

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FUNDAMENTADA NO**

**MODELO DE NANCY ROPER**

estudo de casos de clientes infectados pelo HIV

TEREZINHA SILVÉRIO DE MELO

RIO DE JANEIRO - RJ

1991

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FUNDAMENTADA NO  
MODELO DE NANCY ROPER**

- estudo de casos de clientes infectados pelo HIV

EXAMINADORES:

1. Cilei Chaves Rhodus

2. Dely Gonçalves de Abreu

3. Shirley Correia da Costa

TEREZINHA SILVÉRIO DE MELO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FUNDAMENTADA NO  
MODELO DE NANCY ROPER**

- estudo de casos de clientes infectados pelo HIV

Dissertação apresentada ao corpo do  
cente da Escola de Enfermagem Anna  
Nery da Universidade Federal do Rio  
de Janeiro como requisito necessário  
à obtenção do grau de Mestre em En  
fermagem.

RIO DE JANEIRO - RJ

1991

ORIENTADORA:

Professora Doutora  
Cilei Chaves Rhodus

CO-ORIENTADORA:

Professora Doutora  
Milca Severino Pereira

"Começou-se por separar o homem da natureza e por fazer dele um reino soberano, acreditando-se, assim, que se apagava seu caráter mais irrecusável, o de ser antes de mais nada, um ser vivo. E fechando-se os olhos a esta propriedade comum, abriu-se caminho a todos os abusos. Nunca como ao final dos quatro últimos séculos de sua história, o homem ocidental compreendeu que arrogando-se o direito de separar radicalmente a humanidade da animalidade, entregando a um tudo o que se retirava ao outro, abria um círculo maldito e que a mesma fronteira, constantemente deslocada para trás, serviria para separar os homens uns dos outros, e reivindicava, em benefício de algumas minorias cada vez mais restritas, o privilégio de um humanismo corrompido desde seu nascimento, por ter feito do amor-próprio seu princípio e sua noção."

(Claude Lévi-Strauss)

Dedicat6ria:

Dedico os m6ritos deste trabalho a  
Gugucho, Cisclinho e Pop6, meus tr6s  
amores e,

Cristiano Alberto (in memoria), com  
muitas saudades.

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Os momentos mais complexos de nossa vida são compartilhados , pessoas participam, às vezes de forma definitiva, nas tomadas de deci sões. Agradeço ao MESTRE MAIOR, FONTE DE SABEDORIA; aos meus pais pela presença silenciosa; aos meus irmãos pelo apoio incondicional; à douto ra Cilei Chaves Rhodus, orientadora desta dissertação, pela paciência e compreensão; e à doutora Milca Severino Pereira, co-orientadora, pela ponderação, incentivo e trabalho incansável. Sem ajuda de vocês eu não teria conseguido concluir este trabalho.

## RECONHECIMENTOS

Este trabalho é o resultado do esforço conjunto de várias pessoas. Reconheço a participação comprometida de:

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás - UFG.

Fundação de Apoio à Pesquisa - FUNAPE.

Direção da Faculdade de Enfermagem e Nutrição da UFG, Chefia do Departamento de Enfermagem e Coordenação local do Mestrado.

Direção da Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ e Coordenação de Pós-Graduação e Mestrado.

Colegas do Departamento de Enfermagem da FEN/UFG.

Colegas do Curso de Mestrado.

Equipe multiprofissional do Ambulatório Bias Fortes/HC da Universidade Federal de Minas Gerais.

Equipe de Enfermagem do Hospital Eduardo de Menezes/MG.

Clientes e familiares que participaram dos estudos de casos como sujeitos da pesquisa.

Professor Jurandir Alves de Moraes, pela revisão de português.

## S U M Á R I O

	PAG.
RESUMO .....	IX
SUMMARY .....	X
 <b>CAPÍTULO I</b>	
INTRODUÇÃO .....	
 <b>CAPÍTULO II</b>	
2. UMA ABORDAGEM TEÓRICA .....	8
2.1 O Modelo de Enfermagem de Nancy Roper .....	8
2.2 A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS .....	20
2.2.1 Epidemiologia .....	20
2.2.2 Como a doença ocorre .....	22
 <b>CAPÍTULO III</b>	
3. METODOLOGIA .....	29
3.1 A inserção nos serviços de saúde .....	29
3.1.1 A nível ambulatorial .....	30
3.1.2 A nível hospitalar .....	32
3.2 A delimitação do grupo de estudo .....	34
3.3 A coleta dos materiais .....	34
3.4 A sistematização e análise dos materiais .....	38

**CAPÍTULO IV**

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS MATERIAIS .....	40
4.1 Apresentação dos materiais .....	40
4.1.1 A definição dos casos .....	41
4.1.2 Os casos .....	46
4.2 Descobrendo o fenômeno .....	94
4.2.1 O histórico de enfermagem .....	94
4.2.2 O modo de viver .....	100
4.3 Cuidando dos clientes .....	120
4.3.1 Assistência ambulatorial .....	127
4.3.2 Assistência hospitalar .....	133
4.3.3 Assistência domiciliar .....	139
4.4 Avaliação do continuum dependência-independência .....	146
5. CONSIDERAÇÕES GERAIS .....	154
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	158
7. ANEXOS .....	163

## RESUMO

O trabalho trata da validação do Modelo de Nancy Roper na prestação da assistência de enfermagem a clientes infectados pelo Virus da Imunodeficiência Humana (HIV). O estudo foi realizado dentro da abordagem qualitativa, tipo estudo de caso. Prestei assistência de enfermagem a oito (8) clientes portadores de HIV, a nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar, segundo os pressupostos teóricos e filosóficos de Nancy Roper. Verifiquei, entre outros aspectos, que a utilização do modelo permite uma abordagem holística e individualizada do cliente, além de evidenciar a necessidade da participação da pessoa e grupo familiar no processo de assistência. A minha percepção sobre cliente portador de HIV, a partir do seu modo de viver evidencia dicotomias ainda não resolvidas na enfermagem. O método permite oferecer uma assistência de enfermagem sistematizada nos níveis de atenção primária, secundária, terciária, e reabilitação para a saúde. A sua aplicação na assistência domiciliar é facilitada por ocorrer mais próximo ao ambiente natural do cliente, também abrangendo seu grupo social.

## S U M M A R Y

This paper discusses the validations of Nancy Roper Model for rendering nursing care to Human Immunodeficient Virus (HIV) infected clients. Study was carried out through qualitatively approached case study. I have cared to eight HIV positive clients on hospital, clinic and home level on nursing terms, according to Nancy Roper's theoretic and philosophic postulates. I have verified, among the aspects, that the use of the model allows a holistic and individualized approach to client, as well as make clear the need of participation of the individual and of a HIV positive client, starting with his way of life, puts into evidence dicotomies as yet unsolved by the nursing. The Method allows to propose a systemized nursing assistance on level of elementary, secondary, tertiary an rehabilitation level to health, its application to home care is much easier because of closeness to client's normal surroundings, also enclosing his social group.

## CAPÍTULO I

### INTRODUÇÃO

A enfermagem tem sido definida como ciência e arte de cuidar. Este conceito é bastante geral e o seu detalhamento tem gerado conflitos e busca de melhores entendimentos desta atividade do ser humano.

ALMEIDA<sup>(2)</sup> faz uma análise histórica da construção do saber da enfermagem e o define como "o instrumental que seus agentes utilizam para realizar o seu trabalho, instrumental este legitimado e reproduzido pelo ensino desta prática". Neste aspecto, os conhecimentos científicos que fundamentam o exercício da enfermagem é entendido como resultado da própria prática.

Até a década de 50, a enfermagem era vista como não científica e suas ações estavam baseadas na intuição. As técnicas eram o principal instrumento a ser considerado, "a fim de tornar o trabalho de enfermagem possível dentro de uma hierarquia de poder, com o objetivo principal de auxiliar o trabalho médico e moralizar os agentes da enfermagem". (ALMEIDA<sup>(2)</sup>)

Após esta época iniciou-se a enfermagem com bases científicas. "O saber de enfermagem na década de 50 procura delinear-se buscando uma fundamentação para as técnicas de enfermagem ..." (ALMEIDA<sup>(2)</sup>)

Novo enfoque para a enfermagem surge no final da década de 60 e toda a década de 70, através da construção do corpo de conhecimentos específicos de enfermagem. (ALMEIDA<sup>(2)</sup>)

No Brasil, OLIVEIRA<sup>(31)</sup> em 1964, evidencia a necessidade de

a enfermagem desapegar-se de práticas tradicionais e sem evidência científica. Juntamente com HORTA<sup>(20)</sup> propõem a construção de um corpo de conhecimentos científicos constituído de teorias e da metodologia sistematizada para a prestação da assistência.

As teorias de enfermagem representam a tentativa da construção do seu saber científico. Este fato retrata "a preocupação dos enfermeiros em tornar a profissão mais consistente em termos de teorias que expliquem e direcionem a prática e que desta extraiam novos princípios e pressupostos para auxiliar no processo de decisões que ocasionem mudanças reais". (PAULA E KAMIYAMA<sup>(35)</sup>)

A literatura sobre o assunto tem mostrado que a produção das teorias trouxe poucas mudanças para a prática. OLIVEIRA<sup>(32)</sup> entende que todas as teorias de enfermagem analisam o receptor do cuidado, qual seja o indivíduo, grupos de indivíduos, familiares ou comunidades, que estando sadios ou doentes necessitam de ajuda. Algumas utilizam o enfoque holístico na abordagem ao indivíduo, outras referem a sociedade e o meio-ambiente como interferentes na prática profissional.

As teorias, como toda criação do homem, são provisórias. Como disse CARVALHO<sup>(10)</sup> "as teorias estão aí, pode-se dizer, nascentes e em número finito, a espera de que possamos refutá-las, mas não na base do "eu penso", "eu acho", ou "eu prefiro". A ocasião é a da pesquisa, e precisamos submetê-las a testes, se é que desejamos comprovar a enfermagem como ciência". Todas elas são boas a priori, seu uso é que determina sua veracidade.

A minha necessidade de fundamentação teórico-filosófica para

a prática da enfermagem surgiu do cotidiano de ensinar alunos de graduação a cuidar de pessoas que apresentavam problemas relativos às doenças transmissíveis. Os enfermeiros do campo de prática não utilizavam o processo de enfermagem sistematicamente. Decorria daí uma dificuldade sentida em relação aos alunos, pois os orientava para procederem à aplicação da metodologia científica sistematizada na prestação da assistência aos clientes. Criou-se o impasse do significado prático do processo de enfermagem.

As etapas do processo de enfermagem constituem-se apenas numa metodologia. É preciso fundamentar este processo por um referencial filosófico, dar-lhe sentido humano, transpor a rigidez do método e da técnica, incorporando-lhe sentido de vida. O interesse pelo fenômeno de dar significado de vida ao processo de enfermagem persistiu em mim por algum tempo.

ELSEN<sup>(13)</sup> salienta que a crítica às teorias de enfermagem está limitada aos cursos de pós graduação como exercícios meramente didáticos, e que embora possam apresentar altos níveis qualitativos ficam mantidos no âmbito fechado das salas de aula. Meu primeiro contato com a proposta de Nancy Roper ocorreu no curso de mestrado, como estudos da Disciplina Teorias de Enfermagem.

Embora não se tratando especificamente de uma teoria, mas de um modelo, assim considerada pelos estudiosos, havia nesta proposta um referencial filosófico que me chamou a atenção de maneira especial. Mais que por qualquer teoria eu quis me aprofundar, desvendar-lhe a essência. A melhor maneira seria levá-la para fora da sala de aula, experienciá-la na prática.

De acordo com MELEIS<sup>(27)</sup>, a estratégia prática-pesquisa-teoria, para desenvolvimento de uma teoria, é aquela em que sua "origem está em uma situação prática, e nesta estratégia prega-se que nós todos vamos à situação prática com teorias e modelos, e que nós atuamos nestas situações com toda a experiência clínica prévia. Aplicar o Modelo de Nancy Roper a situações práticas, tornou-se um desafio em busca da humanização do processo de enfermagem.

TURNER<sup>(45)</sup> alerta que é tempo de tirarmos as nossas vendas. A tecnologia por mais avançada não consegue resolver todos os problemas da humanidade. Não existe um mundo ideal, e os problemas atuais estão a exigir enfoques sistemáticos e humanísticos dos profissionais das diversas áreas.

Para FOLTA<sup>(16)</sup>, o dualismo tecnologia-humanismo coloca a enfermagem no ponto intermediário, oscilando ora para o extremo do humanismo, ora para o extremo da ciência, e propõe o aperfeiçoamento da nossa ciência-tecnologia e da nossa arte-humanidade, de tal forma a criarmos uma síntese de ambos os polos. A tecnologia deve ser empregada a toda a humanidade, objetivando a melhoria da qualidade de vida.

Compartilho com MARTINS<sup>(26)</sup> a esperança de que "o enfermeiro assuma uma consciente e lúcida ação profissional, cujo compromisso político seja com o Homem e não com a dominação e a opressão de qualquer espécie. Ação que vise maior participação das pessoas nas decisões que lhe dizem respeito." Este caminho começa por uma mudança nos conceitos de ser humano e de enfermagem, em conhecer-se e conhecer o outro.

O enfrentamento do dualismo teoria-prática, na enfermagem, precisa ser de modo a se completar, dialeticamente, em constante consciên

tização e crescimento da enfermagem como prática social.

O enfoque de ROPER<sup>(38,39,40)</sup>, o conhecimento do modo de viver do outro permite uma visão holística do ser humano. A assistência de enfermagem objetiva ajudar o indivíduo a desempenhar suas atividades de vida cotidiana com independência, conforme a sociedade em que vive, de forma individualizada e humanizada. De acordo com SANTIAGO<sup>(42)</sup>, a utilização do enfoque holístico na interação com o cliente é especialmente relevante porque considera o momento histórico em que esteja vivendo.

No Modelo de ROPER<sup>(38,39,40)</sup>, a ênfase está no ser humano. O todo é maior que a soma das partes, um todo indivisível, físico, psicológico e social. Para SANTIAGO<sup>(41)</sup>, no enfoque holístico, é a harmonia e o equilíbrio entre corpo, mente e espírito, que permitem um estado ótimo de saúde.

A abordagem humanista do cliente pela equipe de enfermagem passou, a partir da década de 80, a se deparar com um outro problema: os portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). A princípio eram apenas notícias vindas de outros países. Mas aos poucos o problema tornou-se realidade. Passei a deparar, na prática, com esses clientes; junto com eles emergiram novas propostas tecnológicas e humanísticas de tratamento.

Para LACAZ<sup>(23)</sup>, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) "trouxe à tona o medo e o pânico, levando à alterações significativas das interações interpessoais no contexto social em que vivemos. Vem sobretudo, modificando comportamentos, suscitando ódios, despertando preconceitos e até mesmo lendas". Cuidar de paciente portador do HIV tornou-se um desafio para mim.

Os problemas relacionados à AIDS evidenciam questões sérias da enfermagem e da nossa sociedade, aflorando valores, tabus e os diversos dualismos ainda não resolvidos individual e socialmente.

O portador do HIV é, antes de tudo, um ser humano, sistema aberto, que estabelece relações e realiza atividades vitais no seu dia-a-dia. Algumas dessas relações são críticas por estarem ligadas ao estigma do HIV.

CASTRO<sup>(11)</sup>, em trabalho realizado em cinco hospitais do município de São Paulo, que recebem clientes acometidos pela AIDS, verificou que a assistência de enfermagem não é sistematizada e que "a falta de humanização na assistência está relacionada ao próprio fato de ser a síndrome um estigma social". A literatura mostra que os enfermeiros estão mais preocupados com a área técnica, no âmbito hospitalar.

A assistência de enfermagem ao portador do HIV nos hospitais de São Paulo, segundo CASTRO<sup>(11)</sup>, não é sistematizada, uma vez que 86% dos enfermeiros não utilizam o processo de enfermagem.

