetes mellitus - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - fatores genéticos relacionados à diabetes mellitus	a) interferência no campo energético do cliente - inatividade física - leve disfunção renal - distúrbio no metabolismo dos carboidratos, proteínas, gorduras e insulina - diabetes mellitus b) interferência no ambiente - fatores genéticos relacionados à diabetes mellitus	a) interferência no campo energético do cliente - inatividade física - leve disfunção renal - distúrbio no metabolismo dos carboidratos, proteínas, gorduras e insulina - diabetes mellitus b) interferência no ambiente - fatores genéticos relacionados à diabetes mellitus

DIAGNÓSTICOS - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES NO CAMPO ENERGÉTICO DE DAVI

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA			
A - PADRÃO FISIOLÓGICO	<p>ANTES DA AIDS FONTE: cliente e esposa</p>	<p>AIDS - DIA 07/04/89 FONTE: cliente, esposa, prontuário e observações do profissional</p>	<p>DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO DIA: 06/11/89 FONTE: esposa, prontuário e observações do profissional</p>
PADRÃO HIDRO-ELETROLÍTICO	<p>a) interferência no campo energético do cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> - distúrbio no metabolismo dos carboidratos, proteínas, gorduras e insulina - diabete mellitus - leve disfunção renal - lacuna na aprendizagem <p>b) interferência no ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> - fatores genéticos relacionados à diabete mellitus 	<p>a) interferência no campo energético do cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> - distúrbio no metabolismo dos carboidratos, proteínas, gorduras e insulina - diabete mellitus - leve disfunção renal <p>b) interferência no ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> - fatores genéticos relacionados à diabete mellitus - anfotericina B 	<p>a) interferência no campo energético do cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> - distúrbio no metabolismo dos carboidratos, proteínas, gorduras e insulina - diabete mellitus - leve disfunção renal <p>b) interferência no ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> - fatores genéticos relacionados à diabete mellitus - anfotericina B
PADRÃO DE SONO E REPOUSO	<p>a) interferência no campo energético do cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> - estresse decorrente do estilo de vida - lacuna na aprendizagem 	<p>a) interferência no campo energético do cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> - estresse e depressão decorrente da situação vivenciada (doença, internação, conflitos familiares e incapacidade para o trabalho) - lacuna na aprendizagem 	<p>a) interferência no campo energético do cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> - depressão decorrente da situação vivenciada (doença, internação e incapacidade para o trabalho) - hipertensão intracraniana - falência do estado geral
PADRÃO RESPIRATÓRIO	<p>sem condições de especificar</p>	<p>a) interferência no campo energético do cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> - estresse decorrente da situação vivenciada (doença, internação, conflito familiar e incapacidade para o trabalho) <p>b) interferência no ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> - administração de anfotericina B 	<p>a) interferência no campo energético do cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> - hipertensão intracraniana <p>b) interferência no ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> - impossibilidade de recompor o padrão respiratório do cliente

DIAGNÓSTICOS - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES NO CAMPO ENERGÉTICO DE DAVI

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA

A - PADRÃO FISIOLÓGICO	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e esposa	AIDS - DIA 07/04/89 FONTE: cliente, esposa, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO DIA: 06/11/89 FONTE: esposa, prontuário e observações do profissional
PADRÃO CARDIOVASCULAR	<p>a) interferência no campo energético do cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> - distúrbio no metabolismo dos carboidratos, proteínas, gorduras e insulina - diabetes mellitus - dieta rica em colesterol e gorduras - estresse decorrente do estilo de vida - padrão desarmonico de personalidade, sentimentos e emoções - inatividade física - falta de controle da diabetes mellitus e da saúde em geral - aterosclerose - infarto agudo do miocárdio - insuficiência coronariana - lacuna na aprendizagem <p>b) interferência no ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> - falta de controle da qualidade do sangue e hemoderivados - fatores genéticos relacionados à diabetes mellitus 	<p>a) interferência no campo energético do cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> - distúrbio no metabolismo dos carboidratos, proteínas, gorduras e insulina - diabetes mellitus - padrão desarmonico de personalidade, sentimentos e emoções - estresse e depressão decorrentes da situação vivenciada (doença, internação, conflitos familiares e incapacidade para o trabalho) - insuficiência coronariana - lacuna na aprendizagem <p>b) interferência no ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> - falta de controle da qualidade do sangue e hemoderivados - fatores genéticos relacionados à diabetes mellitus - administração de anfotericina B 	<p>a) interferência no campo energético do cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> - distúrbio no metabolismo dos carboidratos, proteínas, gorduras e insulina - diabetes mellitus - padrão desarmonico de personalidade, sentimentos e emoções menos acentuados - depressão decorrente da situação vivenciada (doença, internação e incapacidade para o trabalho) - insuficiência coronariana <p>b) interferência no ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> - falta de controle da qualidade do sangue e hemoderivados - fatores hereditários relacionados à diabetes mellitus - isolamento (ambiente hospitalar) - administração de anfotericina B - impossibilidade de recompor o padrão cardiovascular do cliente
PADRÃO NEUROLÓGICO	<p>a) interferência no campo energético do cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> - distúrbio no metabolismo dos carboidratos, proteínas, gorduras e insulina - diabetes mellitus - falta de controle da diabetes mellitus - lacuna na aprendizagem <p>b) interferência no ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> - fatores genéticos relacionados à diabetes mellitus 	<p>a) interferência no campo energético do cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> - distúrbio no metabolismo dos carboidratos, proteínas, gorduras e insulina - diabetes mellitus - meningite criptocócica - estresse e depressão decorrentes da situação vivenciada (doença, internação, conflitos familiares e incapacidade para o trabalho) <p>b) interferência no ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> - fatores genéticos relacionados à diabetes mellitus - administração de anfotericina B 	<p>a) interferência no campo energético do cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> - distúrbio no metabolismo dos carboidratos, proteínas, gorduras e insulina - diabetes mellitus - meningite criptocócica - toxoplasmose cerebral - hidrocefalia - estresse e depressão decorrentes da situação vivenciada (doença, internação e incapacidade para o trabalho) <p>b) interferência no ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> - fatores genéticos relacionados à diabetes mellitus - isolamento (ambiente hospitalar) - impossibilidade de recompor o padrão neurológico do cliente - administração de anfotericina B

DIAGNÓSTICOS - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES NO CAMPO ENERGÉTICO DE DAVI

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA

A - PADRÃO FISIOLÓGICO	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e esposa	AIDS - DIA 07/04/89 FONTE: cliente, esposa, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SONÁTICO DIA: 06/11/89 FONTE: esposa, prontuário e observações do profissional
PADRÃO DE TERMORREGULAÇÃO	sem condições de especificar	sem condições de especificar	a) interferência no campo energético do cliente - infecções fúngicas - hipertensão intracraniana ? b) interferência no ambiente - impossibilidade de recompor o padrão de termorregulação do cliente
PADRÃO CUTÂNEO-MUCOSO	a) interferência no ambiente - uso de vasodilatadores coronarianos	a) interferência no ambiente - uso de dilatadores coronarianos	a) interferência no campo energético do cliente - infecções fúngicas - hipertensão intracraniana ? b) interferência no ambiente - uso de vasodilatadores coronarianos
PADRÃO IMUNOLÓGICO	a) interferência no campo energético do cliente - padrão desarmonico de personalidade, sentimentos e emoções - estresse decorrente do estilo de vida - distúrbio no metabolismo dos carboidratos, proteínas, gorduras e insulina - diabete mellitus - falta de controle da diabete mellitus - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - fatores genéticos relacionados à diabete mellitus - falta de controle da qualidade do sangue e hemoderivados	a) interferência no campo energético do cliente - padrão desarmonico de personalidade, sentimentos e emoções - estresse e depressão decorrentes da situação vivenciada (doença, internação, conflitos familiares e incapacidade para o trabalho) - distúrbio no metabolismo de carboidratos, proteínas, gorduras e insulina - diabete mellitus - HIV e infecção fúngica - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - fatores genéticos relacionados à diabete mellitus - falta de controle da qualidade do sangue e hemoderivados - ambiente hospitalar coadjuvante da depressão, estresse e isolamento	a) interferência no campo energético do cliente - padrão desarmonico da personalidade, sentimentos e emoções - depressão decorrente da situação vivenciada (doença, internação e incapacidade para o trabalho) - distúrbio do metabolismo dos carboidratos, proteínas, gorduras e insulina - diabete mellitus - HIV e infecções fúngicas - incapacidade do cliente de recompor o sistema imunológico. b) interferência no ambiente - fatores genéticos relacionados à diabete mellitus - falta de controle da qualidade do sangue e hemoderivados - ambiente hospitalar como coadjuvante da depressão, estresse e isolamento - impossibilidade de recompor o padrão imunológico do cliente

DIAGNÓSTICOS - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES NO CAMPO ENERGÉTICO DE DAVI

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA

A - PADRÃO FISIOLÓGICO	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e esposa	AIDS - DIA 07/04/89 FONTE: cliente, esposa, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO DIA: 06/11/89 FONTE: esposa, prontuário e observações do profissional
PADRÃO DE SEXUALIDADE	a) interferência no campo energético do cliente - diversas parceiras - conflitos com a esposa - lacuna na aprendizagem	a) interferência no campo energético do cliente - portador da AIDS - conflitos com a esposa - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - incapacidade da esposa de conviver com a condição de cliente portador da AIDS	a) interferência no campo energético do cliente - portador da AIDS b) interferência no ambiente - incapacidade menos acentuada da esposa de conviver com a condição do cliente portador da AIDS
PADRÃO DE ATIVIDADE E EXERCÍCIOS	a) interferência no campo energético do cliente - lacuna na aprendizagem	a) interferência no campo energético do cliente - desequilíbrio motor - debilidade física - lapsos de memória	a) interferência no campo energético do cliente - infecção fúngica - falência do estado geral b) interferência no ambiente - isolamento (hospitalização) - impossibilidade de recompor o padrão de atividades e exercícios
PADRÃO DE LOCOMOÇÃO	- refere ausência de interferência	a) interferência no campo energético do cliente - desequilíbrio motor - debilidade física - lapsos de memória	a) interferência no campo energético do cliente - infecção fúngica - falência do estado geral b) interferência no ambiente - impossibilidade de recompor o padrão de locomoção do cliente
B - PADRÃO PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL			
PADRÃO DE PERSONALIDADE	a) interferência no campo energético do cliente inseguro dificuldade de intransigente reconhecer limites e fracassos competitivo ambicioso (em orgulhoso relação às coisas egoísta materiais) lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente sem condições de especificar	a) interferência no campo energético do cliente inseguro dificuldade de intransigente reconhecer limites e fracassos competitivo ambicioso (em orgulhoso relação às coisas egoísta materiais) - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - sem condições de especificar	As interferências do dia 07/04 se mantiveram, embora menos acentuadas