ARANTES<sup>(5)</sup> salienta que o portador da AIDS é muito dependente, não só física mas psicologicamente. MENEGHIN<sup>(28)</sup>, na mesma linha, coloca o cliente portador do HIV, como essencialmente da enfermagem, e que, pelo fato de a doença não ter cura até o momento, seu tratamento fica limitado ao controle das doenças oportunistas, ao oferecimento de apoio e à presença humana.

Os casos de clientes portadores do HIV foram aumentando nos campos de prática da disciplina que ministro. Senti a necessidade de conhecer melhor o problema, para poder prestar uma assistência de

melhor qualidade. A resposta à preocupação em prestar assistência a esses clientes se apresentou com o uso do processo de enfermagem sob o enfoque do modo de viver.

Assim como AGUILLAR<sup>(1)</sup> considero que a assistência de enfermagem baseia-se em instrumental teórico e técnico e que a teoria deve advir da prática e em seguida retornar a ela em forma de subsídios para a reformulação e conseqüente aprimoramento.

( A assistência de enfermagem sistematizada necessita fundamentar-se em um referencial teórico e filosófico; o cuidar é individualizado, integral e visa a promoção da independência do cliente para suas atividades de vida cotidiana; a aplicação de uma teoria de enfermagem se faz pelo uso de um modelo que permita sua adequação à realidade social em que foi utilizado. Partindo destes princípios, apliquei o Modelo de assistência de enfermagem, proposta por Nancy Roper, a pessuas infectadas pelo HIV, através de estudos de casos qualitativos. )

Defini como objetivos deste trabalho:

- interpretar o Modelo de Roper;
- verificar a adequação do Modelo de Roper;
- levantar fatores que interferem na sua implementação ou aplicabilidade;
- analisar a assistência de enfermagem prestada a nível ambulatorial, hospitalar e domiciliar.

## CAPÍTULO II

## 2. UMA ABORDAGEM TEÓRICA

## 2.1 - O Modelo de Enfermagem de Nancy Roper

Nancy Roper, enfermeira inglesa, desenvolveu seu modelo através de pesquisa realizada com 774 pacientes internados por diferentes causas, em hospital da Inglaterra. Seus estudos estão publicados em três livros:

- THE ELEMENTS OF NURSING (ROPER et al - 1980)<sup>(38)</sup>, apresenta um modelo de enfermagem, tendo como foco doze atividades de vida. O processo de Enfermagem, em suas quatro etapas, é desenvolvido por enfermeiras, levando em consideração o Modo de Viver (MV) de cada cliente.

- LEARNING TO USE THE PROCESS OF NURSING (ROPER et al - 1981)<sup>(39)</sup>, descreve como os princípios teóricos e filosóficos de Roper podem ser aplicados na prática. O trabalho se desenvolve sob a forma de estudo de casos. "Os pacientes não são reais, mas realísticos". É o elo de ligação entre o 1º e 3º livro.

- USING A MODEL FOR NURSING (ROPER et al - 1983)<sup>(40)</sup>, são relatados nove estudos de casos qualitativos, onde colaboradores enfermeiros experimentam o Modelo em clientes de clínicas diferentes, inclusive no domicílio. Como forma de contribuição para a enfermagem, oferecem reflexões sobre a aplicação desta metodologia de assistência.

A principal esperança da autora é que, ao propor este Modelo, venha a contribuir para que enfermeiras e estudantes de enfermagem desenvolvam uma linha de pensamento sobre a profissão, enfocando os pro

blemas dos clientes a partir das suas atividades de vida, através de uma assistência individualizada e sistematizada.

### 2.1.1 - O Modelo

POLETTI<sup>(36)</sup>, ao analisar as teorias e modelos de enfermagem, diz que modelo é uma ilustração simbólica, expressa em termos lógicos, de uma situação relativamente simples, que demonstra a estrutura do sistema original; uma representação conceitual da realidade. Não é a realidade em si mesma, mas sim, uma abstração ou uma reconstrução da realidade.

No campo da enfermagem, criou-se diversos modelos, mas os teóricos continuam examinando outros, a fim de identificar as teorias e leis que estão fundamentando estes modelos. Geralmente o desenvolvimento detalhado de uma teoria precede a construção do modelo. Contudo, frequentemente, é a partir de um modelo que se chega à maior compreensão de uma teoria, POLLETTI<sup>(36)</sup>.

ROPER<sup>(38,39,40)</sup> ao desenvolver sua linha de pensamento, adota alguns pressupostos teóricos de Virgínia Henderson, outros são equivalentes aos de Dorothea Orem. Os conceitos de autocuidado e ajuda estão frequentes em seu trabalho, como meio para se avaliar e atingir a independência do cliente.

Embora na literatura e a própria Roper conceituar seu trabalho como Modelo, POLETTI<sup>(36)</sup> refere-se a ele como uma teoria. "A teoria de enfermagem de Nancy Roper apresenta uma clara vantagem sobre as outras teorias apresentadas nesta obra: é fácil de compreender, de

explicar e de utilizar".

O Modelo Roper não se restringe à definição de diretrizes de ação, como forma de implementação da teoria. Este modelo vai além, trazendo em sua essência uma abordagem filosófica, política e humanística, confundindo-se assim com teoria de enfermagem.

POLETTI<sup>(36)</sup> classifica as teorias em 4 níveis:

- primeiro nível: isolar ou dar nome aos fatores;
- segundo e terceiro níveis: teorias de relação, consiste em inter-relacionar os fatores;
- quarto nível: teorias prescritivas.

Para que uma teoria seja prescritiva deve atender a três exigências:

- definir a meta desejada. ROPER<sup>(38)</sup> estabelece que a meta da enfermagem é promover a aquisição, a manutenção ou restauração da independência máxima para cada cliente;
- estabelecer as indicações das ações a realizar, para alcançar a meta. ROPER<sup>(38)</sup> defende a aplicação do Processo de Enfermagem, nas suas quatro etapas, sistematicamente, como forma de se conseguir a assistência de enfermagem desejada. O autocuidado é uma ação intrínseca ao pensamento de Roper, como forma de o cliente, individualmente, atingir o grau de independência desejado;
- dirigir as ações para a meta. Para esta exigência, seis aspectos são considerados fundamentais: quem executa; quem é o receptor; em que contexto teve lugar; qual o objetivo

final; qual o procedimento, técnica ou protocolo que dirige; qual a fonte de energia que permite esta atividade.

Para ROPER<sup>(38)</sup> quem executa ações de enfermagem é a enfermeira, historicamente definida. Desde os tempos remotos, pessoas doentes exigiam e recebiam tratamento, muito antes de a enfermagem transformar-se em uma profissão organizada. No decorrer do último século, a enfermagem está associada, na opinião do público, ao tratamento dos doentes. Na medida em que a enfermeira envolveu-se, mais profundamente, com os cuidados para a cura, veio a ocupar uma posição estratégica. Ela é o elo entre procedimentos frequentemente estressantes, tecnicamente complexos e de responsabilidade dos médicos, associados ao estado da doença, e à manutenção cotidiana das funções físicas e mentais, que são vitais para o conforto do cliente, e muito importantes para ele, como indivíduo.

O conceito de enfermagem de Roper é dinâmico, contextualizado e acompanha o desenvolvimento da sociedade. A enfermagem acontece diferentemente nos diversos países. O principal motivo desta diferenciação é o nível de desenvolvimento econômico determinante da qualidade de vida e saúde da população. Roper defende que os cuidados de enfermagem devam ser individualizados, e reconhece o contexto social de fundamental importância para uma assistência adequada.

Para ROPER<sup>(38)</sup> um sistema de saúde centralizado na assistência hospitalar está orientado mais para o tratamento da doença do que para a sua prevenção. O papel da enfermagem dentro de semelhante sistema é alvo de questionamentos. As enfermeiras e outros profissionais da área da saúde estão sentindo a importância de enfatizar a manutenção da

saúde, a prevenção da doença, o incentivo do autocuidado, bem como promover ao máximo, a independência do cliente segundo a própria capacidade.

POLETTI<sup>(36)</sup> resume o conceito de ser humano de Roper como "sistema aberto, em relação com o seu meio ambiente. Adapta-se, cresce, desenvolve-se, tende para a independência e caracteriza-se pelas atividades que empreende". Assim, é o receptor das ações da enfermagem.

O conceito de saúde, tal qual o de enfermagem é historicamente contextualizado, o componente individual é importante na aplicação de sua proposta, como um julgamento puramente pessoal, por parte do indivíduo, a sensação de bem-estar ou a sensação de sentir-se mal. A saúde poderá ser definida como sendo uma relação entre a sensação subjetiva experimentada e o fato de o indivíduo assim pensar. Ressalta-se que o pensar é socialmente definido.

Não existe um estado perfeito de saúde. Saúde-doença é um estado determinado multifatorialmente, e em diversas combinações num determinado indivíduo, recebendo influências da hereditariedade, ambiente, idade, circunstâncias e cultura, dentre outros aspectos.(ROPER<sup>(38)</sup>).

Os fatores sociais que estão contribuindo para evolução dos problemas sanitários, incluindo pobreza e super-população; os fatores culturais que determinam os estilos pessoais de vida, como opções alimentares e o significado simbólico dos eventos críticos, nascimento, doença, morte; os fatores ambientais incluindo os efeitos da água e da poluição do ar, condições sanitárias e de trabalho precárias; fatores psicológicos inclusive manifestações passadas dentro do comportamento atual, são consideradas por Roper como intervenientes no continuum

saúde-doença, merecendo especial atenção no planejamento e implementação da assistência de enfermagem.

Roper critica o sistema de saúde fundamentado no tratamento das doenças, modelo dependente de médicos para tratamento da saúde, centralizado na assistência hospitalar. Este sistema é tido como ultrapassado nos países desenvolvidos. Apesar de ter promovido grandes progressos tecnológicos, envolve altos gastos e atende a uma minoria da população. Os conceitos de saúde e doença é que definem o sistema de tratamento de saúde, embora o padrão econômico de cada país determine o nível do desenvolvimento do serviço oferecido.

Salienta o sistema básico de saúde como a melhor opção, porque enfoca o contexto total e integralizado com o ambiente, envolvendo não apenas o setor saúde, mas todos os aspectos relacionados com o desenvolvimento nacional e comunitário, exigindo uma ação coordenada de todos os setores do governo central, regional e local. A mudança do enfoque da saúde para os cuidados básicos é um desafio para a enfermagem, principalmente na área da educação para a saúde e no incremento do autocuidado.

O exercício da enfermagem é responsabilidade da enfermeira. Com a criação do método de divisão do trabalho, a enfermeira ao implementar o Processo de Enfermagem, distribui atividades a técnicos e auxiliares e ainda cuida para que se trabalhe em equipe, de forma mais adequada. "Todos os membros de uma equipe têm particular interesse em todos os clientes do grupo, assim a equipe pode saber pormenorizadamente o plano de tratamento de cada cliente". (ROPER<sup>(39)</sup>)

O método de distribuição de tarefas é criticado por ROPER<sup>(40)</sup>, como uma forma de fragmentação do cliente. Os membros da equipe desenvolveriam tarefas isoladas. Para evitar esta situação, defende a assistência planejada, sob coordenação da enfermeira, através de reunião diária com o líder da equipe, quando é possível comentar, reavaliar, discutir, identificar problemas, sugerir soluções e rever objetivos.

ROPER<sup>(39)</sup> recomenda que na estrutura do sistema de saúde, dentro da equipe de enfermagem, a enfermeira distrital, parteira comunitária e visitadora domiciliar, são elementos importantes para completar a assistência holística.

A enfermeira deve trabalhar integrada à equipe multiprofissional. A assistência de enfermagem que enfoca o cliente nas suas atividades de vida cotidiana, coloca-o sob responsabilidade da enfermeira, que age independentemente no sentido de promover-lhe a auto-suficiência, dentro de limitações de incapacidades ou disfunções, de ajudá-lo a permanecer bem, ou, se for o caso, a encarar a morte com dignidade, ROPER<sup>(39)</sup>.

A enfermeira não só contribui para cuidados diretos ao cliente, mas também, segundo Roper, deve ocupar cargos dentro da administração e planejamento, no sistema estruturado de saúde, desenvolver pesquisas com o compromisso de fortalecer a enfermagem enquanto ciência e profissão social, formar novos recursos humanos de forma atualizada, garantindo a boa qualidade da enfermagem que oferece à sociedade.

Após a apresentação dos aspectos da teoria descritiva relacionados ao enfermeiro, ao cliente, ao contexto social, ao modo de vida das pessoas e ao objetivo final do cuidar, faz-se necessário destacar os procedimentos técnicos ou fontes de energia dirigidas à enfermagem.

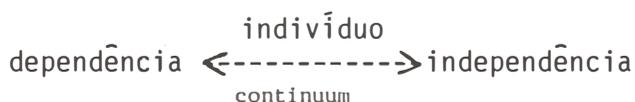
Segundo ROPER<sup>(38,39)</sup>, o Processo de Enfermagem com enfoque no modo de viver é uma metodologia que viabiliza uma assistência adequada. Seu Modelo parte da idéia de que indivíduos necessitados de cuidados de enfermagem estão sendo afetados por algum tipo de problema de saúde, real ou em potencial, interferindo no seu cotidiano em relação ao desempenho das funções vitais.

### 2.1.2 Etapas do Processo de Enfermagem

A — Coleta de dados - levantamento do continuum do cliente.

O padrão avaliativo é a atividade do modo de viver do cliente, que poderá ser coletada sem seqüencia definida. Em algumas circunstâncias nem toda informação será necessária.

Todo o indivíduo, em determinado momento, encontra-se num ponto do continuum para cada uma das atividades, variando de grau no sentido dependência-independência. O indivíduo desloca-se para um sentido ou outro, segundo as circunstâncias.



Para ROPER<sup>(38,39,40)</sup>, a pessoa tem necessidade de ajuda em quatro grupos de atividades de vida:

- atividades de vida cotidiana;
- atividades dirigidas à prevenção;
- atividades dirigidas à busca do conforto;
- atividades de investigação.

As atividades de vida cotidiana, em número de 12, permitem a satisfação das necessidades humanas básicas. Os fatores físico, psicológico e social vão interferir no grau de dependência-independência para essas atividades: manutenção do ambiente seguro, comunicação, respiração, alimentação e hidratação, eliminação, higiene individual e vestuário, manutenção da temperatura corporal, mobilidade, trabalho e lazer, expressão da sexualidade, sono e repouso e percepção da morte.

No que se refere às atividades dirigidas à prevenção, à busca do conforto e às atividades de investigação, estão intrinsecamente relacionadas ao primeiro grupo, atividades de vida cotidiana.

Uma determinada ação que irá cumprir a atividade de respiração, poderá também estabelecer o conforto, ou atender à prevenção. O trabalho não só é uma atividade básica em nossa sociedade, como poderá prevenir a delinquência, trazer o conforto material, como ser uma atividade de investigação, de busca do saber. "Quanto mais elevado é o nível de saúde de um país, alarga-se a lista destas atividades, que em geral são destinadas a promover a máxima independência". (ROPER<sup>(39)</sup>)

A coleta de dados para a avaliação do grau de dependência-independência do cliente, para cada atividade de vida, é contínua, através da observação livre e interação da enfermeira com o cliente.

O objetivo desta etapa do processo é a identificação de problemas atuais ou potenciais da saúde do cliente e que são passíveis da assistência por parte da enfermagem. É importante a participação do cliente na definição do dado que constitui ou não um problema para sua saúde.

Para cada problema é estabelecido um objetivo, sempre que possível em discussão com o paciente e família. Estes objetivos devem ser colocados em termos observáveis e mensuráveis para que possam servir de critério na fase avaliativa dos cuidados de enfermagem.

POLETTI<sup>(36)</sup> ressalta que a elaboração de objetivos requer capacidade de avaliar. A avaliação do continuum de vida do cliente deve se apoiar em perguntas como:

- onde está situada a pessoa no continuum dependência- independência para cada atividade de vida cotidiana?
- por que está neste ponto?
- onde poderia estar?
- como ajudá-la?
- é necessário ajudá-la a atingir a independência?
- como assegurar o avanço de um polo ao outro?

Tendo levantado e analisados os dados, o passo seguinte é decidir e planejar as ações a serem implementadas.

## B — Planejamento

Um planejamento inclui os recursos disponíveis e as intervenções alternativas por parte da enfermagem. ROPER<sup>(39)</sup> defende que é mais seguro executar cuidados que seriam essenciais, do que tentar fazer tudo, com risco de um atendimento de má qualidade, e também arriscando diminuir o moral da equipe de enfermagem, em vista da ausência da satisfação com o trabalho.

A participação do cliente e família no planejamento, constitui aspecto fundamental para ROPER<sup>(38,39,40)</sup>; promove a individualização

e traduz respeito ao cliente, além de ajudar a estabelecer um relacionamento satisfatório entre enfermeira e cliente.

O plano de tratamento e os dados coletados devem ser anotados em impresso fixado para cada serviço, conforme critérios próprios. Este procedimento viabilizará a assistência programada e a criação de banco de dados para a enfermagem. Futuramente, pesquisas retrospectivas poderão se utilizar deles. A importância do registro pormenorizado de dados é permitir a comunicação entre os profissionais.

Com o plano de tratamento pronto, o passo seguinte será sua operacionalização.

### C — Implantação

A enfermeira desenvolverá procedimento e técnicas de atenção à saúde a nível primário, secundário, terciário e de reabilitação. É importante estimular o autocuidado.

Todas as práticas de enfermagem deverão ser diariamente registradas, observando quando foram realizadas e quem atuou. "Uma folha de implementação, fluxo gráfico, folha de registro, servem para este objetivo, independentemente do formato, são importantes para as enfermeiras levarem em conta os registros desses dados, que necessitam de arquivamento."(ROPER<sup>(40)</sup>)

Como feedback às etapas até agora referidas, o passo seguinte é a avaliação.

## D — Avaliação

A análise do continuum dependência-independência se faz em com paração com o objetivo estabelecido e os resultados esperados. Para ROPER<sup>(39)</sup>, o resultado que se espera junto ao cliente é o critério para avaliação.

Ao avaliar o crescimento do cliente para sua independência, po de-se justificar a existência da enfermagem como profissão que traz be nefícios ao seu usuário.

O Processo de Enfermagem proposto por Roper dá-se de forma qualitativa e dinâmica. As fases não são estanques, e se retro-alimen tam. A cada análise, se coleta dados, planeja, implementa e reavalia. Quando o resultado esperado deixa de ocorrer, há necessidade de outra avaliação do problema, e conseqüentemente do Processo de Enfermagem.

ROPER<sup>(38)</sup> define seu trabalho como um Modelo para tratamento, desenvolvido do Modelo do padrão de vida com enfoque em maneiras de viver, leva em consideração problemas dos clientes em relação às suas atividades rotineiras.

Os conceitos dos elementos de enfermagem são dialéticos, tal qual a sociedade o é. Estão em constante processo de mudança. Quem rea liza a atividade em enfermagem hoje, quem a recebe bem como as formas de exercê-la, são temporais. "É difícil definir os elementos 'definitiv os' da enfermagem, quando necessidades e exigências da sociedade estão em estado de mutação", ROPER<sup>(38)</sup>. Todavia, o cuidar, como objeto da en fermagem, tem permanecido ao longo da história.

## 2.2 A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)

A AIDS, sigla adotada neste trabalho por ser mundialmente conhecida, caracteriza-se por um grupo de sinais e sintomas decorrentes da infecção por um retrovírus, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Este vírus tem poder de atacar o sistema imunológico, em especial os linfócitos T4 e o sistema nervoso central, trazendo como consequência, ao indivíduo, a incapacidade de se defender contra determinadas infecções e tipos de câncer, BRUNNER e SUDDARTH<sup>(8)</sup>, GRECO<sup>(18)</sup>, VERONESI<sup>(46)</sup>.

A etiologia da AIDS foi descoberta em 1983 na França e nos Estados Unidos. "O nome retrovírus indica que estes vírus têm seu material genético em RNA, e seu genoma é transferido para o DNA do hospedeiro através de uma enzima chamada transcriptase reversa. Quando penetram na célula do hospedeiro, o DNA por eles transcrito pode ser integrado permanentemente no DNA celular, numa forma denominada provírus; desta maneira, o vírus utiliza os mecanismos bioquímicos da célula para se reproduzir." (GRECO<sup>(18)</sup>)

### 2.2.1 Epidemiologia

É uma doença sexualmente transmissível, recente, de pouco mais de uma década, de caráter epidêmico com propagação mundial.

GRECO<sup>(18)</sup> relata que os primeiros casos conhecidos surgiram no final da década de 70 no Zaire (1976-77), no Haiti (1978-79) e nos Estados Unidos (1978-79). No Brasil, foram identificados, em 1982, seis

casos em São Paulo e um caso no Rio de Janeiro. Entre junho de 1981 e junho de 1986, foram notificados 21.517 casos de AIDS nos Estados Unidos, o que dá uma prevalência de 90/1.000.000 de habitantes. Na Europa, o número de casos dobrou de dezembro de 84 a dezembro de 85. Os países mais atingidos apresentam a seguinte prevalência por milhão de habitantes: Suíça (25,4), Dinamarca (20,9), Bélgica (18,2), França (18,1) e a Holanda (12,5), GRECO<sup>(18)</sup>.

O número de casos conhecidos subestima a realidade quantitativa de portadores do HIV. Quantos portadores assintomáticos estarão transmitindo a doença? A Organização Mundial de Saúde calculou que o número real de casos de AIDS pode ter chegado a 100.000 em 1986, e estimou para o mesmo ano, o número de portadores assintomáticos entre 5 a 10 milhões em todo o mundo, OSTROW et al (34).

De acordo com a Divisão Nacional de DST/AIDS, Serviço de Epidemiologia, o número acumulado de casos de AIDS, até julho de 89 é de 7.538. Sendo que apenas no 1º semestre de 89 foram notificados 1.232 casos novos, um coeficiente de incidência de 8,5 o que vem mostrar um crescimento muito rápido do número de casos no Brasil. Os estados de mais alto coeficiente de incidência, no 1º semestre de 89 foram: São Paulo (25,5), Rio Grande do Sul (12,0), Pernambuco (7,5), Minas Gerais (7,1) e Rio Grande do Norte (4,9). A região sudeste contribui com 74,9% do total de casos, o nordeste vem em segundo lugar com 11,6% MS (29)

A AIDS apresenta características importantes que a denominam doença do século. O caráter epidêmico, a letalidade, a transmissibilidade, e as questões sociais que a envolvem, fazem com que seja abordada

não apenas como uma doença infecto-contagiosa incurável, mas acima de tudo, ela trouxe a necessidade de uma revisão de vários conceitos, valores e padrões de vida já estabelecidos, dentre eles, a expressão da sexualidade. O preconceito e a discriminação também são componentes importantes da síndrome da AIDS.

SOUZA<sup>(44)</sup> considera a AIDS uma doença revolucionária. Ela recoloca uma série de problemas vitais de forma radical, tanto para a sociedade brasileira quanto internacional. Questiona a onipotência da medicina moderna em relação à morte e evidencia o racismo e o conceito de sexo, como relações de dominação que têm sido tangenciadas, mas que agora precisam ser resolvidas de fato.

#### 2.2.2 - Como a doença ocorre

O contato com o vírus aconteceria de acordo com o modo de viver de cada pessoa. Os estudos realizados até hoje, afirmam que a AIDS não é transmitida através da saliva, nem da pele e de mucosas íntegras. Desta forma o beijo nos lábios, a tosse, a ingestão de alimentos preparados por pessoa infectada não transmitem a doença.

O HIV se transmite, prioritariamente, por 3 vias: sexual, sanguínea e materno fetal, ARICO<sup>(6)</sup>, AMURRIO<sup>(3)</sup>, BRUNNER E SUDDARTH<sup>(8)</sup>, GRECO<sup>(18)</sup>, MANN<sup>(25)</sup> e VERONESI<sup>(46)</sup>.

O vírus é encontrado em grande quantidade no sêmen e em menor quantidade nas secreções vaginais de pessoas infectadas. As pessoas têm maneiras diferentes de expressarem sua sexualidade. Determinados tipos de práticas sexuais podem apresentar maior risco de contaminação.

É importante lembrar que a expressão da sexualidade, como atividade de vida cotidiana dos indivíduos, não se traduz exclusivamente no ato sexual. Existe o componente afetivo, genericamente chamado de amor. As diversas formas de expressão do amor são produções sociais.

Dados fornecidos pelo MS<sup>(29)</sup> mostram que até julho de 1989, de 5.167 casos acumulados transmitidos pela via sexual, 3.034 ocorreram em relações homossexuais masculinas, o que representa 40,5% do total de casos. As relações bissexuais contribuem com 1.450 casos, 19,2% do total de casos. Nas relações heterossexuais foram registrados 483 casos do sexo masculino, 7,1% do total, e 200 casos do sexo feminino, 27,7% do total de casos.

A transmissão sangüínea pode também ser chamada de acidental quando o contágio se der através de agulhas, seringas, sangue e derivados, contaminados com o HIV.

De acordo com o MS<sup>(29)</sup>, dos casos notificados acumulados de AIDS, até junho de 1989, no total de 7.538 casos, 1.591 ocorreram através da via sangüínea, o que representa 21,1% do total. Destes 1.591, 245 casos eram hemofílicos, 3,3%; 921 casos, usuários de drogas injetáveis, 12,2%; 425 casos, receptores de sangue e derivados, 5,6%.

O acidente ocupacional com material contaminado pelo HIV pode apresentar riscos. Vários estudos já foram realizados e comprovam uma pequena possibilidade de um trabalhador contrair a doença no desempenho de suas funções.

MCGRAY e cols apud GRECO<sup>(18)</sup>, estudaram cerca de 400 profissionais de saúde que haviam se acidentado com material cortante, conta

minação de feridas abertas e mucosas, com respingos de sangue e outros fluidos corpóreos como suor, saliva e urina. Destes, apenas dois (2) apresentaram pesquisa de HIV<sup>+</sup>, sendo que em um dos casos não foi possível descartar a possibilidade de que a infecção pudesse ter sido adquirida através da via sexual.

Na transmissão materno-fetal, a mãe pode passar o HIV para o filho no período de gestação e durante o parto. Existe ainda a possibilidade de o vírus ser encontrado no leite materno, GRECO<sup>(18)</sup>.

Segundo o MS<sup>(29)</sup>, dos 7.538 casos de AIDS acumulados até julho de 1989 notificados no Brasil, 138 ocorreram por transmissão perinatal, uma porcentagem de 1,8%.

O HIV pode ainda ser transmitido através do transplante de órgãos e inseminação artificial, GRECO<sup>(18)</sup>.

Após contrair o HIV ocorre um período de incubação variável. ARICÓ<sup>(6)</sup> considera este período médio de 5 anos, podendo se estender até 7 anos. AMURRIO<sup>(3)</sup> diz que o tempo decorrido entre o contato inicial e o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas varia amplamente, de 2 a 8 semanas, às vezes de 6 meses ou mais.

A presença do vírus no sangue significa que o indivíduo está infectado, não equivalendo a estar doente. O que pode acontecer com as pessoas portadoras do HIV ainda não se sabe ao certo. Acredita-se que em um alto percentual delas poderá desenvolver alguma manifestação relacionada à doença, com o decorrer do tempo. Para GRECO<sup>(18)</sup>, especula-se que em 5 anos, em 30% apresentariam manifestações e que, em 10 anos, em mais de 70% a doença se desenvolveria. De qualquer modo é importante

lembrar que a literatura específica até agora existente, divergente sobre estas cogitações, esclarece que, embora alguns infectados pelo HIV jamais possam apresentar qualquer sintoma da síndrome, o infectado, entretanto, mesmo assintomático, pode transmitir o vírus a outras pessoas.

A infecção pelo HIV pode se apresentar de forma assintomática ou até por imunodeficiência grave. O Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos, (CDC) classificou a AIDS em 04 grupos, conforme manifestações clínicas, OSTROW et al<sup>(34)</sup>. Esta classificação está sendo adotada mundialmente:

- Grupo I : infecção aguda assintomática, pode evoluir para outro grupo;
- Grupo II: infecção assintomática, os clientes apresentam manifestações de outras doenças possivelmente relacionadas ao HIV; perda de peso com mais de 10% em um mês, diarreia, fadiga e sudorese noturna. Esta fase pode se estender indefinidamente;
- Grupo III: linfadenopatia generalizada persistente, por mais de 3 meses, envolvendo duas ou mais cadeias extra-inguinais.
- Grupo IV: síndrome completa da AIDS. Caracteriza-se pelas alterações clínicas e laboratoriais, associadas às infecções oportunistas e ao Sarcoma de Kaposi. Este grupo foi subdividido em 5 sub-grupos:
  - a) doença sistêmica;
  - b) doença neurológica;
  - c) doenças infecciosas secundárias, que modernamente indicam a deficiência da imunidade celular;

- d) neoplasias secundárias, como: Sarcoma de Kaposi, linfoma não Hodgkin, linfoma cerebral primário;
- e) outras patologias relacionadas à infecção pelo HIV, sugestivas de deficiência celular, como a pneumonia interticial crônica.

O diagnóstico da AIDS deve ser cuidadoso. LACAZ<sup>(23)</sup> sugere que em todo cliente suspeito de AIDS se realize:

- a) anamnese exaustiva, incluindo levantamento dos hábitos sexuais, uso de drogas, de álcool e de nitritos;
- b) rigoroso exame físico, verificando: quadro febril, linfadenomalia, perda de peso, lesões pulmonares compatíveis com pneumocistose, lesões cutâneas ou viscerais compatíveis com angiossarcoma de Kaposi, icterícia, estomatite por cãndida albicans, meningite;
- c) exames laboratoriais, em torno de 20. Dentre eles, as provas intradérmicas, hemograma completo, ELISA, Western blot;
- d) exames de raios X.

BRUNNER e SUDDARTH<sup>(8)</sup> consideram que, dado à complexa natureza da doença existe uma relação extensa de possíveis diagnósticos de enfermagem, dentre eles destacam:

- alteração da integridade da pele, da região perianal, relacionada a escoriação e diarréia;
- alteração na eliminação intestinal devido à diarréia relacionada a patógenos entéricos;
- potencial para infecção relacionado à imunodeficiência;

- intolerância à atividade, ligada a fraqueza, cansaço, desnutrição, distúrbios do equilíbrio hidroeletrólítico e hipoxia associada à infecções pulmonares;
- alteração nos processos de pensamento, relacionada à diminuição de atenção, déficits de memória, confusão e desorientação, associados à encefalite por AIDS;
- alteração do conforto, dor relacionada à diarreia e à perda da integridade cutânea na região perianal;
- déficit de conhecimento quanto às formas de se evitar a transmissão do HIV;
- isolamento social, ligado ao estigma da doença, abandono dos sistemas de apoio, posturas de isolamento e medo de contaminar os outros;
- sentimento de pesar, relacionado às modificações no estilo de vida e nas funções, e ao prognóstico desfavorável.

Ainda não se encontrou cura da AIDS, muitos estudos e pesquisas estão sendo realizadas com o objetivo de se prevenir e tratar a doença. O tratamento até hoje realizado é sintomático. Consiste principalmente em combater as infecções oportunistas.