DIAGNÓSTICOS - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES NO CAMPO ENERGÉTICO DE DAVI

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA

8 - PADRÃO PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e esposa	AIDS - DIA 07/04/89 FONTE: cliente, esposa, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO DIA: 06/11/89 FONTE: esposa, prontuário e observações do profissional
PADRÃO DE SENTIMENTOS E EMOÇÕES	a) interferência no campo energético do cliente - dificuldade em lidar com os sentimentos e emoções - medo da solidão e do desconhecido - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - sem condições de especificar	a) interferência no campo energético do cliente - dificuldade em lidar com os sentimentos e emoções - medo da solidão, do desconhecido e do sofrimento - angústia, ansiedade, depressão, tristeza e solidão - insegurança pela doença e hospitalização - mágoa pelas atitudes tomadas pela esposa e pela direção da empresa - instabilidade emocional - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - medo do contágio por parte da esposa - preconceito e discriminação por parte dos diretores da empresa onde trabalhava - ambiente hospitalar - lacuna na aprendizagem	As interferências no padrão de sentimentos e emoções se mantiveram, embora menos acentuadas
PADRÃO COGNITIVO	sem condições de especificar	sem condições de especificar	sem condições de especificar
PADRÃO PERCEPTUAL			
Em relação à auto-estima e auto-imagem	a) interferência no campo energético do cliente - exarcebação positiva da auto-estima e auto-imagem - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - sem condições de especificar	a) interferência no campo energético do cliente - não aceitação da condição de portador da AIDS, da incapacidade para o trabalho - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - não aceitação por parte da esposa da condição do cliente de portador da AIDS - lacuna na aprendizagem	a) as interferências no campo energético do cliente se mantiveram, acrescidas da não aceitação da dependência física e emocional b) as interferências no ambiente foram atenuadas.

DIAGNÓSTICOS - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES NO CAMPO ENERGÉTICO DE DAVI

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA

3 - PADRÃO PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e esposa	AIDS - DIA 07/04/89 FONTE: cliente, esposa, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO DIA: 06/11/89 FONTE: esposa, prontuário e observações do profissional
Em relação à família	a) interferência no campo energético do cliente - incompreensão acerca da individualidade de cada membro da família - sentimento de posse em relação à esposa - pouca permanência com os familiares desde a adolescência - falta de dedicação afetiva aos familiares - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - impossibilidade das pessoas que o cercam para redirecionar a afetividade do cliente	As interferências no campo energético do cliente e no ambiente se mantiveram	Interferências menos acentuadas no campo energético do cliente e no ambiente
Em relação à equipe de saúde	sem condições de especificar	sem condições de especificar	Antes do dia 06/11 a) interferência no padrão energético do cliente - insegurança com relação ao tratamento ministrado por um profissional da área médica b) interferência no ambiente - demora no atendimento médico - pouca atenção por parte do pessoal de enfermagem - incompreensão de alguns elementos da equipe de saúde acerca da solidão e depressão provocada pelo ambiente hospitalar - relação profissional-cliente inefetiva - lacuna na aprendizagem
Em relação às perspectivas de vida	sem condições de especificar	a) interferência no campo energético do cliente - perspectivas de vida diminuídas após o diagnóstico da AIDS	As interferências em relação às perspectivas de vida se mantiveram

DIAGNÓSTICOS - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES NO CAMPO ENERGÉTICO DE DAVI

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA

B - PADRÃO PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e esposa	AIDS - DIA 07/04/89 FONTE: cliente, esposa, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SONÁTICO DIA: 06/11/89 FONTE: esposa, prontuário e observações do profissional
Em relação ao ambiente hospitalar	sem condições de especificar	a) interferência no campo energético do cliente - restrição de espaço - isolamento - altera ritmo alimentar e de sono - acentua o estresse e a depressão	Antes do dia 06/11 as interferências anteriores se mantiveram, acrescidas de: - desorganização do ambiente hospitalar - limpeza deixa a desejar - desconforto provocado pelo leito hospitalar - promove convivência com homossexuais, usuários de drogas e presidiários
Em relação à AIDS	sem condições de especificar	a) interferência no campo energético do cliente - crenças e valores negativos em relação às doenças de forma geral e à AIDS - auto-discriminação do cliente - doença geradora de preconceitos e discriminações - vítima da doença - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - crenças e valores negativos difundidos em relação às doenças de forma geral e à AIDS - AIDS considerada uma doença incurável - lacuna na aprendizagem	Antes do dia 06/04 As interferências em relação à AIDS se mantiveram. Entretanto, as crenças e valores em relação à AIDS tornaram-se menos negativas
Em relação à morte	a) Interferência no campo energético do cliente - crenças e valores acerca da vida e da morte - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - crenças e valores difundidos acerca da vida e da morte - lacuna na aprendizagem	a) As interferências no campo energético do cliente foram reduzidas b) As interferências no ambiente se mantiveram	Antes do dia 06/11 a) As interferências no campo energético do cliente foram significativamente reduzidas b) As interferências no meio se mantiveram

DIAGNÓSTICOS - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES NO CAMPO ENERGÉTICO DE DAVI

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA

B - PADRÃO PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e esposa	AIDS - DIA 07/04/89 FONTE: cliente, esposa, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO DIA: 06/11/89 FONTE: esposa, prontuário e observações do profissional
PADRÃO ESPIRITUAL	a) interferência no campo energético do cliente potencialidade de amar, ter fé, perdoar e enfrentar o sofrimento pouco desenvolvida nunca se interessou pelo aspecto espiritual de sua vida b) interferência no ambiente sem condições de especificar	a) interferência no campo energético do cliente potencialidade de amar, ter fé, perdoar e enfrentar o sofrimento pouco desenvolvida b) interferência no ambiente sem condições de especificar	as interferências se mantiveram contudo as capacidades de ter fé e enfrentar o sofrimento sofreram significativo desenvolvimento

METAS E OBJETIVOS -- PRINCÍPIO DA HELICIDADE

META

Redirecionar o curso rítmico do processo vital de Davi, através da harmonização do seu campo energético e da sua relação com o meio ambiente.

Objetivos

PADRÃO FISIOLÓGICO

- Controlar as infusões e gotejamento dos soros -- curto prazo.
- Verificar eliminações -- curto prazo.
- Estimular a mudança de decúbito a cada 2 horas -- curto prazo.
- Auxiliar na higiene oral, facial e na alimentação -- curto prazo.
- Estimular a ingestão de pequenas quantidades de alimentos em intervalos de 2/2 horas -- curto prazo.
- Instituir programação de exercícios em níveis crescentes -- curto prazo.
- Fazer curativo na região da punção da subclávia -- curto prazo.

PADRÃO PSICOLÓGICO (PERCEPTUAL - COGNITIVO) E ESPIRITUAL

- Estimular o cliente a verbalizar e refletir sobre:
 - . situação vivenciada - curto e longo prazo;
 - . sentimentos e emoções em relação às atitudes da esposa e dos dirigentes da empresa - curto e longo prazo;
 - . medos e inseguranças acerca da solidão, doença, sofrimento e morte - curto e longo prazo;
 - . traços de personalidade e atitudes diante das pessoas e da vida - curto e longo prazo;
 - . dificuldades em lidar com os sentimentos e emoções - curto e longo prazo;
 - . a real necessidade de cuidados da sua família por parte do cliente - curto prazo;
 - . relação entre os pesadelos e a AIDS - curto prazo;
 - . esperanças e frustrações acerca da inviabilidade da cirurgia de derivação ventrículo peritoneal - curto e longo prazo;
 - . fortalecimento das suas convicções sobre as possibilidades de recuperação - curto e longo prazo;

- Estimular a cliente a:
 - . auto-conhecer-se e auto-aprimorar-se - curto e longo prazo;
 - . rever as suas crenças e valores acerca da doença - curto e longo prazo;
 - . perceber a doença como um processo de aprendizagem e experiência - curto e longo prazo;
 - . avaliar as diversas etapas do modelo implementado - curto e longo prazo;
 - . avaliar as mudanças operadas em seu "eu", a partir da doença - curto e longo prazo;

- . desenvolver a sua espiritualidade - curto e longo prazo;
- Evidenciar para o cliente a sua responsabilidade no processo saúde-doença da AIDS - curto e longo prazo.
- Fortalecer a auto-estima e auto-imagem do cliente - curto e longo prazo.
- Infundir coragem e confiança no cliente para superar as dificuldades vivenciadas - curto e longo prazo.
- Demonstrar carinho, compreensão e apoio, através do toque, das palavras e atitudes - curto e longo prazo.
- Auxiliar o cliente a gravar mensagens aos familiares - curto prazo.
- Viabilizar e auxiliar a ida do cliente para casa - curto prazo.
- Fornecer textos sobre terapias alternativas - curto prazo.
- Orientar o cliente sobre:
 - . doença como processo de aprendizagem, experiência e como resultado de relações desarmônicas com o "eu" e com o meio ambiente;
 - . exames de laboratório e seus resultados;
 - . terapias alternativas;
 - . marco conceitual e metodologia de trabalho;
- Implementar técnicas de visualização orientada para a diminuição do estresse, fortalecimento da auto-imagem, auto-estima, potencialização do sistema imunológico, neurológico e drenagem do liquor para a cavidade abdominal - curto e longo prazo.
- Implementar técnica de relaxamento, musicoterapia e imposição de mãos - curto e longo prazo.

- Estimular a esposa do cliente a refletir melhor sobre a decisão de separação -- curto prazo.
- Estimular a verbalização da esposa e do filho acerca das dificuldades vivenciadas com a doença do cliente -- curto e longo prazo.
- Estimular a reflexão de alguns elementos da equipe de saúde acerca do isolamento e depressão do cliente, provocado pelo ambiente hospitalar -- curto e longo prazo.

A N E X O - 6

ANEXO 6 - SINOPSE DOS DADOS DE CAROL

NOME: Carol IDADE: 36 anos PROCEDÊNCIA: Cidade do Estado de S.C. Nº de hospitalizações anteriores: 05
 GRUPO DE RISCO: Toxicômano LOCAL DOS ENCONTROS: Hospital X e casa da cliente PESO: 48,50 Kg ALTURA: 1,73 m

MANIFESTAÇÕES DO PADRÃO DO CAMPO ENERGÉTICO DE CAROL

PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE			
A - PADRÃO FISIOLÓGICO	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e família	AIDS - DIA 02/06/89 (período da internação) Fonte: cliente, família, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO dia 12/09/89 FONTE: cliente, prontuário e equipe de saúde do Hospital
PADRÃO NUTRICIONAL-METABÓLICO	- cinco refeições diárias - dieta composta de: cereais, legumes, verduras, frutas, carnes, ovos, leite e seus derivados * ritmo alimentar sofreu diminuição durante o período em que usava drogas	- oscilação do ritmo alimentar - diminuição do apetite - emagrecimento - queda de cabelos	- dieta zero
PADRÃO DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL	- ritmo de eliminação intestinal diária - eliminação urinária refere como normal	- ritmo de eliminação intestinal oscilando de 2 a 3 dias - eliminação urinária - refere como normal - sudorese associada aos episódios febre	- eliminação urinária de cor amarela escura e fétida - oligúria (30 ml/hora de urina)
PADRÃO HIDROELETROLÍTICO	- ingestão diária de líquidos: 1 1/2 a 2 l	- pequena ingestão de líquidos - episódio de náuseas e vômitos - desidratação - soro G 5% - 1500 ml - 18 gts/min - soro F 0,9% - 100 ml EV - 12 gts/min	- ingestão diária de líquidos: zero - soro G 5% - 2000 ml EV - 24 gts/min - soro F 0,9% - 500 ml EV - 6 gts/min - KCl 19,1% - 5 ml em cada S.G.
PADRÃO DE SONO E REPOUSO	- ritmo de sono: 8 a 9 hs por noite - sono: tranquilo e profundo * ritmo sofreu diminuição durante o período em que usava drogas	- ritmo de sono irregular: ± 4 a 5 horas por noite - sono superficial com interrupções - insônia - pesadelos frequentes	- cliente em coma
PADRÃO RESPIRATÓRIO	- refere como normal	- eupnéica - dor na base do hemitórax direito anterior às respirações profundas	- respiração rápida, irregular e ruidosa - hipóxia - oxigenoterapia
PADRÃO CARDIOVASCULAR	- refere como normal	- PA: 110/60 mmHg - frequência cardíaca: 100 b.p.m.	- PA: 70/0 mmHg - falência cardíaca - anasarca

MANIFESTAÇÕES DO PADRÃO DO CAMPO ENERGÉTICO DE CAROL

PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

A - PADRÃO FISIOLÓGICO	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e família	AIDS - DIA 02/06/89 (período da internação) Fonte: cliente, família, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO dia 12/09/89 FONTE: cliente, prontuário e equipe de saúde do Hospital
PADRÃO NEUROLÓGICO	- refere como normal	- vertigens - cefaléia frontal - déficit motor e sensitivo na região lateral esquerda do corpo	- depressão da função cerebral
PADRÃO DE TERRORE- GLAÇÃO	- refere como normal	- episódio de febre - desde novembro de 1988	- episódios de febre
PADRÃO CUTÂNEO-MUCOSO	- refere como normal	- pele quente e úmida - candidíase digestiva - herpes genital tratada	- pele quente e úmida - candidíase digestiva - anasarca
PADRÃO IMUNOLÓGICO	- sem especificação * provavelmente sofrendo depressão em função do uso de drogas, do padrão desarmonico de personalidade e do estilo de vida da cliente	- imunodepressão acentuada - leucócitos: 800 p. mm ³	- imunodepressão acentuada
PADRÃO DE SEXUALI- DADE E REPRODUÇÃO	- relações sexuais frequentes - diversos parceiros - ritmo menstrual mensal	- diminuição da libido - esterilização - ligadura tubária - abstinência sexual	- diminuição da libido - abstinência sexual - esterilização - ligadura tubária
PADRÃO DE ATIVIDADE E EXERCÍCIOS	- ocupacional: comerciante Há alguns anos - telefonista e, posteriormente, doméstica - lazer: sem condições de especificar	- inatividade física e ocupacional - déficit motor e sensitivo na região lateral esquerda do corpo recusa em realizar fisioterapia nos membros afetados	- cliente em coma
PADRÃO DE LOCOMOÇÃO	- refere como normal	- desequilíbrio locomotor - prejudicada pelo déficit motor e sensitivo no membro inferior esquerdo - recusa em realizar fisioterapia no membro afetado - debilidade física e soro EV	- cliente em coma

MANIFESTAÇÕES DO PADRÃO DO CAMPO ENERGÉTICO DE CAROL

PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

B - PADRÃO PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e família	AIDS - DIA 02/06/89 (período da internação) Fonte: cliente, família, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO dia 12/09/89 FONTE: cliente, prontuário e equipe de saúde do Hospital
PADRÃO DE PERSONALIDADE	alegre expansiva sociável egoísta agressiva orgulhosa pessimista revoltada impaciente impulsiva prepotente incapaz de tolerar frus- tração	retraída egoísta impaciente insegura orgulhosa prepotente agressiva	revoltada impulsiva incapaz de tolerar frustração O padrão do dia 02/06 sofreu significativa diminuição dos traços de personalidade citados diminuição acentuada do egoísmo, agressividade, impaciência, incompreensão e da insegurança
PADRÃO DE SENTIMENTOS E EMOÇÕES	- conflitos existenciais desde a sua infância, decorrentes do suicídio da mãe e da relação desarmoniosa com os familiares - mágoa e raiva do ex-marido - amor pelo pai e filhos - instabilidade emocional	- insegurança pela doença e hospitalização - insegurança quanto ao tratamento recebido - medo da morte, do sofrimento e de não ser aceita pelos familiares - angústia, desespero, solidão e depressão - instabilidade emocional	- diminuição do medo acerca do sofrimento e da morte - diminuição da angústia, desespero, solidão e depressão - opção e aceitação da morte
PADRÃO COGNITIVO	ESCOLARIDADE: 2º grau incompleto sem condições de especificar outros aspectos	- desconhecimento do processo saúde-doença da AIDS - vida e morte - acredita na vida após a morte e em várias passagens por esse mundo - conhecimento superficial sobre AIDS	- crenças e valores sobre: - AIDS - decorrente da sua relação desarmoniosa com o seu "eu" e com o meio ambiente - conhecimento do processo saúde-doença
PADRÃO PERCEPTUAL			
Em relação à auto-estima e auto-imagem	- afetada negativamente pela relação desarmoniosa com os familiares	- afetada negativamente pela relação desarmoniosa com os familiares, pela AIDS e déficit motor e sensitivo na região lateral esquerda do corpo	- a percepção se manteve
Em relação a família	- desamor e desprezo dos familiares por ela - sempre contou com o apoio financeiro do seu pai	- acreditava contar com o apoio dos familiares	- rejeição da cliente pelos familiares, em função da AIDS - posteriormente, aceitação parcial da cliente pelos familiares

MANIFESTAÇÕES DO PADRÃO DO CAMPO ENERGÉTICO DE CAROL

PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

B - PADRÃO PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e família	AIDS - DIA 02/06/89 (período da internação) Fonte: cliente, família, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO dia 12/09/89 FONTE: cliente, prontuário e equipe de saúde do Hospital
Em relação à equipe de saúde	- sem condições de especificar	- discriminada pelo médico que fez inicialmente o diagnóstico em sua cidade - confiança e respeito pelo médico que a tratava - ansiedade pela falta de orientação acerca do processo saúde-doença da AIDS	- antes do dia 12/09 - desatenção por parte de alguns funcionários - insegurança em decorrência de contradições acerca do seu tratamento por parte da equipe médica
Em relação às perspectivas de vida	- perspectivas de iniciar uma vida nova com os filhos ao retornar da Itália	- perspectiva de isolamento, sofrimento e morte	- perspectiva de viver com a deficiência física, com dor e dependente das pessoas - não aceitação desta perspectiva e opção pela morte
Em relação ao ambiente hospitalar	- sem condições de especificar	- restrição de espaço - isolamento - altera ritmo alimentar e do sono - acentua o estresse e a depressão	- a percepção se manteve, acrescida das normas hospitalares que contribuem para o isolamento e depressão
PADRÃO ESPIRITUAL	- incapacidade de manifestar a espiritualidade	- incapacidade de manifestar a espiritualidade	- significativo desenvolvimento da espiritualidade

DIAGNÓSTICO - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES NO CAMPO ENERGÉTICO DE CAROL

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA			
A - PADRÃO FISIOLÓGICO	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e família	AIDS - DIA 02/06/89 (período de internação) Fonte: cliente, família, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO dia 12/09/89 FONTE: cliente, prontuário e equipe de saúde do Hospital
PADRÃO NUTRICIONAL-METABÓLICO	a) interferências no campo energético da cliente - uso de drogas (maconha, cocaína) - lacuna na aprendizagem	a) interferência no campo energético da doente - catabolismo associado à AIDS - estresse decorrente da situação vivenciada (doença, internação) - lacuna na aprendizagem - episódios de febre, náusea e vômitos b) interferência no ambiente - pouca opção em relação aos tipos de alimentos servidos no hospital - aparência e tempero dos alimentos não estimulam o apetite - uso de medicamentos que provocam distúrbios gastro-intestinais (tuberculostáticos e pirimetamina)	a) interferência no campo energético da cliente - falência do estado geral - metabolismo celular inadequado devido à perfusão tissular deficiente b) interferência no ambiente - incapacidade de recompor o padrão nutricional metabólico da cliente
PADRÃO DE ELIMINAÇÃO	- refere ausência de interferências	a) interferência no campo energético da cliente - pouca ingestão hidro-alimentar - infecções oportunistas b) interferência no ambiente - sem condições de especificar	a) interferência no campo energético da cliente - redução da perfusão renal - perfusão tissular deficiente - infecções oportunistas b) interferência no ambiente - incapacidade de recompor o padrão de eliminação da cliente
PADRÃO HIDRO-ELETROLÍTICO	- sem condições de especificar	a) interferência no campo energético da cliente - pouca ingestão de líquidos - febre e sudorese decorrentes das infecções oportunistas - episódios de vômitos - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - não promove orientação e mudanças - ausência de estímulo - medicações que provocam distúrbios gastro-intestinais (tuberculostáticos e pirimetamina)	a) interferência no campo energético da cliente - febre e sudorese decorrentes das infecções oportunistas - redução da perfusão renal b) interferência no ambiente - impossibilidade de recompor o padrão hidro-eletrolítico da cliente