BRUNNER e SUDDARTH<sup>(8)</sup> recomendam como principais intervenções de enfermagem aquelas que visem os cuidados com a pele, a recuperação dos hábitos intestinais normais, a profilaxia de infecções, o aumento da tolerância à atividade, a promoção da melhora dos processos de pensamento, a manutenção do equilíbrio hidroelétrico, a melhora das condições nutricionais, a educação do cliente, a melhora da permeabilidade das vias aéreas, a promoção do conforto e a diminuição da sensação de perda e do isolamento social.

A prevenção da AIDS, até que se encontre vacina eficaz, pode ser feita através de medidas educativas suficientes e de melhoria dos serviços de saúde, não só para ações de tratamento, mas principalmente através do controle da qualidade de sangue e derivados, uso de material esterilizado, descartável ou não, em locais que fazem injeções parenterais, e um trabalho eficaz junto aos grupos de maior risco.

O Conselho Internacional de Enfermeiras, (CIE), e a Organização Mundial de Saúde, (OMS), publicaram em 1987 a Declaração Conjunta sobre el SIDA, onde se definem os direitos e responsabilidades das enfermeiras, em todo o mundo, na assistência aos portadores do HIV. Este documento contém dados básicos para a assistência de enfermagem às pessoas portadoras de HIV e medidas preventivas da transmissão. Recomenda que as ações devam ser adaptadas à luz das circunstâncias, das tradições, das crenças e dos valores locais, enfim, de acordo com o modo de viver das pessoas, OMS<sup>(33)</sup>.

A Declaração conjunta do Conselho Internacional de Enfermeiros e OMS tem como objetivos "educar as enfermeiras e, através delas, aos indivíduos, família e comunidades sobre diferentes aspectos de prevenção e de luta contra a epidemia causada pelo HIV". Prevê ainda a prevenção da transmissão através da assistência sanitária, e a garantia de uma assistência de enfermagem eficaz e holística aos portadores de HIV nas fases domiciliar, ambulatorial e hospitalar do tratamento, OMS (33).

## CAPÍTULO III

## 3. METODOLOGIA

Esta pesquisa é de natureza descritiva, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. Desenvolveu-se a partir do referencial teórico filosófico de Nancy Roper, através do seu Modelo de Assistência de Enfermagem.

TRIVIÑOS<sup>(44)</sup> define estudo de caso como "uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente". Neste trabalho, estabeleci como unidade de estudo o Modelo de Assistência de Enfermagem proposto por Nancy Roper aplicado a clientes portadores do HIV.

ANDRÉ<sup>(4)</sup> distingue a ênfase na singularidade, no particular como a principal característica do estudo de caso em relação a outros métodos de pesquisa; isto implica em que "o objeto de estudo seja examinado como único, uma representação da validade da realidade, realidade esta multidimensional e historicamente situada".

## 3.1 - A inserção dos Serviços de Saúde

A metodologia proposta pressupõe o contato direto do pesquisador com a realidade em que o fenômeno está ocorrendo, com o ambiente natural dos serviços de saúde para o atendimento ao cliente portador de HIV.

### 3.1.1 - A nível ambulatorial

O serviço de saúde escolhido foi a Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) do ambulatório Bias Fortes, anexo ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, (HC da UFMG). Este serviço constitui-se em unidade de referência ambulatorial para doenças infecciosas e parasitárias do Estado de Minas Gerais, principalmente no que se refere à AIDS.

O atendimento à clientela é realizado de segunda a sexta-feira, no período matutino, por um grupo de profissionais mais ou menos fixo, a saber:

- médico, professor da Faculdade de Medicina da UFMG, da clínica de adultos, coordenador do grupo;
- médica, professora da Faculdade de Medicina da UFMG, da dermatologia;
- médicos residentes, pós-graduandos e acadêmicos de medicina, em torno de seis, voluntários ou pesquisadores;
- bioquímico, chefe do laboratório do DIP da UFMG;
- psicólogos cedidos pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES), em número de dois;
- auxiliar de enfermagem cedido pela SES de MG;
- auxiliar administrativo cedido pela SES de MG;
- auxiliar administrativo do HC da UFMG;
- técnico de laboratório do Lab. DIP da UFMG;
- assistente social, voluntária;
- estagiários de diversos cursos, na área de saúde, inclusive estrangeiros, em número flutuante.

O manual de funcionamento deste serviço discrimina os procedimentos realizados por médicos, psicólogos, assistente social e bioquímico. Todas as ações são direcionadas à consulta médica e não existe nenhuma referência às atividades de enfermagem. O serviço atende à demanda espontânea e encaminhamentos, de acordo com os seguintes passos:

- triagem com a finalidade de levantar a real necessidade do teste ELISA e outros. Agenda-se a primeira consulta.
- primeira consulta, o cliente deve comparecer em jejum para a coleta de sangue. Entrevista com psicólogo ou assistente social, onde avalia-se a condição de risco e prepara-se o cliente para o processo de tratamento, orientando-o sobre a dinâmica do serviço. Consulta médica, quando se avalia o estado geral do cliente e solicita exames laboratoriais e de raios X, seguindo-se critérios do manual. O cliente é orientado sobre os recursos à sua disposição, seus direitos, como o sigilo das informações e recebe apoio psicológico. Faz-se uma bateria de testes intradérmicos e agenda-se o retorno para leitura, dois dias após.

Depois de uma semana o cliente retorna para conhecer o resultado dos exames:

- se ELISA negativo, recebe orientações quanto a medidas preventivas da AIDS e sobre retornos para controle;
- se ELISA positivo é informado do acesso à assistência médica, laboratorial, psicológica e previdenciária, bem como sobre os retornos.

O atendimento de enfermagem é realizado pelo auxiliar que prepara os clientes para as consultas médicas, faz a pré-consulta e encaminhamentos. A coleta de material para exames e testes cutâneos são feitos pelo auxiliar de laboratório. A administração de medicamentos é feita esporadicamente pelo auxiliar de enfermagem.

Às terças-feiras, quinzenalmente, funcionam os grupos de clientes infectados pelo HIV, alternados com grupos de familiares dos clientes portadores de HIV. Este trabalho é coordenado por uma assistente social, no horário de 7,30 às 10,00 horas.

Procurei integrar-me ao serviço, no desenvolvimento do seu cotidiano. Para contactar os clientes, em 12 de abril de 1990, assumi a triagem, orientação, aplicação e leitura de testes imunológicos, e realizei também algumas coletas de sangue para o teste ELISA. Naqueles contatos diretos com os clientes, identificava-me como enfermeira e pesquisadora.

Propus-me a participar das reuniões de grupos das terças-feiras, onde fui apresentada pela coordenadora. Expus sobre o projeto de pesquisa aos interessados em fazer parte do estudo de casos, solicitei que me procurassem na sala 526 do ambulatório. Dessa forma, passei a ser enfermeira do ambulatório da DIP para os clientes e equipe multiprofissional, participando de todas as atividades possíveis, inclusive das reuniões da equipe multiprofissional do serviço.

### 3.1.2 - A nível hospitalar

A inserção no Hospital Eduardo de Meneses (HEM) se deu alguns meses após o início do trabalho no ambulatório, e como extensão deste.

O primeiro contato foi com a Diretora da Instituição em julho de 1990.

O HEM é um hospital geral que pertence à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). No passado, foi um sanatório para tratamento de tuberculosos. Suas instalações são antigas, algumas obsoletas e inadequadas para o atendimento de doenças infecto-contagiosas.

As internações são feitas em três alas: A, B e C. Até o mês de agosto de 1990, a ala C, com capacidade para 12 leitos, era exclusiva para isolamento de portadores de HIV. Nas outras alas, A e B, eram internados clientes adultos com outras doenças infecto-contagiosas. O HEM é unidade de referência para internação de adultos com doenças infecto-contagiosas do Estado de Minas Gerais.

A partir de agosto de 1990, o HEM foi reestruturado. A ala A passou a ser unidade de isolamento, com capacidade média de 38 leitos. Todos os clientes portadores de doenças infecciosas cujos casos requeressem isolamento ou precauções com sangue, secreções e precauções entéricas eram internados nesta unidade, inclusive os portadores do HIV.

Iniciei o trabalho nesta instituição pelo acompanhamento de um dos clientes do ambulatório, que havia sido encaminhado para internação, em decorrência de meningite por *Cryptococcus*. Naquela época os servidores da FHEMIG estavam em greve e a assistência de enfermagem encontrava-se precária pois estava sendo prestada por um reduzido número de funcionários, em sistema de escala especial. Não me limitei a assistir o meu cliente em estudo mas toda a demanda de atendimento geral, conforme escala de serviço. Fui convidada a participar de todas as reuniões do serviço de enfermagem.

### 3.2 - A delimitação do grupo de estudo

O desenvolvimento deste trabalho se deu através de estudo de casos múltiplos. Apliquei o modelo de assistência de enfermagem proposto por Roper, a oito clientes que me procuraram espontaneamente ou foram encaminhados por profissionais do ambulatório, durante os cinco meses em que estive atuando como enfermeira-pesquisadora no ambulatório da unidade de DIP.

A assistência se deu a nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar, conforme necessidades dos clientes.

### 3.3 - A coleta de materiais

LUDKE e ANDRÉ<sup>(24)</sup> salientam " como recursos dos estudos de casos a grande variedade de dados, coletados em diferentes momentos, em situações variadas e com uma variedade de tipos de informantes". O momento inicial da coleta de materiais, em meu trabalho, se deu circunstancialmente e estava relacionado à assistência de enfermagem a cada cliente requerida, dentro das etapas do modelo proposto.

Para coleta dos materiais utilizei a descrição de situações obtidas durante meu contato direto com o cotidiano dos serviços. Ao aplicar o modelo de assistência de enfermagem proposto por Roper, às pessoas portadoras de HIV, não tive a pretensão de mudar a dinâmica dos serviços, mas acrescentar a sistematização da assistência aos casos estudados.

LÜDKE e ANDRÉ<sup>(24)</sup> sugerem que para se compreender melhor a manifestação geral de um problema, as ações, as percepções, os comportamentos e as interações das pessoas devem ser relacionadas às situações específicas onde ocorrem, ou, à problemática determinada a que estão ligadas. Faz-se necessário participar da ocorrência do fenômeno.

Estive atuando no ambulatório DIP do Bias Fortes, Unidade de Isolamento/HEM e procedi à visitas domiciliares, participando da dinâmica dos serviços por 5 meses. Neste período realizei a coleta dos materiais. À medida que os casos iam se definindo, já iniciava a aplicação do modelo: levantamento dos dados do cliente, a definição do continuum de dependência-independência, o estabelecimento dos objetivos a serem atingidos, o planejamento das intervenções para tratamento e a elaboração do gráfico de avaliação do cliente. Todos esses passos aconteciam com a participação do cliente e, quando possível, de um familiar seu.

As técnicas utilizadas para coleta dos materiais foram a aplicação do formulário proposto por Roper (Anexo I), e a observação direta das situações e manifestações decorrentes da assistência de enfermagem prestada.

Segundo LÜDKE e ANDRÉ<sup>(24)</sup> a observação direta permite que o observador chegue mais perto das perspectivas dos sujeitos à medida que o observador acompanha *in loco* as experiências diárias dos sujeitos, pode tentar apreender o significado que eles atribuem à realidade que os cerca, e às suas próprias ações.

No meu estudo de casos, acrescento à observação direta as características participativa e livre. Para TRIVIÑOS<sup>(44)</sup> "a observação livre satisfaz as necessidades principais da pesquisa qualitativa" uma

vez que este procedimento permite maior abrangência e riqueza de informações.

Para a coleta dos materiais, a princípio tinha programado o uso da técnica de entrevista semi-estruturada e gravada. Entretanto observei que devido às especificidades das situações, alguns clientes se mostravam inibidos e talvez receosos com a possibilidade de quebra de sigilo das informações; para evitar isto, que seria negativo na mútua relação de espontaneidade e confiança entre entrevistador e entrevistado, mudei para a técnica descritiva.

Os instrumentos usados para a coleta dos materiais foram:

- a) Formulário com as etapas do Modelo de assistência de enfermagem, de Roper, em anexo;
- b) Diário de campo para anotações de natureza descritiva. Busquei descrever os comportamentos, as ações e as atitudes tal como se ofereceram à minha observação. Foram registrados diálogos, depoimentos espontâneos, situações concretas, minhas impressões, observações de procedimentos ocorridos no cotidiano dos serviços, anotações de dados retirados de manuais de normas de funcionamento, de prontuários dos clientes, de relatórios de reuniões e de um curso de atualização em AIDS, oferecido durante o desenvolvimento deste estudo.

O registro dos materiais, no diário de campo foi feito no momento mais próximo possível da observação, a fim de garantir maior veracidade. Esta tarefa foi bastante árdua. Era difícil anotar com a

rapidez necessária, enquanto ocorria a situação. Os relatos eram bastante simplificados, e quando possível, em ação contínua, passava algumas horas completando os registros. Tudo isto exigia grande esforço de memória auditiva e visual. Era preciso prestar bastante atenção para captar detalhes do fenômeno.

A amostragem de tempo foi definida conforme necessidade dos processos simultâneos da coleta e análise dos materiais. TRIVIÑOS<sup>(44)</sup> reforça a interação dinâmica entre estas duas etapas vitais na pesquisa qualitativa. "Elas se desenvolvem em interação dinâmica retroalimentando-se, reformulando-se constantemente, de maneira que, por exemplo, a Coleta de Dados num instante deixa de ser tal e é Análise de Dados, e esta em seguida, é veículo para nova busca de informações". Para a descrição da metodologia desenvolvida fiz esta divisão por questões didáticas. Na prática, as etapas da pesquisa ocorreram de forma a si complementarem, desde a inserção nos grupos até as considerações dos resultados.

A pesquisa aconteceu entre os meses de abril e outubro de 1990. No início estabeleci a permanência no ambulatório todas as manhãs, de segunda a sexta-feira, de 7,30 às 12,00 horas. A partir de julho de 1990, comecei os trabalhos na unidade de isolamento do HEM, dividindo a carga-horária em:

- 2às, 4às e algumas 6às feiras pela manhã, no HEM;
- 3às, 5às e as outras 6às feiras pela manhã, no ambulatório;
- as visitas domiciliares ocorreram pela manhã e à tarde, conforme demanda do cliente;
- as reuniões de equipe no ambulatório nas 2às feiras das 19,30 às 21,30 horas;

- o curso de atualização em AIDS pela manhã, durante uma semana, no mês de setembro.

As sexta-feiras, foram estabelecidas como dia de quimioterapia no ambulatório. Quando implantei esta atividade, ficava as sextas-feiras para treinar o auxiliar de enfermagem e supervisionar a administração do tratamento. Depois limitei-me a acompanhar os meus casos em estudo, dependendo da necessidade que tinham ou não, da minha assistência na quimioterapia.

### 3.4 - A sistematização e análise dos materiais

Durante o processo da coleta dos materiais, estes já iam sendo sistematizados e analisados, uma vez que isto trazia um feedback para nova organização do trabalho. Não houve a pré-categorização para compreender o fenômeno que observava. Isto se deu de forma progressiva, à medida que se realizava a análise do material coletado.

A análise dos materiais obedecem à categorização em unidades temáticas, quais sejam as etapas do processo de enfermagem com enfoque no modo de viver dos clientes portadores de HIV:

- histórico de enfermagem;
- modo de viver;
- plano de tratamento;
- gráfico de avaliação continuum dependência-independência.

Os materiais obtidos através de depoimentos eram devolvidos aos informantes que os confirmavam ou modificavam, só então eram registrados.

A análise dos materiais comportou, também, o estudo da adequação e aplicabilidade do Modelo de Nancy Roper no cotidiano da assistência de enfermagem ao cliente portador de HIV prestada pelos serviços. Levantei situações e fatores que interferiram de maneira a dificultar ou favorecer a aplicação do modelo. Fiz a confrontação do que ia sendo captado da realidade com aquelas situações que iam surgindo posteriormente.