DIAGNÓSTICO - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES NO CAMPO ENERGÉTICO DE CAROL

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA			
A - PADRÃO FISIOLÓGICO	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e família	AIDS - DIA 02/06/89 (período da internação) Fonte: cliente, família, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO dia 12/09/89 FONTE: cliente, prontuário e equipe de saúde do Hospital
PADRÃO DE SONO E REPOUSO	- sem condições de especificar	a) interferência no campo energético da cliente - estresse decorrente da situação vivenciada - episódios de febre, vômitos e dores na região lateral esquerda do corpo b) interferência no ambiente - barulho - administração de medicamentos	sem condições de especificar, cliente em coma
PADRÃO RESPIRATÓRIO	a) interferência no campo energético da cliente - uso de drogas (maconha e cocaína) - lacuna na aprendizagem - outros aspectos sem condições de especificar	a) interferência no campo energético da cliente - tuberculose pulmonar - estresse decorrente da situação vivenciada - lacuna na aprendizagem	a) interferência no campo energético da cliente - infecção oportunista - congestão pulmonar devido à falência cardíaca b) interferência no ambiente - impossibilidade de recompor o padrão respiratório da cliente
PADRÃO CARDIOVASCULAR	a) interferência no campo energético da cliente - uso de drogas (maconha e cocaína) - padrão de personalidade - lacuna na aprendizagem - outros aspectos sem condições de especificar	a) interferência no campo energético da cliente - estresse e depressão decorrentes da situação vivenciada (doença e hospitalização) - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - isolamento (hospitalização)	a) interferência no campo energético da cliente - infecções oportunistas - falência cardíaca - estase venosa b) interferência no ambiente - impossibilidade de recompor o padrão cardiovascular da cliente
PADRÃO NEUROLÓGICO	- sem condições de especificar	a) interferência no campo energético da cliente - toxoplasmose cerebral	a) interferência no campo energético da cliente - toxoplasmose cerebral? - insuficiência do fluxo sanguíneo ao cérebro (coma) - falência cardíaca e congestão pulmonar b) interferência no ambiente - impossibilidade de recompor o padrão neurológico da cliente

- . verbalizar e refletir sobre os seus medos e inseguranças acerca da doença, do sofrimento e da morte - curto e longo prazo.
 - . participar efetivamente no seu processo de recuperação - curto e longo prazo.
 - . desenvolver a sua capacidade de amar, ter fé, confiar e perdoar - curto e longo prazo.
 - . perceber a doença como um processo de aprendizagem e experiências - curto e longo prazo.
 - . desenvolver suas potencialidades para assumir a sua condição de homossexual e portador da AIDS perante si e perante os familiares - curto e longo prazo.
- Orientar o cliente sobre:
- . hidratação e alimentação adequadas;
 - . doença como processo de aprendizagem, experiências e como resultado de relações desarmônicas com o seu "eu" e com o meio ambiente;
 - . processo saúde-doença da AIDS e sistema imunológico;
 - . terapias alternativas;
 - . efeitos imunossupressores dos pensamentos desarmônicos e respostas emocionais inadequadas frente ao estresse;
 - . marco conceitual e metodologia de trabalho;
 - . medicações usadas no que se refere à dose, horário, indicações terapêuticas e efeitos colaterais;
 - . exames (gasometria, punção lombar, tomografia cerebral) e cirurgia;
- Implementar técnica de visualização orientada para a diminuição do estresse, fortalecimento da auto-estima e auto-confiança, potencialização do sistema imunológico, respiratório, diminuição do peristaltismo e supressão das lesões do sarcoma

de Kaposi - curto e longo prazo.

- Implementar técnica de imposição de mãos e toque - curto e longo prazo.
- Apoiar o cliente na realização dos exames e cirurgia - curto prazo.
- Desenvolver ações terapêuticas junto aos familiares - curto e longo prazo.
- Dar apoio e segurança ao cliente durante o período de desligamento do seu corpo somático - curto prazo.
- Dar apoio aos familiares durante e após o desligamento do seu campo somático - curto prazo.
- Avaliar periodicamente com o cliente as etapas do processo terapêutico - curto e longo prazo

ANEXO 3

TERAPIAS ALTERNATIVAS

TÉCNICA DE VISUALIZAÇÃO

Exemplo de uma técnica de visualização implementada em um dos clientes (adaptação do método apresentado no livro "Com a Vida de Novo" de Dr. Simonton, em conjunto com outros autores).

A técnica da visualização é composta de duas etapas: primeiro, a realização do relaxamento corporal e segundo, a visualização propriamente dita.

1 - Coloque-se em uma posição confortável numa cadeira, com os pés assentados no chão, ou então deitado na cama ou num tapete. O ambiente deve estar silencioso, de preferência, na penumbra e com a porta fechada, para que não haja interrupções. Utilize um fundo musical. A escolha das músicas deve visar o relaxamento e ao mesmo tempo ser da preferência do cliente.

2 - Tome consciência da sua respiração. (pausa)

3 - Inspire o ar pelas narinas e boca, com calma e profundamente, procurando expandir o músculo diafragma. Expire o ar pelas narinas, aproximadamente no mesmo intervalo de tempo gasto para inspirar e diga mentalmente "relaxe" (efetue no mínimo seis inspirações/expirações) (pausa demorada).

4 - Concentre-se no seu rosto e sinta as tensões dos olhos e da face. Crie uma imagem mental desta tensão - pode ser um nó

apertado de uma corda, um fio elástico esticado - Imagine este objeto perdendo a tensão e sinta o alívio, o relaxamento, em todo o rosto. (pausa)

5 - Enrijeça os seus olhos, face e relaxe sentindo a onda de relaxamento espalhando-se pelo seu corpo. (pausa)

6 - Faça o mesmo com as outras regiões do corpo. Passe lentamente por todas as regiões: pescoço, ombros, braços, ante-braços, mãos, dedos, tórax, costas, abdômem, quadris, genetais, coxas, e pernas, até os pés e os dedos. Enrijeça por momentos cada área e depois afrouxe, enquanto imagina mentalmente a tensão dissolvendo-se. Sinta-se como uma onda de relaxamento, que se espalha por todo o corpo. (pausa ao abordar cada região do corpo)

7 - Neste momento em que todo o seu corpo está completamente relaxado, transporte-se para uma praia que lhe agrada muito. (os lugares e as situações podem variar de acordo com a preferência do cliente). (pausa)

8 - Observe com atenção cada detalhe que compõe este ambiente. O céu azul, bem azul. O sol brilhando intensamente e aquecendo todo o seu corpo. Olhe para o mar, o azul e o brilho do sol refletindo em suas águas. Ouça os sons das ondas do mar e das gaivotas. Veja ao longe as montanhas e o verde das árvores que nela estão. Sinta o cheiro da maresia. (pausa em cada detalhe do ambiente).

9 - Caminhe pela areia e sinta o seu calor penetrar os seus pés a espalhar-se por todo o seu corpo. (pausa)

10 - Agora, silencie alguns instantes e sintonize-se com este ambiente. Sinta a paz e a harmonia que ele retrata. Perceba como cada detalhe deste ambiente está impregnado de amor, amor cósmico. Sinta estas energias de amor, paz e harmonia penetrar cada célula do seu corpo e irradiar-se por todo o seu campo de energia. (pausa ao abordar cada etapa)

11 - Você agora está impregnada destas energias. Sente-se maravilhosamente bem. Uma sensação de paz, harmonia, confiança e coragem toma conta de todo o seu ser. (pausa)

12 - Caminhe em direção às águas do mar. Enquanto caminha sinta as ondas baterem em seu corpo e a brisa suave e cálida roçar a sua pele e os seus cabelos. Deite-se suavemente nas águas do mar e deixe que o seu corpo flutue. Uma felicidade imensa a invade. (pausa)

13 - Enquanto flutua nas águas do mar, visualize todos os órgãos de seu corpo e sinta as energias de amor deste ambiente penetrar cada um deles. Perceba como cada órgão torna-se super energizado e o seu funcionamento integrado e em harmonia com os demais (Enfocar todos os órgãos do corpo, dando ênfase aos mais afetados) (Pausa ao abordar cada órgão).

14 - Agora visualize a sua corrente sanguínea. Veja o seu sangue correndo pelos milhares de vasos existentes em seu corpo. Um sangue de cor vermelho vivo, que vai se tornando cada vez mais energizado. Observe as células vermelhas e brancas. Perceba como elas se multiplicam rapidamente em milhares de novas células cheias de energia e de potencialidade. Visualizar as energias passando por todas os vasos sanguíneos, vitalizando todas as células de seu sangue e carregando consigo todas as impurezas, vírus, bactérias e tudo o que é nocivo a sua saúde. (Pausa ao abordar cada etapa).

15 - Visualizar todo o seu organismo funcionando ritmicamente e harmoniosamente (Pausa).

16 - Sinta a paz, a harmonia e a felicidade que existem em seu ser. Você é amor e vibra ritmicamente com todo o amor que existe no universo. Você é paz, é harmonia, é poder. Permita que esta energia de amor, que é você, flua livremente e se exteriorize, envolvendo todas as pessoas que o cercam, seus familiares, amigos, conheci-

dos, equipe de saúde, dentre outros. Você se sente agradecida a tudo que a cerca e até mesmo à doença, ao sofrimento, que lhe permitem desvelar o seu verdadeiro ser e redescobrir que você é amor, essência divina, poderosa e sempre presente em tudo que existe (pausa demorada).

17 - Deixe agora que sua consciência retorne ao seu corpo. Movimente gradativamente cada parte de seu corpo. Efetue seis movimentos respiratórios, iguais as do início. Enquanto respira, sinta a harmonia e a paz que existem em você. Abra os olhos, sentindo-se feliz e totalmente recuperada.

MUSICOTERAPIA

Apresento aqui algumas músicas utilizadas para energizar e harmonizar o campo de energia. A maioria das músicas foram utilizadas de acordo com o referencial de LINGERMAN (1990).

Para energizar o corpo físico:

Brahms - Danças Húngaras/Mendelssohn - Sonhos de Uma Noite de Verão/Mozart - O Rapto do Serralho, Don Giovanni e A Flauta Mágica/Shubert - Marcha Militar/Tchaikovsky - "Danças" de O Lago dos Cisnes e A Bela Adormecida/Verdi - "Marcha Triunfal" (de Aida)/Wagner - Os Mestres Cantores/Weber - Convite à Valsa/Beethoven - "Marcha Turca" (de As Ruínas de Atenas).

Para dissipar a raiva

Bach - Dois Concertos Para Dois Pianos/Handel - Concerto para Harpa/Schubert - Prelúdio para Rosamunda/Tchaikovsky - Sinfonia nº5 (último movimento)/Brahms - Concerto para Piano nº1.

Para superar o medo e depressão

Mozart - Sinfonia nº35 ("Haffner")/Mendelssohn - Sinfonia nº4 ("Italiana")/Handel - Música Aquática, Música dos Fogos de Artifício do Rei/Beethoven - Concerto para Piano nº5 ("O Imperador")/Dvorák - Sinfonia nº8 e Danças Eslavas.

Para aliviar o tédio

Liszt - Rapsódias Húngaras/Haydn - Concerto para Trompete.

Para proporcionar força e coragem

Beethoven - Concerto para Piano nº5 ("O Imperador") e Fantasia Coral para Piano e Orquestra/Brahms - Sinfonia nº2/ Richard Strauss - "O Nascer do Sol" (de Assim Falava Zaratustra).

Para relaxamento e devaneio

Ravel - Pavana Para uma Princesa Morta/Vivaldi - Concertos para Oboé/Wagner "Estrela Vésper" (de Tannhauser)/Zamfir - A Flauta Romântica de Pá.

* Utilizei também diversas músicas de Kitaro, tais como, The Mist, Caravansary, Mountain Streams, Pray, Ganga, Sunset,

DIAGNÓSTICO - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES NO CAMPO ENERGÉTICO DE CAROL

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA

A - PADRÃO FISIOLÓGICO	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e família	AIDS - DIA 02/06/89 (período da internação) Fonte: cliente, família, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO dia 12/09/89 FONTE: cliente, prontuário e equipe de saúde do Hospital
PADRÃO DE TERMORREGULAÇÃO	- sem condições de especificar	a) interferência no campo energético da cliente - infecções oportunistas	a) interferência no campo energético da cliente - infecções oportunistas b) interferência no ambiente - impossibilidade de recompor o padrão de termorregulação da cliente
PADRÃO CUTÂNEO MUCOSO	- sem condições de especificar	a) interferência no campo energético da cliente - imunodepressão - infecções oportunistas b) interferência no ambiente - uso de medicações imunodepressoras	a) interferência no campo energético da cliente - imunodepressão - infecções oportunistas - falência do estado geral b) interferência no ambiente - uso de medicações imunodepressoras - impossibilidade de recompor o padrão cutâneo-mucoso da cliente
PADRÃO IMUNOLÓGICO	a) interferência no campo energético da cliente - padrão de personalidade, de sentimentos e emoções desarmonicas - uso de drogas - uso compartilhado de seringa na aplicação da droga - diversos parceiros sexuais - lacuna na aprendizagem	a) interferência no campo energético da cliente - padrão de personalidade, de sentimentos e emoções desarmonicas - HIV - infecções oportunistas - lacuna na aprendizagem - estresse, depressão, insônia - má alimentação - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - uso de medicações imunodepressoras	a) interferência no campo energético da cliente - HIV - infecções oportunistas - incapacidade da cliente de recompor o sistema imunológico b) interferência no ambiente - uso de medicação imunodepressora - impossibilidade de recompor o sistema imunológico da cliente
PADRÃO DE SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO	a) interferência no campo energético da cliente - diversos parceiros sexuais - lacuna na aprendizagem	a) interferência no campo energético da cliente - infecção por HIV - estresse decorrente da situação vivenciada - lacuna na aprendizagem	a) interferência no campo energético da cliente - infecção por HIV - falência do estado geral b) interferência no ambiente - incapacidade de recompor o padrão de sexualidade da cliente

DIAGNÓSTICO - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES NO CAMPO ENERGÉTICO DE CAROL

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA

A - PADRÃO FISIOLÓGICO	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e família	AIDS - DIA 02/06/89 (período de internação) Fonte: cliente, família, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO dia 12/09/89 FONTE: cliente, prontuário e equipe de saúde do Hospital
PADRÃO DE ATIVIDADE E EXERCÍCIOS	- refere ausência de interferências	a) interferência no campo energético da cliente - infecções oportunistas - estresse e depressão - debilidade física e soro EV - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - não promove orientação e mudança - falta de estímulos - isolamento (hospitalização)	a) interferência no campo energético da cliente - infecções oportunistas - falência do estado geral b) interferência no ambiente - impossibilidade de recompor o padrão de atividade e exercícios da cliente
PADRÃO DE LOCOMOÇÃO	- refere ausência de interferências	a) interferência no campo energético da cliente - infecções oportunistas - debilidade física e soro EV - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - não promove orientação e mudanças - falta de estímulos	a) interferência no campo energético da cliente - infecções oportunistas - falência do estado geral b) interferência no ambiente - impossibilidade de recompor o padrão de locomoção da cliente
B - PADRÃO PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL			
PADRÃO DE PERSONALIDADE	a) interferência no campo energético da cliente egoísta pessimista agressiva impulsiva impaciente orgulhosa prepotente incapaz de revoltada tolerar insegura frustrações lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - relação desarmonica cliente-família - sem condições de especificar outras intercorrências	a) interferência no campo energético da cliente agressiva insegura egoísta revoltadada prepotente impulsiva impaciente incapaz de tolerar frustrações - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - relação desarmonica cliente-família - sem condições de especificar outras interferências	a) interferência no campo energético da cliente as interferências tornaram-se menos acentuadas b) interferência no ambiente - relação desarmonica cliente-família - sem condições de especificar outras intercorrências

DIAGNÓSTICO - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES NO CAMPO ENERGÉTICO DE CAROL

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA

B - PADRÃO PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e família	AIDS - DIA 02/06/89 (período da internação) Fonte: cliente, família, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO dia 12/09/89 FONTE: cliente, prontuário e equipe de saúde do Hospital
PADRÃO DE SENTIMENTOS E EMOÇÕES	a) interferência no campo energético da cliente - conflitos existenciais desde a sua infância decorrentes do suicídio da mãe e da relação desarmoniosa com os familiares - mágoa e raiva do ex-marido - instabilidade emocional - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - sem condições de especificar	a) interferência no campo energético da cliente - insegurança pela doença e hospitalização de febre, isolamento, - insegurança quanto ao tratamento recebido - medo da morte, do sofrimento e de não ser aceita pelos familiares - angústia, desespero, solidão e opressão - instabilidade emocional - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - meio hospitalar e família não contribuem para a diminuição das interferências no padrão de sentimentos e emoções da cliente - lacuna na aprendizagem	a) interferência no campo energético da cliente - as interferências tornaram-se menos acentuadas b) interferência no ambiente - se mantiveram
PADRÃO COGNITIVO	- sem condição de especificar	a) interferência no campo energético da cliente - desconhecimento do processo saúde-doença da AIDS - lacuna na aprendizagem - sem condições de especificar outras interferências b) interferência no ambiente - meio hospitalar não promove orientação acerca do processo saúde-doença da AIDS - lacuna na aprendizagem - sem condições de especificar outras interferências	a) interferência no campo energético da cliente - sem condições de especificar outras interferências b) interferência no ambiente - meio hospitalar não promove orientação acerca do processo saúde-doença da AIDS - sem condições de especificar outras interferências

DIAGNÓSTICO - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES NO CAMPO ENERGÉTICO DE CAROL

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA

8 - PADRÃO PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e família	AIDS - DIA 02/06/89 (período de internação) Fonte: cliente, família, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO dia 12/09/89 FONTE: cliente, prontuário e equipe de saúde do Hospital
--	---	--	---

PADRÃO PERCEPTUAL

Em relação à auto-estima e auto-imagem	<p>a) interferência no campo energético da cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> - relação desarmonica com os familiares - incapacidade para trabalhar a sua relação com os familiares - lacuna na aprendizagem - sem condições de especificar outras interferências <p>b) interferência no ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> - relação desarmonica dos familiares com a cliente - incapacidade dos familiares para trabalhar a relação com a cliente - lacuna na aprendizagem - sem condições de especificar outras interferências 	<p>a) interferência no campo energético da cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> - relação desarmonica com os familiares - incapacidade para trabalhar sua relação com os familiares - AIDS - déficit motor e sensitivo na região lateral esquerda do corpo - lacuna na aprendizagem - sem condições de especificar outras interferências <p>b) interferência no ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> - relação desarmonica dos familiares com a cliente - incapacidade dos familiares para trabalhar a relação com a cliente - lacuna na aprendizagem - sem condições de especificar outras interferências 	as interferências se mantiveram
Em relação à família	<p>a) interferência no campo energético da cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> - padrão de personalidade, sentimentos e emoções desarmonicas - estilo de vida - lacuna na aprendizagem - sem condições de especificar outras interferências <p>b) interferência no ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> - incapacidade da família de manifestar amor, compreensão e apoio - lacuna na aprendizagem - sem condições de especificar outras interferências 	<p>a) interferência no campo energético da cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> - padrão de personalidade, sentimento e emoções desarmonicas - lacuna na aprendizagem - sem condições de especificar outras interferências <p>b) interferência no ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> - incapacidade dos familiares de demonstrar amor, compreensão e apoio - meio hospitalar não promove mudanças no padrão de personalidade, sentimentos e emoções desarmonicas da cliente e família - lacuna na aprendizagem - sem condições de especificar outras interferências 	- as interferências no campo energético da cliente tornaram-se menos acentuadas
Em relação aos amigos	sem condições de especificar	sem condições de especificar	sem condições de especificar

DIAGNÓSTICO - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES NO CAMPO ENERGÉTICO DE CAROL

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA

B - PADRÃO PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e família	AIDS - DIA 02/06/89 (período da internação) Fonte: cliente, família, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO dia 12/09/89 FONTE: cliente, prontuário e equipe de saúde do Hospital
Em relação à equipe de saúde	sem condições de especificar	a) interferência no campo energético da cliente - ansiedade pela falta de orientação acerca do processo saúde-doença da AIDS pela equipe de saúde - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - lacuna na aprendizagem - preconceito e discriminação do médico que fez inicialmente o diagnóstico, em relação aos usuários de drogas e clientes com AIDS - não promove mudanças no campo da cliente e na sua relação com o meio ambiente	antes de dia 12/09 a) interferência no campo energético da cliente - insegurança em decorrência de contradições acerca do tratamento por parte da equipe médica - insegurança pela desatenção de um funcionário ao lhe dar medicação não prescrita b) interferência no ambiente - as interferências se mantiveram, somadas à desatenção por parte de alguns funcionários
Em relação às perspectivas de vida	sem condições de especificar	a) interferência no campo energético da cliente - crenças e valores sobre a impossibilidade de viver sendo portadora da AIDS - impotência para superar a situação vivenciada - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - crenças e valores sobre AIDS - representação social da AIDS - lacuna na aprendizagem	a) interferência no campo energético da cliente - incapacidade para viver com a deficiência física, com dor e dependente das pessoas b) interferência no ambiente - as interferências se mantiveram
Em relação ao ambiente hospitalar	sem condições de especificar	a) interferência no campo energético da cliente - restrição de espaço - isolamento e solidão - altera ritmo alimentar, de sono - acentua o estresse e a depressão	as interferências se mantiveram, acrescidas das normas hospitalares que contribuíram para o isolamento e depressão

DIAGNÓSTICO - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES NO CAMPO ENERGÉTICO DE CAROL

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA

B - PADRÃO PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e família	AIDS - DIA 02/06/89 (período da internação) Fonte: cliente, família, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO dia 12/09/89 FONTE: cliente, prontuário e equipe de saúde do Hospital
PADRÃO ESPIRITUAL	a) interferência no campo energético da cliente - potencialidade de amar, ter fé, perdoar, compreender e suportar o sofrimento pouco desenvolvida b) interferência no ambiente - potencialidade de amar, perdoar e compreender pouco desenvolvida - lacuna na aprendizagem - sem condições de especificar outras interferências	a) interferência no campo energético da cliente - potencialidade de amar, ter fé, perdoar, compreender e enfrentar o sofrimento pouco desenvolvida - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - potencialidade de amar, perdoar e compreender pouco desenvolvida - lacuna na aprendizagem - sem condições de especificar outras interferências	- as interferências no campo energético se mantiveram, embora menos acentuadas - as interferências no ambiente se mantiveram

META E OBJETIVOS -- PRINCÍPIO DA HELICIDADE

META

Redirecionar o curso ritmo do processo vital de Carol através da harmonização do seu campo energético e da sua relação com o meio ambiente.