## CAPÍTULO IV

## 4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS MATERIAIS

## 4.1 - Apresentação dos materiais

Para os estudos de casos utilizei o processo de enfermagem en focando o modo de viver dos clientes. ROPER<sup>(40)</sup> considera que o "Processo de Enfermagem em si é meramente uma maneira metódica e lógica de raciocínio ... é o modelo que lhe confere objetivos e significado".

A assistência de enfermagem aos 8 clientes portadores de HIV se deu através do processo de enfermagem, a partir dos problemas de saúde, relacionados ao respectivo modo de viver.

As fases do processo, nesse modelo, têm enorme interrelação, que são podem ser separadas para fins de descrição. Tudo se inicia na identificação de cada problema para desempenhar as atividades de vida cotidiana, podendo este problema ser presente ou em potencial. Há necessidade de distinguir entre os problemas percebidos pela enfermeira e aqueles percebidos pelo cliente. Esta diferenciação interfere no estabelecimento de objetivos para o tratamento do cliente.

Para registro das informações e procedimentos, utilizei o formulário e gráfico para avaliação das Atividades de Vida Cotidiana e plano de tratamento, seguindo orientações de Roper para as quatro etapas do Modelo:

- histórico de enfermagem;
- modo de viver;
- plano de tratamento;

- gráfico de avaliação do continuum dependência-independência, para cada atividade de vida cotidiana.

#### 4.1.1 - A definição dos casos

O primeiro estudo de caso iniciou através de encaminhamento médico, após a primeira consulta.

Fui procurada por um dos médicos da equipe, acompanhado por uma senhora de 19 anos: "... falei com esta senhora sobre você e o trabalho que pretende desenvolver aqui, acho que está interessada em contar a história dela paravocê". Ela olhou para mim e sorriu; seu olhar expressava ansiedade e inquietação. Convidei-a para entrar no consultório, nos apresentamos, perguntei se concordaria em gravarmos a nossa conversa, ela expressou desapontamento, demorou a responder: "gravar?... porque?" Notei que isto trazia dificuldades ao processo de interação e confiança mútua. Perguntei se poderia apenas anotar nossa conversa. Ela respondeu: "anotar, escrever, igual o doutor faz?". Convidei-a e expliquei-lhe sobre o sigilo das informações dadas. Ela sorriu e disse que "sim, está bem".

O segundo caso aconteceu por encaminhamento da assistente social. Ela procurou-me para informar-me que a mãe de um dos clientes, do grupo de infectados, tinha solicitado minha visita domiciliar. O filho se acidentara, com corte no queixo, durante crise convulsiva. Fora informada pelo filho, de minha proposta de trabalho, queria receber informações sobre o incidente e orientações quanto a forma de proceder em casos como o ocorrido. Fiz a visita domiciliar no mesmo dia.

O terceiro caso aconteceu por demanda espontânea. Um senhor, participante do grupo de infectados, procurou-me após reunião e solicitação

tou agendamento de consulta. Na data apazada, ele chegou antes da hora marcada, ficou cabisbaixo sentado no banco do corredor de espera. Seus olhos demonstravam ansiedade quando me viu, por isso, providenciei o adiantamento da consulta. Quando o convidei para entrar no consultório, sorriu aliviado e perguntou: "a senhora já terminou os outros atendimentos? .... Cheguei mais cedo hoje, mas posso esperar." Eu respondi que havia terminado mais cedo e que iria atendê-lo naquele momento. Ele acrescentou: "que bom! mas vou avisando que vamos demorar, pois quero que a senhora me ajude a resolver um problema complicado." Perguntei se havia inconveniente em gravarmos a conversa, ou se ele preferia que eu anotasse no meu diário de campo. "Se a senhora não se incomoda eu preferia que anotasse, igual o doutor faz, o gravador inibe a gente ... fico nervoso."

O quarto caso surgiu quando fui procurada pela médica oncologista da equipe para que a ajudasse a solucionar uma dificuldade de tratamento de um cliente com Sarcoma de Kaposi. Ele precisava iniciar a quimioterapia, e não conseguiu este tratamento através da unidade de quimioterapia do Hospital das Clínicas. Não era necessário, e até desaconselhável a internação para este caso.

Procurei a enfermeira-chefe da unidade de quimioterapia do HC da UFMG para discutirmos o caso. Ela sugeriu que o tratamento pudesse ser feito no próprio ambulatório/DIP, uma vez que o quimioterápico a ser utilizado não apresentava complexidade na sua administração, e se ofereceu para assessorar e orientar o procediemnto. Levei a proposta para a reunião da equipe, e se definiu que o serviço faria quimioterapia nas sextas-feiras, e que na quinta-feira anterior se procederia à avaliação hematológica do cliente. Neste sentido, agendei consulta de enfermagem do cliente para quinta-feira, colhi sangue para avaliação

hematológica e o orientei sobre o que era quimioterapia, suas finalidades, efeitos indesejáveis e como cuidá-los.

Este cliente quase não falava e respondia por monossílabos, mostrando-se muito passivo às explicações e procedimentos, às vezes sorria concordante. Ouviu minhas explicações sobre o projeto de pesquisa em silêncio, mas atentamente. Quando perguntei se concordaria em colaborar comigo, ele disse que "se vai ajudar para o meu tratamento, eu quero."

O quinto caso aconteceu quando iniciei meu trabalho no HEM. Ao percorrer a unidade de internação de AIDS, ala C, e ser apresentada aos clientes, pela chefe de enfermagem, deparei-me com um cliente conhecido do ambulatório. Quando entrei no quarto ele sorriu e perguntou: "você vai trabalhar aqui, agora?" Respondi que sim. Perguntei como se sentia, ele respondeu que "já estou quase bom, mas ainda tenho fortes dores na cabeça." Este cliente internou-se porque apresentava meningite criptocócica. No dia seguinte iniciei seu acompanhamento de entrevista para levantamento de seu grau de dependência-independência, para as atividades de vida cotidiana. Ele ainda apresentava sinais de irritação meníngea, confusão mental. Na medida do possível conversamos, com intervalos de descanso, enquanto eu o ajudava no que era solicitada. Concordou em participar do estudo de caso.

O sexto caso aconteceu por encaminhamento de um dos psicólogos da equipe multiprofissional do ambulatório. Procurou-me uma senhora, irmã de um cliente que estava internado no HEM. Ela foi informada pela psicóloga sobre o meu projeto e solicitou que eu acompanhasse o irmão. O cliente foi internado por infecção do sistema nervoso central por Citomegalovirus (CMV); encontrava-se confuso, agressivo e contido

mecanicamente no leito, dizia coisas desconexas, apresentava delírio. A irmã, chorando, estava muito preocupada com ele. Não entendia as reações dele e se assustara com a contenção mecânica. Orientei-a sobre o estado dele e o tratamento. Após as explicações ela olhou nos meus olhos e disse "cuida dele lá... desse jeito do trabalho, a dona M. (psicóloga) falou que é muito bom."

O sétimo caso aconteceu através de interação com o cliente enquanto ele aguardava consulta com a psicóloga. Ao terminar os testes imunológicos, dirigi-me à sala de reuniões e encontrei um rapaz, sentado folheando alguns livros, não me era conhecido, não pertencia à equipe profissional. Indaguei se poderia ser útil, e porque se encontrava naquela sala reservada aos profissionais do serviço, e com arquivos de informações sigilosas. Ele disse que estava aguardando a psicóloga para devolver-lhe os livros, perguntou quem eu era e o que fazia no ambulatório.

Identifiquei-me, expus sobre o meu projeto de pesquisa e ele se mostrou interessado e discutia sobre AIDS com muita propriedade. Disse que pretendia escrever um livro sobre o assunto, sobre como se sente enquanto portador do HIV. Neste momento eu soube que se tratava de um cliente do ambulatório. Disse que gostaria de fazer parte do meu estudo de caso, mas que "não estou precisando da assistência de enfermeira... não sou doente... sou só portador, espero não desenvolver a doença nunca... estudo muito... tomo muito cuidado com minha saúde... acho que logo vão descobrir algum tratamento para esta doença. Não contei para ninguém que eu estou com esta doença... não quero ser discriminado... perder meu emprego no banco."

Informei-lhe que o enfermeiro não faz só atividades curativas, mas também preventivas, como orientar sobre medidas de prevenção

da doença e manutenção de um estado razoável de saúde, cuidados higiênicos e alimentares, realização de testes para avaliação do estado imunológico, encaminhamentos para outros profissionais e orientação de grupos sociais. Ele concordou em colaborar desde que ficasse garantido o anonimato.

O oitavo caso chegou-me através de uma médica da equipe do ambulatório. Relatou-me que um cliente, participante do grupo de infectados, havia recebido alta hospitalar, após longo período de internação, e que estando em fase terminal no domicílio, era desaconselhável a sua reinternação devido ao risco de infecção hospitalar. Encontrava-se desidratado e necessitava de reidratação parenteral. Solicitou a visita domiciliar para administrar soroterapia, avaliar com mais detalhes o estado geral do cliente e dar as necessárias orientações à mãe dele, que era quem prestava-lhe os cuidados.

Fui apresentada a Dona T, mãe do cliente, uma senhora de mais de 60 anos. Nos dirigimos à farmácia do HC para requisitarmos a medicação prescrita e equipamentos necessários. Marcamos a visita domiciliar para 14,00 horas do mesmo dia.

Quando cheguei ao endereço fui carinhosamente recebida. O cliente encontrava-se caquético, semi-comatoso, pele pálida, turgor e elasticidade diminuídos, entretanto apresentava estado higiênico muito bom. Procedi à soroterapia endovenosa, sempre com a colaboração prestativa de Dona T. Na oportunidade, apresentei-lhe minha proposta de trabalho. A receptividade foi boa:

"muito importante para enfermagem esta maneira de pensar ... claro que nós vamos participar... só vai trazer ajuda para meu filho e para mim também. É muito bom ter alguém para ajudar a esclarecer dúvidas e para ensinar coisas novas."

## 4.1.2. Os casos

1º CASO

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM SEGUNDO NANCY ROPER

Dados biográficos e de saúde

Data de Admissão: 01.06.90

Data do histórico: 06.06.90 Enf.:

NOME: ERC

Reg.: 336295

Sexo: Fem. Idade: 20 anos Data Nasc.: N/P

Estado Civil: viúva

Como prefere ser chamado: pelo nome

Endereço Residencial:

Habitação: casa 5 comodoss, alvenaria, água encanada, luz elétrica.

Família c/ quem reside: com irmão e cunhada - tem 2 filhos menores de 5 anos.

A quem comunicar: Nome:

Parentesco: irmão

Endereço:

Ocupação: dona de casa

Seguro : não

Nacionalidade: Brasileira

Religião: católica, não praticante.

- Percepção do cliente sobre seu estado de saúde: poucas informações, em fase de diagnóstico, mas a cliente refere-se à AIDS como diagnóstico de certeza.

- Percepção da família do(a) cliente sobre seu estado de saúde: Veio do interior para morar com o irmão e receber tratamento adequado, família agindo com rejeição, principalmente a cunhada.

- Razão da admissão/queixas: tratamento ambulatorial - emagrecimento, fraqueza e mal-estar geral.

- Diagnóstico médico: ARC

- História pregressa de saúde: sem problemas anteriores, marido faleceu assassinado, foi informada por um amigo que o marido era portador de HIV.

- Alergias: não tem

- Uso de medicamentos: uso de drogas endovenosas.

## M O D O D E V I V E R

Atividades de vida cotidiana (AVC)

Data:06.06.90

NOME: ERC

Reg.:336295

Atividades de vida cotidiana (AVC)	Rotinas usuais: Grau dependência	Problemas atuais/potenciais
1. Manutenção do ambiente seguro	- mora c/ irmão e cunhada, casa pequena	- não tem recursos financeiros próprios, depende de ajuda do irmão p/ si e p/os
2. Comunicação	- ouve e fala espontaneamente, alfabetizada	2 filhos (um menino de 4 anos e uma menina de 6 meses).
3. Respiração	- eupneica	- não tem moradia, espaço privativo para família.
4. Alimentação e hidratação	- ingestão normais mais ou menos 04 vezes ao dia. Come de tudo	- desinformação sobre a doença
5. Eliminações	- sem queixas	- possibilidades de os filhos serem HIV <sup>+</sup>
6. Higiene pessoal e vestuário	- adequado para idade, camiseta, jeans, tênis, perfumada.	
7. Controle da temperatura corporal	- sem queixas	- risco de contaminação das crianças
8. Movimentação	- independente	- discriminação por parte de familiares
9. Trabalho e lazer	- sem emprego, faz serviços domésticos para a cunhada.	
10. Expressão da sexualidade	- batom nos lábios, expressão jovial, viúva há 4 meses.	
11. Sono	- não dorme bem porque o bebê (6 meses) às vezes chora à noite.	
12. Morte	- preocupada com a segurança e saúde dos filhos.	

## PLANO DE TRATAMENTO

Relacionado às Atividades de Vida Cotidiana

NOME: ERC

Reg.: 336295

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliações
	06.06.90	
- conseguir ajuda financeira;	- encaminhar à assistente social	- sem recursos financeiros
- orientar sobre AIDS;	- agendamento de consulta de enf. para 20.06	- ansiosa e sem informações sobre diagnóstico e possibilidades da doença.
- controlar saúde das crianças;	- encaminhando consulta com pediatra	- crianças não têm controle de crescimento, desenvolvimento e estado de saúde
- orientar sobre cuidados com alimentação, higiene e prevenção de infecções;	- conversa sobre hábitos de higiene: lavar mãos, escovar dentes, banho diário; hábitos alimentares saudáveis.	- tem hábitos normais de higiene: lavar mãos, escovar dentes após refeições, banhos diários.
- orientar para uso de seringas e agulhas descartáveis;	- explicação sobre possibilidade de transmissão do vírus	- alimenta produtos artificiais, enlatados, refrigerantes; alimentos de procedência desconhecida, sem horários estabelecidos.
- ganhar peso, até recuperar peso normal, 48 a 50 Kg;	- pesagem e orientação para ingerir alimentos em quantidade e em horário mais fixos	- uso comunitário de seringa e agulha para drogas injetáveis, - peso= 42 Kg.
	20.06.90	
- orientar sobre resultado dos exames	- explicação sobre significado de ELISA <sup>+</sup> . Infecção significa presença de vírus no sangue, não significa AIDS	- conseguiu vales transporte e medicamentos,
- orientar sobre medidas preventivas relacionadas à transmissão da AIDS: sexual, uso de droga endovenosa, precauções com sangue e secreções	- orientação sobre sintomas relacionados à AIDS (ARC) - orientação para evitar possível transmissão do vírus aos filhos e co-habitantes	- compareceu à consulta e trouxe a criança de 6 meses. - filhos estão sob controle c/ pediatra, solicitado exames. - peso= 46 Kg. apresentou ganho de peso de 4 Kg.