OBJETIVOS

PADRÃO FISIOLÓGICO

- Estimular a ingestão hidro-alimentar - curto prazo
- Auxiliar mudança de decúbito de 2/2 horas - curto prazo.
- Auxiliar na higiene oral e corporal quando necessário - curto prazo.
- Puncionar veia e controlar as infusões e gotejamentos dos soros - curto prazo.
- Providenciar alimentação natural - curto prazo.
- Estimular a realização de fisioterapia nos membros afetados - curto e longo prazo.
- Programar caminhadas com auxílio e aumento gradativo de distância - curto e longo prazo.
- Substituir sonífero por chá de melissa - curto prazo.
- Controlar a temperatura corporal de 2/2 horas, procurando mantê-la entre 36 a 37,5°C e a cliente confortável - curto prazo.
- Conversar com o médico sobre os efeitos prejudiciais dos soníferos prescrito - curto prazo.

- Providenciar corte de cabelo da cliente - curto prazo.
- Controlar o peso corporal da cliente - curto prazo.
- Comunicar ao médico a leucorréia da cliente e sugerir exame ginecológico - curto prazo.
- Instalar oxigenoterapia - curto prazo.
- Manter posição que facilite uma boa função respiratória - curto prazo.
- Fazer visita domiciliária - curto prazo.
- Retirar a cliente do hospital por algum período - curto prazo.
- Controlar as eliminações da cliente - curto prazo

PADRÃO PSICOLÓGICO (PERCEPTUAL - COGNITIVO) E ESPIRITUAL

- Fortalecer as condições da cliente sobre as suas possibilidades de recuperação - curto e longo prazo.
- Estimular a cliente a:
 - . verbalizar e refletir sobre os seus medos e inseguranças em relação à doença, ao sofrimento, à morte, à viver fora do hospital e ao convívio com os familiares - curto e longo prazo;
 - . desenvolver a sua capacidade de amar, ter fé, perdoar, compreender e aceitar a doença e o sofrimento - curto e longo prazo;
 - . refletir sobre a sua responsabilidade no processo saúde-doença da AIDS - curto e longo prazo;
 - . mobilizar a sua força interior para a efetivação do seu processo de recuperação e harmonização com o seu "eu" e com o

- meio ambiente - curto e longo prazo;
- . a falar sobre os seus sentimentos e emoções acerca da situação vivenciada - curto e longo prazo;
- . desenvolver padrões de pensamentos, sentimentos e emoções harmônicas - curto e longo prazo;
- . participar efetivamente do seu processo de recuperação - curto e longo prazo;
- . a perceber a doença como um processo de aprendizagem e experiências - curto e longo prazo;
- . detectar os efeitos danosos dos soníferos no seu organismo - curto prazo;
- . compreender as dificuldades apresentadas pelos familiares em conviver com a sua situação - curto e longo prazo;
- . refletir sobre o desenvolvimento da AIDS, a partir da história do seu processo vital - curto e longo prazo;
- . assumir a sua condição de portadora da AIDS, mas sem se auto-discriminar - curto e longo prazo;
- . a participar do grupo "Amor a Vida" - curto e longo prazo.
- Dialogar com a cliente sobre as suas crenças e valores ligados à morte, visando diminuir medos e inseguranças - curto e longo prazo;
- Auxiliar a cliente a modificar a sua atitude frente ao tratamento, aos familiares e equipe de saúde - curto e longo prazo;
- Fornecer material para leituras sobre terapias alternativas e assuntos ligados ao desenvolvimento de suas potencialidades e à busca de uma melhor qualidade de vida - curto e longo prazo.
- Orientar a cliente sobre:
 - . hidratação e alimentação adequadas;

- . processo saúde-doença da AIDS e sistema imunológico;
 - . modelo do homem unitário;
 - . doença como processo de aprendizagem e experiências, e como resultado de relações desarmônicas com o seu "eu" e com o meio ambiente;
 - . terapias alternativa;
 - . importância do equilíbrio emocional no seu processo de recuperação;
 - . efeitos imunossupressores dos pensamentos desarmônicos e respostas emocionais inadequadas frente ao estresse;
 - . efeitos danosos dos soníferos no seu organismo;
 - . medicações usadas no que se refere à dose, horário, indicações terapêuticas e efeitos colaterais;
 - . exames de laboratório e seus resultados;
 - . técnicas utilizados (visualização, do-in, imposição de mãos, massagem corporal e musicoterapia).
- Infundir coragem e confiança visando estimular a cliente a superar as dificuldades vivenciadas - curto prazo
 - Implementar técnica de visualização orientada para as regiões do cérebro, pulmões, aparelho digestivo, potencialização do sistema imunológico, fortalecimento da auto-estima, auto-imagem e bem estar geral - curto e longo prazo
 - Implementar técnicas de do-in, massagem corporal, musicoterapia e imposição de mãos - curto e longo prazo
 - Fortalecer a auto-estima e auto-imagem da cliente - curto e longo prazo
 - Orientar a família sobre processo saúde-doença da AIDS e da tuberculose - curto prazo.
 - Dialogar com os familiares visando a mudança de atitudes das mesmas em relação a condição da cliente de portadora da AIDS

- curto e longo prazo.
- Estimular a compreensão de alguns funcionários da seção de enfermagem em relação ao comportamento agressivo da cliente - curto e longo prazo.
- Contactar com a família objetivando a visita do pai da cliente e sua ida para casa - curto prazo
- Avaliar periodicamente com a cliente as etapas do processo terapêutico - curto e longo prazo
- Tentar, junto a equipe de saúde do hospital, a modificação de algumas normas da instituição - curto e longo prazo
- Estimular os enfermeiros do hospital a implantar o processo de enfermagem - curto e longo prazo

A N E X O - 7

ANEXO 7 - SINOPSE DOS DADOS DE RICARDO

NOME: Ricardo IDADE: 45 anos PROCEDÊNCIA: Florianópolis Nº de hospitalizações anteriores: 00
 GRUPO DE RISCO: Homossexual LOCAL DOS ENCONTROS: Hospital X PESO: 70,00 Kg ALTURA: 1,83 m

MANIFESTAÇÕES DO PADRÃO DO CAMPO ENERGÉTICO DE RICARDO

PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

A - PADRÃO FISIOLÓGICO	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e mãe	AIDS - DIA 12/06/89 (período da internação) FONTE: cliente, mãe, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO DIA: 02/07/89 FONTE: mãe, prontuário e observações do profissional
PADRÃO NUTRICIONAL-METABÓLICO	<ul style="list-style-type: none"> - quatro refeições diárias - dieta composta de: cereais, legumes, verduras, frutas, carnes, ovos, leite e seus derivados - ingestão de dieta para úlcera gástrica há ± 1 ano - perda gradual do apetite há ± 1 ano 	<ul style="list-style-type: none"> - oscilação do ritmo alimentar - diminuição acentuada do apetite - emagrecimento (2,5 Kg) - dieta constipante e para úlcera 	<ul style="list-style-type: none"> - dieta zero
PADRÃO DE ELIMINAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - ritmo de eliminação intestinal diária, pela manhã - eliminação urinária - refere como normal 	<ul style="list-style-type: none"> - diarreia - 11 vezes à noite - pequena quantidade - 5 vezes no período da manhã - pequena quantidade - eliminação urinária - refere como normal - suoresse (++) associada aos episódios de febre 	<ul style="list-style-type: none"> - enterorragia - ± 10 vezes - sempre com coágulos em grande quantidade - oligúria (< 30 ml/hora de urina) - Dreno de penrose nos flancos direito e esquerdo: ± 15 ml de secreção sero-sanguinolenta - dreno tubular na incisão cirúrgica: ± 50 ml de sangue - suoresse (+++/4) acentuada
PADRÃO HIDROELETROLÍTICO	<ul style="list-style-type: none"> - ingestão diária de líquidos: 1 1/2 l a 2 l 	<ul style="list-style-type: none"> - ingestão diária de líquidos: 2 a 3 copos por dia (500 a 600 ml) - soro B.- 5% 1000 ml EV - 12 gts/min - soro F.- 0,9% 1500 ml EV-18 gts/min - KCl - 19,1% 5 ml em cada S.G. 	<ul style="list-style-type: none"> - ingestão diária de líquidos: zero - soro B-10% 500 ml EV 6 gts/min - soro F-0,9% 1000 ml EV 12 gts/min - KCl 19,1% 10 ml no SG - Maenacel 500 mg EV
PADRÃO DE SONO E REPOUSO	<ul style="list-style-type: none"> - ritmo de sono: 08 horas por noite - sono tranquilo e profundo - insônia após problemas financeiro 	<ul style="list-style-type: none"> - insônia - ritmo irregular: ± 3 a 4 horas por noite - sono superficial com interrupções 	<ul style="list-style-type: none"> - ritmo de sono: irregular - sono superficial com interrupções