## PLANO DE TRATAMENTO

Relacionado às Atividades de Vida Cotidiana

NOME: ERC

Reg.: 336295

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<ul style="list-style-type: none"> <li>- promover orientação e assistência psicológica</li> </ul>	<p style="text-align: center;">20.06.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- agendamento de consulta c/ psicóloga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- brigou com a cunhada, está morando em quarto dos fundos, em casa da amigos;</li> <li>- irmão dá ajuda financeira.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- promover grupalização;</li> <li>- avaliar estado geral</li> <li>- dividir os problemas e ansiedades com pessoas dos grupos e/ou profissionais que atuam com os grupos</li> </ul>	<p style="text-align: center;">09.08.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- encaminhamento ao Grupo de Apoio a Portadores de AIDS (GAPA) e reuniões de grupos das 3<sup>as</sup> feiras</li> <li>- encaminhamento para consulta médica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- morando com um amigo, relações sexuais com uso de condom, precauções com sangue e secreções</li> <li>- não contou ao companheiro sobre a doença. Ele ajuda nas despesas da casa e gosta das crianças.</li> <li>- acentuada queda dos cabelos- usando bonê.</li> <li>- fazendo alimentação mais natural.</li> <li>- irmão ajuda nas despesas com as crianças.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- controlar quadro ARC</li> <li>- prevenir infecções</li> <li>- recuperar peso normal</li> </ul>	<p style="text-align: center;">30.08.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- consulta médica, pedido de exames de rotina</li> <li>- orientação para cortar cabelos temporariamente e evitar produtos agressivos,</li> <li>- pesagem frequente para controlar peso em torno de 48-50 Kg.</li> <li>- orientação para aumentar ingestão de alimentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- morando com o companheiro e os filhos em barracão alugado</li> <li>- parando de usar drogas injetáveis, só cheira.</li> <li>- preocupada em não transmitir doença para o companheiro.</li> <li>- orientada para não fazer sexo oral, e uso constante de condom.</li> <li>- crianças ELISA.</li> </ul>

## PLANO DE TRATAMENTO

Relacionado às Atividades de Vida Cotidiana

NOME: ERC

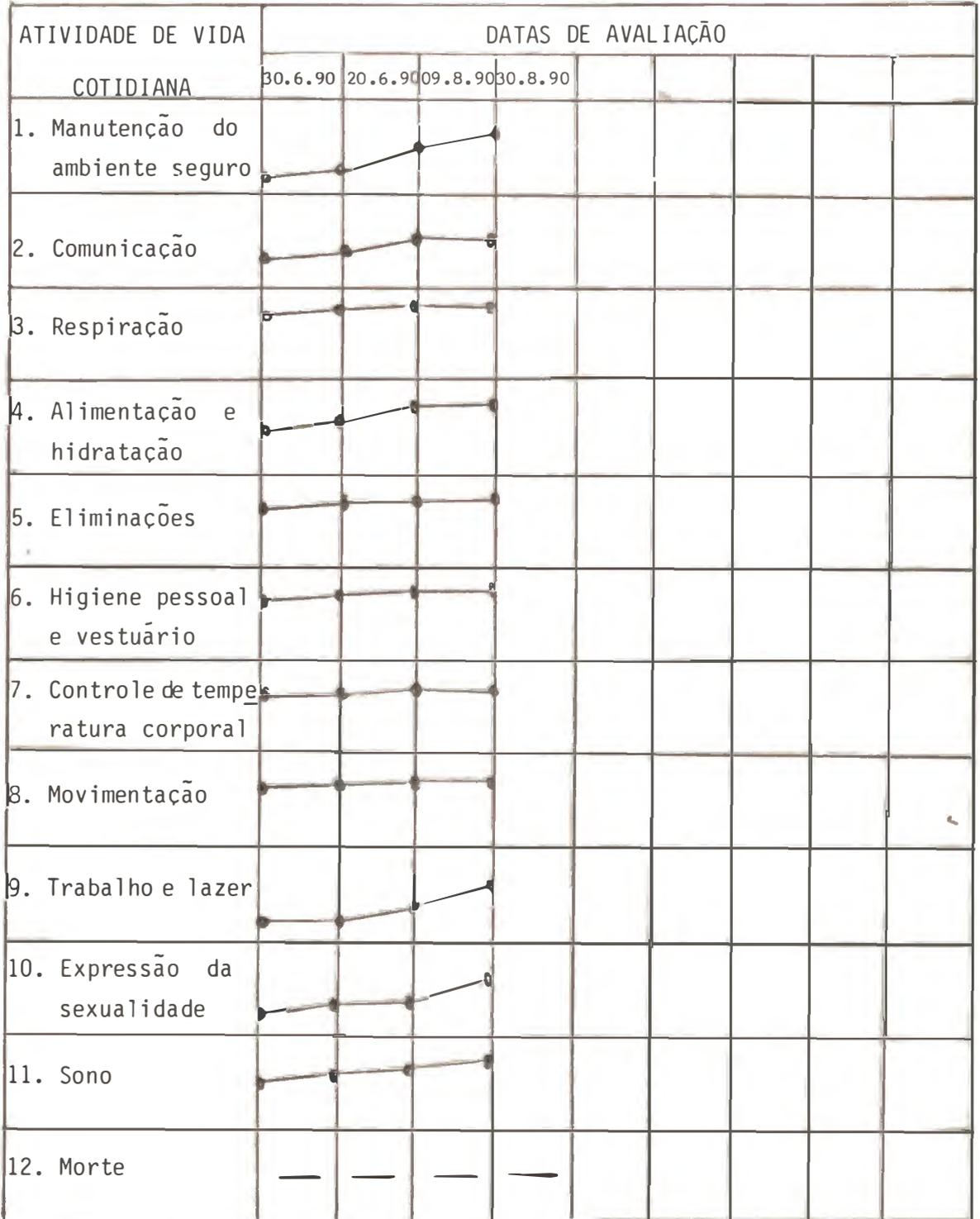
Reg.: 336295

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliações
	30.08.90	<ul style="list-style-type: none"><li>- menos preocupada com saúde das crianças.</li><li>- faz os serviços domésticos, gosta da casa limpa.</li><li>- peso= 46 Kg.</li></ul>

GRÁFICO DE AVALIAÇÃO DO ESTADO DE INDEPENDÊNCIA EM CADA  
 ATIVIDADE DE VIDA COTIDIANA

Nome: ERC

Reg.: 336295



2º CASO

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM SEGUNDO NANCY ROPER

Dados biográficos e de saúde

Data de Admissão: 1988

Data do histórico: 26.06.90 Enf.:

NOME: LFG

Reg.: 313408

Sexo: Masc. Idade: 22 anos

Data Nasc.: N/P

Estado Civil: solt.

Como prefere ser chamado: pelo nome

Endereço Residencial:

Habitação: casa 8 comod<sup>os</sup>, alvenaria, luz, água tratada, quintal.

Família c/ quem reside: Pais, avô, 2 irmãos.

A quem comunicar: Nome: Dona R.

Parentesco: filho

Endereço:

Ocupação: escriturário, agora cuida do quintal, tem horta

Seguro : aposentado por invalidez

Nacionalidade: Brasileira

Religião: Católica

- Percepção do cliente sobre seu estado de saúde: considera sua doença grave, sem cura, mas faz tudo para controlar a doença, toma os remédios corretamente, procura alimentar-se muito bem.
- Percepção da família do(a) cliente sobre seu estado de saúde: o filho do ente é o centro das atenções no lar. Tudo gira em torno das atenções e tratamento do cliente. A mãe o acompanha a todas as consultas.
- Razão da admissão/queixas: (visita domiciliar) crise convulsiva com queda e corte do queixo.
- Diagnóstico médico: AIDS - grupo IV
- História pregressa de saúde: saudável, vacinação completa, há 2 anos com perda de peso, sudorese noturna, fadiga, também pulmonar, candidíase, feito ELISA=HIV<sup>+</sup>, homossexual, usuário de droga, toxoplasmose cerebral e ganglionar.
- Alergias: não relata.
- Uso de medicamentos: Rifampicina, Isoniasida, Nizoral, Nistatina, antitérmicos, analgésicos, sulfametoxazol trimetropim.

## M O D O D E V I V E R

Atividades de vida cotidiana (AVC)

Data: 26.06.90

NOME: LFG

Reg.: 313408

Atividades de vida cotidiana (AVC)	Rotinas usuais: Grau dependência	Problemas atuais/potenciais
1. Manutenção do ambiente seguro	- casa arejada, ensolarada quarto privativo, ambiente seguro	- estado imunológico deprimido.
2. Comunicação	- passivo, dependente dos pais, principalmente mãe, tímido	- presença de doenças oportunistas persistente.
3. Respiração	- eufneico, embora tuberculose pulmonar.	- efeitos colaterais dos medicamentos podem dificultar nutrição adequada.
4. Alimentação e hidratação	- alimentação de boa qualidade, alimentos variados, de procedência conhecida, ingestão dificultada por monilíase.	- risco de se machucar com ferramentas
5. Eliminações	- sem queixas, elimina secreção esbranquiçada pelo anus (candidíase)	- risco de tétano ao lidar com terra e esterco.
6. Higiene pessoal e vestuário	- adequada, pele íntegra e bem cuidada, escovação dos dentes adequada.	- risco de repetir crise convulsiva, hipoxia, lesão SNC.
7. Controle da temperatura corporal	- apresenta picos febris esporádicos, faz uso de antitérmicos, prescrição médica.	- risco de contaminação dos pais com sangue e secreções.
8. Movimentação	- sem queixa para deambular, não sai de casa só	- depressão psicológica e ansiedade do cliente e familiares com a nova situação (crises convulsivas)
9. Trabalho e lazer	- aposentado, cuida do quintal, vê televisão, lê, sai de casa com os pais para passear.	
10. Expressão da sexualidade	- homossexual, inativo após diagnóstico de AIDS.	
11. Sono	- às vezes não consegue dormir, fica vendo TV, até tarde.	
12. Morte	- sabe que sua doença é incurável, faz de tudo para manter-se bem.	

## PLANO DE TRATAMENTO

Relacionado às Atividades de Vida Cotidiana

NOME: LFG

Reg.: 313408

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<ul style="list-style-type: none"> <li>- orientar sobre causa da <u>cri</u>se <u>convulsiva</u>.</li> <li>- orientar sobre procedimentos emergenciais em caso de <u>con</u>vulsão.</li> <li>- diminuir a ansiedade.</li> <li>- promover controle de estado epiléptico.</li> <li>- avaliar manutenção de <u>ambi</u>ente seguro para cliente e familiares.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">26.06.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- visita domiciliar.</li> <li>- relato da mãe sobre o ocorrido.</li> <li>- levantamento dos pontos de dúvida.</li> <li>- orientação e <u>esclareci</u>mento sobre as <u>dúvidas</u>.</li> <li>- discussão sobre <u>necessi</u>dade de o cliente ter <u>acesso</u> a todas as <u>infor</u>mações sobre o ocorrido.</li> <li>- orientação sobre <u>cuida</u>dos durante crise <u>convul</u>siva.</li> <li>- orientação para cuidados com sangue e secreções.</li> <li>- orientação para uso de luvas de couro para <u>li</u>dar na horta, evitar <u>fe</u>rimentos e <u>contaminação</u> com terra e esterco.</li> <li>- agendamento de consulta médica para dia 28 de junho de 1990.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- boa <u>receptividade</u>.</li> <li>- família <u>ansiosa</u>.</li> <li>- mãe protetora, solicitou ao filho que saísse da sala com os amigos para falarmos em particular.</li> <li>- filho ansioso e desconfiado.</li> <li>- mãe optou pela <u>necessi</u>dade de o filho estar informado sobre o ocorrido, <u>porquê</u> e cuidados.</li> <li>- cliente retornou à sala questionando sobre o que <u>estávamos</u> falando, <u>partici</u>pou da reunião, fez <u>pergun</u>tas.</li> <li>- <u>diminuição</u> da ansiedade, <u>as</u> <u>sociação</u> da possibilidade de convulsão estar relacionada com toxoplasmose.</li> <li>- família ficou agradecida <u>pe</u>la visita.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar estado emocional do cliente e familiares.</li> <li>- encaminhar à consulta <u>médi</u>ca.</li> <li>- orientar sobre <u>observação</u> dos efeitos do medicamento (anti-convulsivante).</li> </ul>	<p style="text-align: center;">28.06.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conversa sobre estado <u>ge</u>ral do cliente e <u>ocorrên</u>cia de convulsões.</li> <li>- após consulta médica, <u>ori</u>entação para observar <u>so</u>molência, irritação e <u>ou</u>tras alterações que <u>podê</u>riam estar associados ao uso do anti-convulsivan-<u>te</u>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cliente ficou em casa em <u>observação</u>, <u>evitou</u> atividades que <u>exigissem</u> maiores esforços.</li> <li>- não apresentou mais <u>crise</u> convulsiva.</li> <li>- cliente preocupado, após consulta médica, com a <u>pos</u>sibilidade de recidiva da toxoplasmose.</li> </ul>

## PLANO DE TRATAMENTO

Relacionado às Atividades de Vida Cotidiana

NOME: LFG

Reg.: 313408

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ajudar Srª R. a encontrar uma forma de diminuir <u>discriminação</u> ao filho pelos irmãos.</li> <li>- levantar possibilidades de reunião familiar.</li> <li>- oferecer material educativo de apoio.</li> <li>- promover a independência da Srª R. para resolver os <u>problemas</u> de sua família.</li> <li>- controlar uso de <u>anti-convulsivante</u>.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">28.06.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- encaminhamento para <u>tomografia</u> computadorizada (<u>pedido</u> médico)</li> </ul> <p style="text-align: center;">10.07.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conversa sobre o motivo dos irmãos estarem se afastando do cliente.</li> <li>- levantamento das <u>possibilidades</u> de solucionar o problema.</li> <li>- encaminhamento da <u>discussão</u> no sentido de dona R. encontrar a melhor <u>saída</u> para resolver o problema, estimulando a <u>independência</u>.</li> <li>- agendamento de <u>consulta</u> médica.</li> <li>- entrega de folheto <u>educativo</u> sobre AIDS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a família está mal informada sobre AIDS, gerando medo e discriminação ao cliente.</li> <li>- o cliente está emocionalmente afetado com o afastamento dos irmãos e sobrinhos.</li> <li>- Dona R. está decidida a <u>discutir</u> o problema com os <u>filhos</u>.</li> <li>- cliente muito sonolento com uso de anti-convulsivante.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar encaminhamento dado por Dona R. sobre <u>afastamento</u> familiar.</li> <li>- avaliar estado geral do <u>cliente</u>.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">17.07.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conversa sobre a <u>conduta</u> de reunir família para <u>almoço</u> e para discussão do problema.</li> <li>- consulta de enfermagem ao cliente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a família se propôs a <u>resolver</u> o problema após <u>discussão</u> e orientação através do folheto educativo.</li> <li>- a informação diminuiu o medo.</li> <li>- a melhora do quadro <u>emocional</u> do cliente e da família.</li> <li>- cliente mantendo quadro <u>estável</u>, sem queixas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- orientar sobre cuidados com a <u>candidíase</u>.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">16.08.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- consulta de enfermagem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- agravamento do estado geral, deprimido, dificuldade de <u>mastigar</u> e deglutir.</li> </ul>

## PLANO DE TRATAMENTO

Relacionado às Atividades de Vida Cotidiana

NOME: LFG

Reg.: 313408

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<ul style="list-style-type: none"> <li>- orientar s/ prevenção de <u>in</u>fecções.</li> <li>- orientar para alimentação adequada.</li> <li>- avaliar apoio familiar.</li> <li>- avaliar estado geral do cliente para atividades de vida cotidiana.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">16.08.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orientação para limpeza da cavidade oral com <u>gazi</u>nha até remover crostas, aplicar nistatina, bochechar e engolir medicamento, permanecer até 1 hora sem ingerir alimentos.</li> <li>- orientação para insistir na ingestão de alimentos que melhor tolere, semipastosa, sem sabor forte, coquetel de frutas.</li> <li>- orientação para higienização das mãos e cuidado com secreções.</li> <li>- encaminhamento médico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- eliminando secreção <u>esbran</u>quiçada pelo <u>ânus</u>, <u>candidí</u>a se em todo tubo digestivo.</li> <li>- emagrecimento.</li> <li>- enfartamento ganglionar <u>cer</u>vical.</li> <li>- episódios de febre.</li> <li>- família tem feito visitas frequentes, e convida <u>cli</u>ente para passeios, mas ele não aceita.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar estado geral do cliente para atividades de vida cotidiana.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">13.09.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- consulta de enfermagem.</li> <li>- encaminhamento médico.</li> <li>- encaminhamento Rx e <u>oftal</u>mologista.</li> <li>- orientação para repouso relativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- melhora da <u>candidí</u>ase.</li> <li>- agravamento da tuberculose pulmonar e linfática.</li> <li>- queixa diminuição <u>visão</u>.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- orientar mãe do cliente <u>so</u>bre resultados de exames.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">18.09.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conversa sobre os <u>resulta</u>dos dos exames</li> <li>- <u>biópsia</u> revelou tuberculose linfática progressiva, Rx - agravamento do <u>qua</u>dro pulmonar, <u>oftalmo</u>logia - infecção grave por <u>P. carinii</u>, com perda da <u>visão</u>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- agravamento do estado geral: <u>deprimido</u>, <u>infecção</u> ocular <u>Pneumocystis carinii</u>.</li> <li>- queda da imunidade.</li> <li>- medo de ficar cego.</li> <li>- indicado internação.</li> <li>- mãe muito triste.</li> </ul>