MANIFESTAÇÕES DO PADRÃO DO CAMPO ENERGÉTICO DE RICARDO

PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

A - PADRÃO FISIOLÓGICO	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e mãe	AIDS - DIA 12/06/89 (período de internação) FONTE: cliente, mãe, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO DIA: 02/07/89 FONTE: mãe, prontuário e observações do profissional
PADRÃO RESPIRATÓRIO	- bronquite aos três anos de idade - refere como normal	- frequência respiratória: 24 24 mov/min - tosse não produtiva persistente decorrente de irritação na região próxima às cordas vocais	- respiração rápida e irregular - hipóxia
PADRÃO CARDIOVASCULAR	- refere como normal	- P.A. 140/70 mm Hg - frequência cardíaca: 108 b.p.m.	- PA: 60/30 mm Hg - Frequência cardíaca: 108 b.p.m. - falência cardíaca - hipóxia de membros inferiores
PADRÃO NEUROLÓGICO	- refere como normal	- refere como normal - orientado no tempo e espaço	- hemiparesia e hipostasia no M.I.D. desde 19/06 - depressão profunda da função cerebral
PADRÃO DE TERMORREGULAÇÃO	- refere como normal	- episódios de febre desde o dia 06/06	- hipotermia
PADRÃO CUTÂNEO-MUCOSO	- alergia a picada de insetos	- manchas violáceas na face, dorso e abdome - lesão na mucosa da região próxima às cordas vocais - pele quente e úmida durante os episódios de febre	- manchas violáceas na face, dorso e abdominais - candidíase oral - lesão na mucosa da região próxima às cordas vocais - pele fria e úmida
PADRÃO IMUNOLÓGICO	- sem especificação * provavelmente sofrendo depressão em função do estresse, má alimentação e insônia	- imunodepressão	- imunodepressão acentuada
PADRÃO DE SEXUALIDADE	- conflitos desde a infância decorrentes da sua tendência homossexual	- conflitos desde a infância decorrentes da sua tendência homossexual - abstinência sexual	- o padrão do dia 12/06 se manteve
PADRÃO DE ATIVIDADE E EXERCÍCIOS	- ocupacional: comerciante - há ± 1 ano sem ocupação definida - lazer: sem condições de especificar	- inatividade física e ocupacional	- o padrão do dia 12/06 se manteve
PADRÃO DE LOCOMOÇÃO	- refere como normal	- prejudicado pela fraqueza e soro EV	- incapacidade de locomoção

MANIFESTAÇÕES DO PADRÃO DO CAMPO ENERGÉTICO DE RICARDO

PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

B - PADRÃO PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e mãe	AIDS - DIA 12/06/89 (período da internação) Fonte: cliente, mãe, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO DIA: 02/07/89 FONTE: mãe, prontuário e observações do profissional
PADRÃO DE PERSONALIDADE	introverso inseguro desconfiado pessimista retraído exigente impulsivo incapaz de tolerar frustração incapaz de assumir perante os familiares a condição de homossexual	introverso inseguro desconfiado pessimista retraído reflexivo incapaz de tolerar frustração incapaz de assumir perante os familiares a doença e a condição de homossexual	padrão de personalidade do dia 12/06 se manteve
PADRÃO DE SENTIMENTOS E EMOÇÕES	- conflitos existenciais, desde a sua infância, decorrentes da condição de homossexual - mágoa e raiva do irmão mais velho e de uma pessoa que o lesou - amor pela mãe e irmão mais novo - ansiedade, depressão e tristeza há ± 1 ano - instabilidade emocional	- medo do sofrimento, de não ser aceito pelos familiares pela doença e condição de homossexual - angústia, desespero, solidão, ansiedade, depressão e tristeza - insegurança pela doença e hospitalização depressão - instabilidade emocional - esperança de alta hospitalar em curto período de tempo	- diminuição do medo acerca do sofrimento - diminuição da angústia, desespero, ansiedade - aceitação da morte
PADRÃO COGNITIVO	ESCOLARIDADE: 2º grau, um ano de química, seis ou sete anos de línguas inglesa e francesa, três anos de língua espanhola e dois anos de literatura brasileira e portuguesa - sem condição de especificar outros aspectos	- conhecimento superficial sobre AIDS - sem condições de especificar outros aspectos	- sem condições de especificar
PADRÃO PERCEPTUAL			
Em relação à auto-estima e auto-imagem	- afetada negativamente pela condição de homossexual	- afetada negativamente pela condição de homossexual, pelas manchas violáceas do sarcoma de Kaposi e AIDS	Até o dia 02/07 - a percepção se manteve
Em relação a família	- sempre conta com o apoio da mãe e do irmão mais novo	- conta com o apoio da mãe e irmão mais novo, embora desconheçam a condição de homossexual e de portador da AIDS	- conta com o apoio da mãe e irmão mais novo, embora desconheçam a condição de homossexual

MANIFESTAÇÕES DO PADRÃO DO CAMPO ENERGÉTICO DE RICARDO

PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

B - PADRÃO PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e mãe	AIDS - DIA 12/06/89 (período da internação) Fonte: cliente, mãe, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO DIA: 02/07/89 FONTE: mãe, prontuário e observações do profissional
Em relação à equipe de saúde	- demora no diagnóstico do sarcoma de Kaposi por um profissional da área médica	- especialista da área - atencioso	Antes do dia 02/07 - falta de sigilo de alguns funcionários do serviço de enfermagem quando comentam as ocorrências relativas a outros clientes em seu quarto - ansiedade pela falta de esclarecimento por parte de alguns profissionais da área médica, acerca da evolução do seu quadro clínico
Em relação às perspectivas de vida	- perspectiva de dificuldade financeira e profissional	- perspectiva de dificuldade financeira, profissional, de isolamento, sofrimento e morte	- a percepção se manteve
Em relação ao ambiente hospitalar	- sem condições de especificar - primeira hospitalização	- restrição de espaço - isolamento - altera ritmo alimentar, do sono - acentua o estresse e a depressão	- a percepção manteve
PADRÃO ESPIRITUAL	- incapacidade de manifestar a espiritualidade	- incapacidade de manifestar a espiritualidade	- significativo desenvolvimento da espiritualidade

DIAGNÓSTICO - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES NO CAMPO ENERGÉTICO DE RICARDO

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA

A - PADRÃO FISIOLÓGICO	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e mãe	AIDS - DIA 12/06/89 (período da internação) Fonte: cliente, mãe, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO DIA: 02/07/89 FONTE: mãe, prontuário e observações do profissional
PADRÃO NUTRICIONAL-METABÓLICO	a) interferência no campo energético do cliente - úlcera gástrica e duodenal - preocupação financeira e ocupacional - estresse e depressão - lacuna na aprendizagem	a) interferência no campo energético do cliente - catabolismo associado à AIDS - febre, diarreia - estresse e depressão decorrentes da situação vivenciada (doença, internação e preocupação com os familiares) - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - pouca opção em relação aos tipos de alimentos servidos no hospital - forma de servir a dieta - pratos repletos - alimentos preparados com muito sal, temperos e gorduras - medicação: incoemetacina	a) interferência no campo energético do cliente - falência do estado geral - metabolismo celular inadequado devido à perfusão tissular deficiente b) interferência no ambiente - incapacidade de recompor o padrão nutricional metabólico do cliente
PADRÃO DE ELIMINAÇÃO	- refere ausência de interferências	a) interferência no campo energético do cliente - infecção oportunista, lesões de sarcoma de Kaposi no trato gastrintestinal ou de origem idiopática ? b) interferência no ambiente - risco de contaminação pelo HIV através das fezes	a) interferência no campo energético do cliente - lesão difusa no cólon sem possibilidade cirúrgica - hipovolemia - redução da perfusão renal, devido à constricção das arteríolas aferentes e eferentes e a desvio de sangue dos glomérulos - perfusão tissular deficiente b) interferência no ambiente - risco de contaminação pelo HIV através das eliminações do cliente - impossibilidade de recompor o padrão de eliminação do cliente
PADRÃO HIDRO-ELETROLÍTICO	- sem condições de especificar	a) interferência no campo energético do cliente - perda de líquidos e eletrólitos, diarreia, febre e sudorese - lacuna na aprendizagem	a) interferência no campo energético do cliente - perda de líquidos e eletrólitos: enterorragia, secreção do dreno e sudorese b) interferência no ambiente - impossibilidade de recompor o padrão hidro-eletrolítico do cliente

DIAGNÓSTICO - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES NO CAMPO ENERGÉTICO DE RICARDO

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA.

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA.			
A - PADRÃO FISIOLÓGICO	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e mãe	AIDS - DIA 12/06/89 (período da internação) Fonte: cliente, mãe, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO DIA: 02/07/89 FONTE: mãe, prontuário e observações do profissional
PADRÃO DE SONO E REPOUSO	a) interferência no campo energético do cliente - preocupação financeira e ocupacional - estresse e depressão	a) interferência no campo energético do cliente - vários episódios de diarreia à noite - estresse e depressão decorrentes da situação vivenciada (doença, internação e preocupação com os familiares) b) interferência no ambiente - barulho - administração de medicamentos	a) interferência no campo energético do cliente - vários episódios de enterorragia à noite - preocupação com a proximidade da morte b) interferência no ambiente - barulho - administração de medicamentos
PADRÃO RESPIRATÓRIO	sem condições de especificar	a) interferência no campo energético do cliente - lesão de sarcoma de Kaposi próximo à região das cordas vocais ?	a) interferência no campo energético do cliente - pneumonia por Pneumocystis carinii (P.P.C.) - congestão pulmonar devido à falência cardíaca b) interferência no ambiente - impossibilidade de recompor o padrão respiratório do cliente
PADRÃO CARDIOVASCULAR	sem condições de especificar	a) interferência no campo energético do cliente - estresse e depressão decorrentes da situação vivenciada (doença, internação e preocupação com os familiares) b) interferência no ambiente - isolamento (hospitalização)	a) interferência no campo energético do cliente - hipovolemia e hipoproteïnemia - ativação do sistema nervoso simpático - estase venosa b) interferência no ambiente - impossibilidade de recompor o padrão cardiovascular do cliente
PADRÃO NEUROLÓGICO	sem condições de especificar	sem condições de especificar	a) interferência no campo energético do cliente - toxoplasmose cerebral ? - insuficiência do fluxo sanguíneo ao cérebro (coma profundo) - anemia e insuficiência respiratória b) interferência no ambiente - impossibilidade de recompor o padrão neurológico do cliente

DIAGNÓSTICO - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES NO CAMPO ENERGÉTICO DE RICARDO

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA			
A - PADRÃO FISIOLÓGICO	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e mãe	AIDS - DIA 12/06/89 (período da internação) Fonte: cliente, mãe, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SONÁTICO DIA: 02/07/89 FONTE: mãe, prontuário e observações do profissional
PADRÃO DE TERMORREGULAÇÃO	sem condições de especificar	a) interferência no campo energético do cliente - infecções oportunistas não diagnosticada	a) interferência no campo energético do cliente - perfusão tissular deficiente - infecções oportunistas não diagnosticada b) interferência no ambiente - impossibilidade de recompor o padrão de termorregulação do cliente
PADRÃO CUTÂNEO-MUCOSO	a) interferência no campo energético do cliente - alteração da resposta imunitária	a) interferência no campo energético do cliente - sarcoma de Kaposi - infecção oportunista não diagnosticada	a) interferência no campo energético do cliente - imunodepressão - sarcoma de Kaposi vasoconstricção com aumento da resistência arteriolar b) interferência no ambiente - impossibilidade de recompor o padrão cutâneo-mucoso de cliente
PADRÃO IMUNOLÓGICO	a) interferência no campo energético do cliente - padrão de personalidade, de sentimentos e emoções desarmônicas - HIV positivo há 8 ou 10 anos? - estresse, depressão, insônia e lacuna na aprendizagem	a) interferência no campo energético do cliente - padrão de personalidade, de sentimentos e emoções desarmônicas - HIV - sarcoma de Kaposi e diarreia - estresse, depressão, insônia e má-alimentação - lacuna na aprendizagem	a) interferência no campo energético do cliente - padrão de personalidade, de sentimentos e emoções desarmônicas - HIV - sarcoma de Kaposi, toxoplasmose?, pneumonia, enterorragia - incapacidade do cliente de recompor o sistema imunológico b) interferência no ambiente - impossibilidade de recompor o sistema imunológico do cliente

DIAGNÓSTICO - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES NO CAMPO ENERGÉTICO DE RICARDO

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA

A - PADRÃO FISIOLÓGICO	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e mãe	AIDS - DIA 12/06/89 (período da internação) Fonte: cliente, mãe, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO DIA: 02/07/89 FONTE: mãe, prontuário e observações do profissional
PADRÃO DE SEXUALIDADE	a) interferência no campo energético do cliente - não aceitação da condição de homossexual - diversos parceiros - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - valores e crenças negativas em relação à homossexualidade - estigmas culturais e religiosos impostos ao homossexual por muitos segmentos da sociedade	a) interferência no campo energético do cliente - não aceitação da condição de homossexual e de portador da AIDS - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente - valores e crenças negativas em relação à homossexualidade - estigmas culturais e religiosos impostos ao homossexual por muitos segmentos da sociedade	a) interferência no campo energético do cliente - não aceitação da condição de homossexual e de portador da AIDS b) interferência no ambiente - valores e crenças negativas em relação à homossexualidade - estigmas culturais e religiosos impostos ao homossexual por muitos segmentos da sociedade - impossibilidade de recompor o padrão de sexualidade do cliente
PADRÃO DE ATIVIDADE E EXERCÍCIOS	a) interferência no campo energético do cliente - úlcera gástrica e duodenal levando à necessidade de mudar de ocupação b) interferência no ambiente - dificuldade de encontrar um emprego	a) interferência no campo energético do cliente - infecção oportunista não diagnosticada - fraqueza b) interferência no campo ambiental - isolamento (hospitalização)	a) interferência no campo energético do cliente - sarcoma de Kaposi, toxoplasmose cerebral?, pneumonia e enterorragia - falência do estado geral b) interferência no ambiente - isolamento (hospitalização) - impossibilidade de recompor o padrão de atividades e exercícios
PADRÃO DE LOCOMOÇÃO	- refere ausência de interferências	a) interferência no campo energético do cliente - infecção oportunista não diagnosticada - fraqueza - hidratação EV	a) interferência no campo energético do cliente - sarcoma de Kaposi, toxoplasmose cerebral?, pneumonia e enterorragia - falência do estado geral b) interferência no ambiente - impossibilidade de recompor o padrão de locomoção do cliente

DIAGNÓSTICO - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES NO CAMPO ENERGÉTICO DE RICARDO

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA

B - PADRÃO PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e mãe	AIDS - DIA 12/06/89 (período da internação) Fonte: cliente, mãe, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO DIA: 02/07/89 FONTE: mãe, prontuário e observações do profissional
PADRÃO DE PERSONALIDADE	<p>a) interferência no campo energético do cliente</p> <p>inseguro impulsivo desconfiado incapaz de tolerar frustração pessimista retraído exigente</p> <p>incapaz de assumir perante os familiares a doença e a condição de homossexual</p> <p>lacuna na aprendizagem</p> <p>b) interferência no ambiente sem condições de especificar</p>	<p>a) interferência no campo energético do cliente</p> <p>inseguro incapaz de tolerar frustração desconfiado pessimista retraído</p> <p>incapaz de assumir perante os familiares a doença e a condição de homossexual</p> <p>lacuna na aprendizagem</p> <p>b) interferência no ambiente sem condições de especificar</p>	As interferências no padrão de personalidade do cliente se mantiveram
PADRÃO DE SENTIMENTOS E EMOÇÕES	<p>a) interferência no campo energético do cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> - conflitos emocionais decorrentes da condição de homossexual - mágoa e raiva do irmão mais velho e de uma pessoa que o lesou - ansiedade, depressão e tristeza há ± 1 ano - instável emocionalmente - lacuna na aprendizagem <p>sem condições de especificar</p>	<p>a) interferência no campo energético do cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> - medo do sofrimento, de não ser aceito pelos familiares, pela doença e condição de homossexual - angústia, desespero, solidão, ansiedade, depressão e tristeza - insegurança pela doença e hospitalização - instável emocionalmente - lacuna na aprendizagem <p>b) interferência no ambiente sem condições de especificar</p>	As interferências no padrão de emoções se mantiveram, entretanto houve diminuição do medo acerca do sofrimento, da angústia, desespero e ansiedade
PADRÃO COGNITIVO	sem condições de especificar	sem condições de especificar	sem condições de especificar
PADRÃO PERCEPTUAL	<p>a) interferência no campo energético do cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> - não aceitação da condição de homossexual <p>b) interferência no ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> - estigmas culturais e religiosos impostos aos homossexuais por muitos segmentos da sociedade 	<p>a) interferência no campo energético do cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> - não aceitação de homossexual e de portador da AIDS <p>b) interferência no ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> - estigmas ligados ao homossexualismo e AIDS 	as interferências se mantiveram
Em relação à família	sem condições de especificar	sem condições de especificar	sem condições de especificar

DIAGNÓSTICO - INTERFERÊNCIAS DISSONANTES NO CAMPO ENERGÉTICO DE RICARDO

PRINCÍPIO DA RESSONÂNCIA

B - PADRÃO PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL	ANTES DA AIDS FONTE: cliente e mãe	AIDS - DIA 12/06/89 (período da internação) Fonte: cliente, mãe, prontuário e observações do profissional	DESLIGAMENTO DO CAMPO SOMÁTICO DIA: 02/07/89 FONTE: mãe, prontuário e observações do profissional
Em relação à equipe de saúde	a) interferência no campo energético do cliente - retardo no início do tratamento b) interferência no ambiente - lacuna de aprendizagem sobre a AIDS	sem condições de especificar	a) interferência no campo energético do cliente - ansiedade e preocupação com o sigilo da situação pessoal b) interferência no ambiente - lacuna de aprendizagem - relação profissionais-cliente inefetiva
Em relação às perspectivas de vida	a) interferência no campo energético do cliente - mudanças das atividades profissionais - dificuldade de conseguir novo emprego	a) interferência no campo energético do cliente - impotência para enfrentar a condição de homossexual e portador da AIDS, perante a família e amigos b) interferência no ambiente - estigmas ligados ao homossexualismo e à AIDS - informações sobre AIDS, divulgadas anteriormente pela imprensa falada e escrita, induzindo ao medo e preconceito - AIDS considerada uma doença incurável - lacuna na aprendizagem	as interferências se mantiveram
Em relação ao ambiente hospitalar	sem condições de especificar	a) interferência no campo energético do cliente - restrição de espaço - isolamento e solidão - altera ritmo alimentar, de sono - acentua o estresse e a depressão	as interferências se mantiveram
PADRÃO ESPIRITUAL	a) interferência no campo energético do cliente potencialidade de amar, ter fé, perdoar e enfrentar o sofrimento pouco desenvolvida - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente sem condições de especificar	a) interferência no campo energético do cliente potencialidade de amar, ter fé, perdoar e enfrentar o sofrimento pouco desenvolvida - lacuna na aprendizagem b) interferência no ambiente sem condições de especificar	as interferências se mantiveram. Contudo as capacidades de ter fé, perdoar, enfrentar o sofrimento e aceitar a morte apresentaram um desenvolvimento significativo

METAS E OBJETIVOS -- PRINCÍPIO DA HELICIDADE

META

Redirecionar o curso rítmico do processo vital de Ricardo, através da harmonização do seu campo energético e da sua relação com o meio ambiente.

OBJETIVOS

PADRÃO FISIOLÓGICO

- Controlar as infusões e gotejamento dos soros - curto prazo.
- Controlar os episódios de diarreia quanto ao número das evacuações e consistência das fezes - curto prazo.
- Implementar precauções entéricas - curto prazo.
- Estimular a ingestão de 1 1/2 a 2 litros de líquidos por dia.
- Verificar o turgor da pele - curto prazo.
- Manter contato com a nutricionista, visando melhorar a dieta fornecida - curto prazo.
- Estimular a ingestão de alimentos (dieta constipante e para úlcera péptica) - curto prazo.
- Controlar os episódios de febre de 2/2 horas, procurando manter a temperatura corporal entre 36º a 37,5º C e o cliente confortável - curto prazo.
- Estimular pequenas caminhadas com auxílio - curto prazo.

- Observar as expectorações quanto à quantidade e cor - curto prazo.
- Implementar fisioterapia pulmonar - curto prazo.
- Controlar sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória) de 1/1 hora - curto prazo.
- Observar cor da pele e esforço ao respirar - curto prazo.
- Manter posição que facilite uma boa função respiratória - curto prazo.
- Auxiliar na higiene oral e corporal quando necessário - curto prazo.
- Estimular a mudança de decúbito de 2/2 horas - curto prazo.
- Conversar com o médico os efeitos prejudiciais do medicamento prescrito - curto prazo.
- Desenvolver fisioterapia nos membros inferiores - curto e longo prazo.

PADRÃO PSICOLÓGICO (PERCEPTUAL - COGNITIVO) E ESPIRITUAL

- Fortalecer as convicções do cliente sobre as suas possibilidades de recuperação - curto e longo prazo.
- Trabalhar com o cliente os seus sentimentos e emoções desarmônicos, procurando extinguí-los - curto e longo prazo.
- Fortalecer a auto-estima e auto-imagem do cliente - curto e longo prazo.
- Fornecer textos sobre terapias alternativas - curto prazo.
- Estimular o cliente a:
 - . desenvolver padrões de pensamentos positivos - curto e longo prazo.