## PLANO DE TRATAMENTO

Relacionado às Atividades de Vida Cotidiana

NOME: LFG

Reg.: 313408

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar estado geral do <u>cli</u>ente para atividades de <u>vi</u>da cotidiana.</li> <li>- planejar assistência de <u>en</u>fermagem com participação do cliente.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">08.10.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conversa com cliente.</li> <li>- levantamento das <u>ansieda</u>des e preocupações.</li> <li>- planejamento da <u>assistên</u>cia, com o cliente.</li> <li>- banho de leito.</li> <li>- colocação de grades <u>late</u>rais, para delimitar <u>espa</u>ço seguro.</li> <li>- controle de <u>infusão veno</u>sa.</li> <li>- descrição do ambiente <u>pa</u>ra cliente se situar.</li> <li>- auxílio para ingerir <u>ali</u>mentos sem talheres, com as <u>mãos</u>, para <u>identifica</u>ção do alimento.</li> <li>- controle dos sinais <u>vi</u>taís.</li> <li>- orientação para <u>movimenta</u>ção no leito.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cliente inseguro, sem <u>en</u>xergar, deprimido, cansado de viver, preocupado com a mãe. Considera sua morte um descanso para si e para a família.</li> <li>- com medo de cair do leito.</li> <li>- apresentando episódios de febre, controle <u>medicamento</u>so.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar estado geral para atividades de vida <u>cotidia</u>na.</li> <li>- planejar assistência de <u>en</u>fermagem.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">10.10.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- planejamento da <u>assistên</u>cia com participação do cliente.</li> <li>- explicação sobre o plano de cuidados (paciente <u>con</u>cordou com monossílabos).</li> <li>- fazer: banho de leito, <u>hi</u>giene oral e aplicação de nistatina.</li> <li>- colocar coletor de urina.</li> <li>- verificar e controlar <u>si</u>nais vitais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- agravamento do estado geral, deprimido, apático, <u>passi</u>vo à assistência, <u>dependen</u>te para: <u>higienização</u>, <u>ali</u>mentação, <u>hidratação</u>, <u>elimi</u>nações no leito, pouca <u>co</u>municação.</li> <li>- recusando ingestão de <u>ali</u>mentos.</li> <li>- sem febre.</li> </ul>

## PLANO DE TRATAMENTO

Relacionado às Atividades de Vida Cotidiana

NOME: LFG

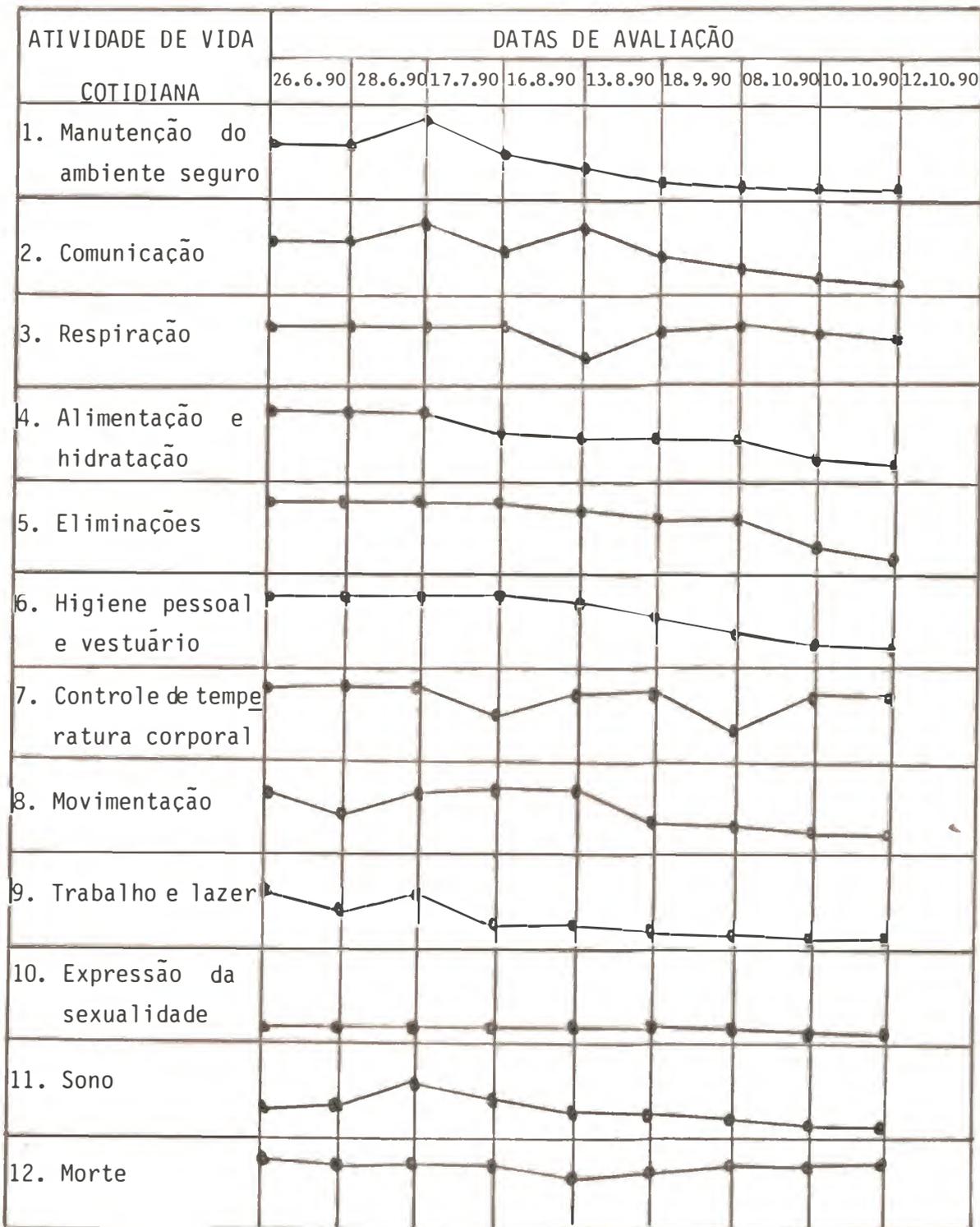
Reg.: 313408

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar estado geral para atividades de vida cotidiana.</li> <li>- planejar assistência de enfermagem.</li> <li>- promover ambiente tranquilo e acompanhamento da mãe.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">10.10.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- oferecer alimentos líquidos.</li> </ul> <p style="text-align: center;">12.10.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- planejamento para assistência de dependente total.</li> <li>- orientação para evitar barulhos e manipulações excessivas do cliente.</li> <li>- permissão para acompanhamento contínuo de familiares.</li> <li>- orientação à mãe para falar, acariciar e assistir ao filho.</li> <li>- banho de leito, higiene oral, dieta por SNG, higiene dos olhos, manter pálpebras fechadas umedecer com soro fisiológico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cliente grave, coma.</li> <li>- dependência total para atividades de vida cotidiana.</li> <li>- evoluindo para terminal, sem respostas ao tratamento.</li> <li>- mãe resignada com possibilidade de morte do filho.</li> <li>- sinais vitais mantidos sem anormalidades.</li> </ul>

GRÁFICO DE AVALIAÇÃO DO ESTADO DE INDEPENDÊNCIA EM CADA  
ATIVIDADE DE VIDA COTIDIANA

Nome: LFG

Reg. : 313408



3º CASO

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM SEGUNDO NANCY ROPER

Dados biográficos e de saúde

Data de Admissão: 1988

Data do histórico: 19.07.90 Enf.:

NOME: JMF

Reg.: 611513

Sexo: Masc. Idade: 52 anos

Data Nasc.: N/P

Estado Civil: solt.

Como prefere ser chamado: zezinho

Endereço Residencial:

Habitação: depósito de material, casa do irmão, sem banheiro.

Família c/ quem reside: irmão, cunhada e sobrinho, 19 anos.

A quem comunicar: Nome:

Parentesco: irmão

Endereço:

Ocupação: costureiro

Seguro : aposentado

Nacionalidade: Brasileira

Religião: Católica, praticante.

- Percepção do cliente sobre seu estado de saúde: não sabe como isso foi lhe acontecer, sempre foi recatado, temente a Deus. A doença lhe trouxe muitos problemas, tornou-se dependente do irmão, é rejeitado pelos familiares e amigos.
- Percepção da família do(a) cliente sobre seu estado de saúde: sentem medo e o rejeitam. O irmão considera ser sua obrigação amparar o cliente. Sabe pouca coisa sobre a doença.
- Razão da admissão/queixas: discriminação e maus tratos pela cunhada.
- Diagnóstico médico: AIDS, infecções oportunistas.
- História pregressa de saúde: sadio, trabalhador, independente, morava sozinho. Homossexual. Há mais ou menos 3 anos iniciou perda de peso, fraqueza, problemas respiratórios. ELISA HIV<sup>+</sup>. Ficou internado no HEM, quando recebeu alta foi morar com o irmão.
- Alergias: poeiras pioram o quadro respiratório.
- Uso de medicamentos: sulfametoxazol trimetropim - constante; vitaminas, sulfato ferroso, anti-diarréico, analgésico, anti-térmico.

## M O D O D E V I V E R

Atividades de vida cotidiana (AVC)

Data: 19.07.90

NOME: JMF

Reg.: 611513

Atividades de vida cotidiana (AVC)	Rotinas usuais: Grau dependência	Problemas atuais/potenciais
1. Manutenção do ambiente seguro	- morava só, agora reside com irmão em depósito de material, externo à casa.	- discriminação familiar.
2. Comunicação	- boa dicção, ouve e coordena bem os pensamentos.	- risco de acidentes com infecções.
3. Respiração	- independente.	- cuidados higiênicos insatisfatórios.
4. Alimentação e hidratação	- constrangido em aceitar a alimentação oferecida pela cunhada.	- destino indevido de excreções (no quintal).
5. Eliminações	- independente, em urinol, não pode usar o banheiro da casa.	- auto-rejeição.
6. Higiene pessoal e vestuário	- banho de copo no terreiro, à noite, lava suas próprias roupas.	- aumento do quadro depressivo, solidão.
7. Controle da temperatura corporal	- independente.	- estresse pode aumentar deficiência imunológica com recidivas de infecções oportunistas.
8. Movimentação	- independente, proibido de tráfegar pela casa principal.	- problemas digestivos por medicamentos.
9. Trabalho e lazer	- aposentado, vê televisão, passeios solitários, em parque da cidade.	
10. Expressão da sexualidade	- homossexual, sem relações após início da doença.	
11. Sono	- dorme mal, perde o sono à noite.	
12. Morte	- gosta de viver, segue o tratamento direitinho para manter-se controlado.	

## PLANO DE TRATAMENTO

Relacionado às Atividades de Vida Cotidiana

NOME: JMF

Reg.: 611513

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<ul style="list-style-type: none"> <li>- levantar histórico do cli<u>ente</u>.</li> <li>- identificar problemas para manutenção das atividades de vida cotidiana.</li> <li>- programar visita domiciliar.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">19.07.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- consulta de enfermagem.</li> <li>- levantamento de proble<u>mas</u> e prováveis soluções juntamente com cliente.</li> <li>- programação de visita do miciliar para dia 26.07 de 90, à tarde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cliente ansioso, deprimido, triste.</li> <li>- independente para maioria das atividades da vida coti<u>diana</u>.</li> <li>- orientado quando à AIDS e tratamento.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- levantar condições para de<u>se</u>mpenho das AVCs.</li> <li>- orientar família sobre ne<u>cess</u>idades de ambiente seguro do cliente, sobre AIDS, riscos, transmissibilidade e importância do apoio dos familiares.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">26.07.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- visita domiciliar.</li> <li>- conversa com cliente pa<u>ra</u> avaliar situação.</li> <li>- conversa com irmão para informar sobre AIDS e riscos de contágio.</li> <li>- fornecimento de impresso educativo para ser entre<u>gue</u> à cunhada.</li> <li>- orientação para cuidados com lesão e lavar com água e sabão, evitar po<u>eira</u>, prevenir infecção.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cliente mais tranq<u>u</u>ilo, sa<u>tis</u>feito com construção de quarto com banheiro, para uso.</li> <li>- apresentando bolha no dorso do pé E, reação medicamento<u>sa</u>.</li> <li>- irmão receoso a princípio, re<u>ceptivo</u> a seguir, convidou-me para entrar na casa prin<u>ci</u>pal.</li> <li>- cunhada manteve-se no quar<u>to</u> "ouvindo pelas paredes", segundo cliente.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar resultado visita do miciliar.</li> <li>- encaminhar dermatologista.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">07.08.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- consulta de enfermagem.</li> <li>- encaminhamento dermatolo<u>gista</u>.</li> <li>- encaminhamento para bió<u>psia</u> de pele.</li> <li>- orientação curativo p<u>é</u> E, lavar c/ soro fisiológico, passar camada fina dexametazona, não cobrir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cliente bem humorado, sorri<u>dente</u>, agradecido.</li> <li>- "a situação melhorou depois da visita"</li> <li>- lesão pé E mais ou menos 6 cm de diâmetro, líquido trans<u>lú</u>cido.</li> <li>- prurido e hiperemia nas re<u>giões</u> da face e braços.</li> </ul>

## PLANO DE TRATAMENTO

Relacionado às Atividades de Vida Cotidiana

NOME: JMF

Reg.: 611513

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<ul style="list-style-type: none"> <li>- analisar condições da cavidade oral e integridade dentes.</li> <li>- discutir risco para dentista, revelar ou não que é HIV<sup>+</sup></li> </ul>	<p style="text-align: center;">14.08.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- discussão de riscos para dentistas e AIDS</li> <li>- conversar sobre aspectos éticos.</li> <li>- orientação sobre escovação e uso de fio dental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cliente preocupado com estado dos dentes: careados, retração de gengivas.</li> <li>- confuso em revelar ao dentista que é portador de HIV.</li> <li>- lesão pé E, cicatrizada.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar conduta do cliente frente ao dentista.</li> <li>- levantar possibilidade de tratamento com dentista do HEM.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">21.08.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- consulta de enfermagem</li> <li>- encaminhamento médico.</li> <li>- agendada consulta com dentistas do HEM para 22.08, pela manhã.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dentista recusou-se a atendê-lo quando soube que era portador de HIV.</li> <li>- cliente triste, mas aliviado por ter falado a verdade.</li> <li>- preocupado com saúde bucal.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar satisfação em relação a tratamento dentário.</li> <li>- avaliar interação com família.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">28.08.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- consulta de enfermagem</li> <li>- orientação para cuidados com pele mais uso de medicamento tópico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cliente alegre, satisfeito com tratamento dentário.</li> <li>- "meu quarto já está pronto, com o banheiro. Estou recebendo visitas e minha cunhada já conversa comigo."</li> <li>- micose cutânea disseminada.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar: manutenção de ambiente seguro, higiene pessoal.</li> <li>- orientar sobre opção de mudar médico dermatologista.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">06.09.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- consulta de enfermagem</li> <li>- encaminhamento ao dermatologista.</li> <li>- conversa sobre o direito de escolher o tratamento que mais lhe agrada, o direito de acesso a todos os recursos oferecidos pelo HC, enquanto serviço público.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- feliz no ambiente domiciliar, melhorou relacionamento com parentes.</li> <li>- terminou tratamento dentário.</li> <li>- lesões cutâneas com prurido "não estão melhorando".</li> <li>- não está satisfeito com o tratamento dermatológico, quer mudar de médico.</li> </ul>

## PLANO DE TRATAMENTO

Relacionado às Atividades de Vida Cotidiana

NOME: JMF

Reg.: 611513

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliações
	<p data-bbox="595 540 701 566">06.09.90</p> <ul data-bbox="477 587 824 757" style="list-style-type: none"><li>- conversa sobre diálogo franco com dermatologista, sobre insatisfação com tratamento e desejo de mudar.</li></ul>	



4º CASO

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM SEGUNDO NANCY ROPER

Dados biográficos e de saúde

Data de Admissão: 1989

Data do histórico: 02.08.90 Enf.:

NOME: JER

Reg.: 321467

Sexo: Masc. Idade: 19 anos Data Nasc.: N/P Estado Civil: Solto.

Como prefere ser chamado: pelo primeiro nome

Endereço Residencial:

Habitação: quitinete, quarto, sala, cozinha, banheiro.

Família c/ quem reside: mãe e irmã.

A quem comunicar: Nome: Sra M.

Parentesco: mãe

Endereço:

Ocupação: ascensorista aposentado, jornalista.

Seguro : INSS

Nacionalidade: Brasileira

Religião: Católica.

- 
- Percepção do cliente sobre seu estado de saúde: cliente informa que o doutor lhe explicou sobre a doença. O que o doutor mandar ele faz, pois para ele é o doutor quem sabe.
  - Percepção da família do(a) cliente sobre seu estado de saúde: a família sabe que ele tem Sarcoma de Kaposi, mas não sabe o que é HIV<sup>+</sup>, ele não pretende contar, pensa que não precisa saber, para não ficar preocupada.
  - Razão da admissão/queixas: cliente não queixa, é muito passivo.
  - Diagnóstico médico: HIV<sup>+</sup>, Sarcoma de Kaposi.
  - História pregressa de saúde: era sadio, trabalhador e estudava, homossexual passivo.
  - Alergias: problemas respiratórios alérgicos leves.
  - Uso de medicamentos: quimioterápicos, analgésicos, anti-inflamatórios, complexo vitamínico, sulfato ferroso.

## M O D O D E V I V E R

Atividades de vida cotidiana (AVC)

Data: 02.08.90

NOME: JER

Reg.: 321467

Atividades de vida cotidiana (AVC)	Rotinas usuais: Grau dependência	Problemas atuais/potenciais
1. Manutenção do ambiente seguro	- independente em casa, vive bem com mãe e irmã	- estresse por medo de contar sobre infecção do HIV.
2. Comunicação	- pouco comunicativo, fala muito pouco.	- dificuldades de se relacionar, possibilidades de mal-entendidos, não discussão de problemas.
3. Respiração	- independente.	- dificuldades para elaboração conjunta de plano de tratamento.
4. Alimentação e hidratação	- come de tudo, faz refeições em casa, "comida boa, normal".	- risco de contato com secreções corporais.
5. Eliminações	- independente, sem anormalidades	- aumento de edema, e dificuldade de retorno venoso pela deambulação como jornalheiro.
6. Higiene pessoal e vestuário	- independente, as roupas são lavadas no banheiro.	- risco de queda de imunidade por causa de quimioterapia.
7. Controle da temperatura corporal	- não relata febre nem calafrios.	- desconhece efeitos e reações indesejáveis dos quimioterápicos.
8. Movimentação	- dificultada por edema dos membros, compressão venosa pelo Sarcoma.	
9. Trabalho e lazer	- jornaleiro para complementar renda familiar, gosta muito de entregar jornais.	
10. Expressão da sexualidade	- homossexual, não mantém relações sexuais após doença	
11. Sono	- dorme bem.	
12. Morte	- não manifestou percepção.	

## PLANO DE TRATAMENTO

Relacionado às Atividades de Vida Cotidiana

NOME: JER

Reg.: 321467

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar atividades de vida cotidiana</li> <li>- levantar problemas existentes e potenciais.</li> <li>- planejar tratamento conforme modo de viver do cliente.</li> <li>- orientar sobre tratamento quimioterápico.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">02.08.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- consulta de enfermagem.</li> <li>- levantamento de queixas.</li> <li>- plano de tratamento com participação do cliente.</li> <li>- orientação, com uso de folheto informativo sobre quimioterapia.</li> <li>- coleta de sangue para hemograma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cliente pouco comunicativo, passivo.</li> <li>- não faz repouso dos membros inferiores para ajudar retorno venoso.</li> <li>- pés muito edemaciados, usando sandálias muito apertadas, fazendo sulcos no dorso do pé esquerdo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar estado geral.</li> <li>- administrar quimioterápico.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">03.08.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- controle dos sinais vitais, antes, durante e após medicação.</li> <li>- administração de quimioterápico por infusão venosa.</li> <li>- avaliação das reações ao procedimento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tranquilo, passivo aos procedimentos.</li> <li>- cochilou, deitado na maca durante infusão.</li> <li>- orientado sobre efeitos da quimioterapia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- levantar possíveis reações ao quimioterápico.</li> <li>- colher sangue para hemograma.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">09.08.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- consulta de enfermagem</li> <li>- coleta de sangue.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sem queixas.</li> <li>- diminuição do volume dos nódulos (S.K.).</li> <li>- "troquei de chinelo, aquele estava muito apertado".</li> <li>- diminuição edema pé esquerdo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- administrar quimioterapia.</li> <li>- avaliar estado geral.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">10.08.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verificação dos sinais vitais.</li> <li>- administração do quimioterápico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sem queixas.</li> <li>- satisfação com resultados do quimioterápico.</li> <li>- fazendo repouso com pernas elevadas.</li> </ul>

## PLANO DE TRATAMENTO

Relacionado às Atividades de Vida Cotidiana

NOME: JER

Reg.: 321467

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar estado geral.</li> <li>- colher sangue para hemograma.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">23.08.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- consulta de enfermagem</li> <li>- coleta de sangue.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sem queixas.</li> <li>- fazendo repouso com pernas elevadas, nos intervalos da entrega de jornais</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar estado geral.</li> <li>- administrar quimioterápico.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">24.08.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verificação sinais vitais.</li> <li>- inspeção membros inferiores.</li> <li>- encaminhamento avaliação médica.</li> <li>- administração medicação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- apresentando sinais inflamatórios nos pés (calor, rubor, edema e dor) mais acen tuado no pé esquerdo.</li> <li>- após avaliação médica, prescrito quimioterápico e penicilina benzatínica.</li> <li>- hemograma dentro da normalidade.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- orientar cliente no novo ambiente.</li> <li>- adequar cama ao cliente.</li> <li>- orientar clientes para o autocuidado.</li> <li>- avaliar pele.</li> <li>- prevenir e tratar inflamações.</li> <li>- prevenir constrangimento, ansiedade em relação à procedimentos íntimos.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">27.08.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- apresentação do ambiente físico do hospital.</li> <li>- apresentação do colega de quarto.</li> <li>- demonstração do curativo com permanganato, das pernas e pés após banho de chuveiro.</li> <li>- orientação para encostar porta do banheiro durante procedimentos íntimos.</li> <li>- demonstrar funcionamento do leito. Elevar e baixar pés e cabeceira do leito.</li> <li>- orientação para não jogar papéis, objetos e restos de alimentos no piso e para não usar objetos do companheiro de quarto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- internado com aumentos acen tuados de lesões estafilocócica nos membros inferiores.</li> <li>- interessado em desenvolver autocuidado para continuar tratamento no domicílio e ambulatório.</li> <li>- receptivo e passivo ao tratamento.</li> <li>- pouco participante no planejamento.</li> </ul>

## PLANO DE TRATAMENTO

Relacionado às Atividades de Vida Cotidiana

NOME : JER

Reg. : 321467

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<ul style="list-style-type: none"> <li>- supervisionar autocuidado</li> <li>- avaliar resposta ao tratamento.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">27.08.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- administração de medicamentos.</li> <li>- orientação para manter membros inferiores elevados, quando deitado.</li> </ul> <p style="text-align: center;">29.08.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- exame físico.</li> <li>- supervisão dos cuidados pessoais - arranjo dos objetos de uso pessoal, arrumação do leito, curativo dos membros inferiores, ingestão de alimentos e líquidos, eliminações, relacionamento com o colega de quarto.</li> <li>- fazer medicação.</li> </ul> <p style="text-align: center;">09.09.90</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cliente independente para as atividades diárias.</li> <li>- Usa técnica correta de curativo.</li> <li>- bom estado higiênico.</li> <li>- melhora das lesões cutâneas dos membros inferiores.</li> <li>- ouve música, lê revistas , mantém diálogo - pouco -com colega de quarto.</li> <li>- aceitando bem a dieta.</li> <li>- com "muita vontade de voltar para casa, ficar perto das pessoas da família",saudades da sua casa.</li> <li>- alta hospitalar para continuar tratamento no ambulatório.</li> </ul>



50 CASO

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM SEGUNDO NANCY ROPER

Dados biográficos e de saúdeData de Admissão: ± 8 meses

Data do histórico: 18.07.90 Enf.:

NOME: JAC

Reg.: 311385

Sexo: Masc. Idade: 43 anos

Data Nasc.:

Estado Civil: Desq.

Como prefere ser chamado: pelo nome

Endereço Residencial:

Habitação: Apartamento 2 quartos, sala-cozinha, dependências.

Família c/ quem reside: sô.

A quem comunicar: Nome: Dona R.

Parentesco: mãe

Endereço:

Ocupação: psicólogo

Seguro : sim

Nacionalidade: Brasileira

Religião: não tem

- 
- Percepção do cliente sobre seu estado de saúde: no início comatoso. Após, espera melhorar e talvez voltar a trabalhar na clínica de Psicologia.
  - Percepção da família do(a) cliente sobre seu estado de saúde: família rejeita cliente, mora no interior, faz poucas visitas, não admite levá-lo para morar com eles, pois não sabem o que dizer para os amigos.
  - Razão da admissão/queixas: meningite.
  - Diagnóstico médico: HIV<sup>+</sup>, grupo IV, meningite, candidíase, diarreia crônica.
  - História pregressa de saúde: sem problemas mais sérios, até apresentar sintomas da AIDS.
  - Alergias: a chocolate, causa diarreia.
  - Uso de medicamentos: anfotericina B, corticosteróides, anti-diarréico, antibióticos, soroterapia de reposição hidroeletrólítica, antimicóticos (nistatina), anti-consulsivantes, analgésicos, antitérmicos.

## M O D O D E V I V E R

Atividades de vida cotidiana (AVC)

Data: 18.07.90

NOME: JAC

Reg.: 311385

Atividades de vida cotidiana (AVC)	Rotinas usuais: Grau dependência	Problemas atuais/potenciais
1. Manutenção do ambiente seguro	- residia só, em apartamento confortável, bom círculo de amizades.	- cliente internado grave, coma, crises convulsivas em 10.07.90.
2. Comunicação	- "difícil de relacionar com pessoas", meio arredio.	- dependência para todas as atividades de vida cotidiana.
3. Respiração	- independente.	- risco de aspiração de secreções durante crises convulsivas, instalação de pneumonia por estase, infecção hospitalar.
4. Alimentação e hidratação	- faz refeições em restaurantes, trabalho, gosta de cozinhar em casa nos finais de semana.	- mudança do ambiente.
5. Eliminações	- independente com 1 e 2 evacuações por dia.	- alteração da rotina.
6. Higiene pessoal e vestuário	- "exigente", banho noturno antes de ir para cama, morno, gosta de usar roupas finas, não usa jeans.	- alteração do padrão.
7. Controle da temperatura corporal	- apresenta episódios de febre depois que ficou doente, é muito "friorento".	- dificuldade de analisar informação.
8. Movimentação	- vendeu carro, anda de ônibus e gosta muito de caminhadas.	- modificação no modo de comunicar-se.
9. Trabalho e lazer	- psicólogo, gosta do que faz, salário baixo, mas o suficiente para viver.	- ansiedade, constrangimento em relação aos procedimentos íntimos.
10. Expressão da sexualidade	- bissexual, desquitado, optou pela homossexualidade, sem parceiro fixo.	- isolamento pela falta de visitas e acompanhantes.
11. Sono	- sempre dormiu pouco, ultimamente, faz uso de medicamento para dormir.	- Cefaléias pela hipertensão intracraniana.
12. Morte	- não gosta de conversar sobre AIDS, nem sobre morte.	- medicação intra-venosa vesicante.

## PLANO DE TRATAMENTO

Relacionado às Atividades de Vida Cotidiana

NOME: JAC

Reg.: 311385

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar estado geral.</li> <li>- planejar assistência com participação do cliente.</li> <li>- levantar potencialidades e preferências.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">18.07.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- entrevista.</li> <li>- exame físico.</li> <li>- planejamento do tratamento.</li> <li>- banho de leito.</li> <li>- fazer medicação.</li> <li>- promoção do conforto no leito.</li> <li>- oferecimento da alimentação.</li> <li>- oferecimento de "comadre" e "compadre" para eliminações.</li> <li>- promoção de ambiente organizado, limpo e silencioso.</li> <li>- verificação dos sinais vitais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cliente consciente, confuso, cefaléia, eliminações presentes, sem anormalidades, ansioso, não consegue repousar em soroterapia.</li> <li>- não gosta de muita conversa.</li> <li>- passivo aos procedimentos, gemente às vezes.</li> <li>- pálido, faceis de aborrecimento e irritação.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar estado geral.</li> <li>- planejar assistência com participação do cliente.</li> <li>- levantar potencialidades e preferências.</li> <li>- diminuir constrangimento em relação aos procedimentos mais íntimos.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">25.07.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- entrevista.</li> <li>- exame físico.</li> <li>- planejamento e discussão do tratamento</li> <li>- punccionar veia e administrar medicamento.</li> <li>- banho de leito, colocado em cadeira de descanso para arrumação do leito.</li> <li>- higienização no leito.</li> <li>- manutenção de cortina de visor fechada, nos procedimentos mais íntimos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cliente mais receptivo, ainda um pouco confuso.</li> <li>- pediu suspensão de soroterapia à noite para dormir melhor.</li> <li>- participou do planejamento dos cuidados.</li> <li>- aceitou bem dieta.</li> <li>- sem cefaléia.</li> <li>- cansado de ficar no leito.</li> <li>- viu um pouco de televisão.</li> </ul>

## PLANO DE TRATAMENTO

Relacionado às Atividades de Vida Cotidiana

NOME: JAC

Reg.: 311385

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<ul style="list-style-type: none"> <li>- orientar cliente no novo ambiente.</li> <li>- adequar cama ao cliente.</li> <li>- manter ambiente agradável.</li> <li>- encorajar cliente a lavar as mãos após eliminações no banheiro.</li> <li>- fornecer informação com clareza.</li> <li>- manter cliente orientado no tempo e espaço.</li> <li>- ajudar cliente a evitar sensação de estigma.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">01.08.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- entrevista.</li> <li>- levantamento de referências e potencialidades.</li> <li>- encaminhamento ao banheiro para banho de aspersão e eliminações.</li> <li>- informação sobre dia da semana, meses e horas.</li> <li>- levar cliente até a porta do quarto para se situar dentro do hospital.</li> <li>- conversa sobre funcionamento do serviço, e seu tratamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- alimentando bem, tomou banho de aspersão, sentado em cadeira.</li> <li>- bem humorado, participativo nos cuidados.</li> <li>- deambulando com ajuda.</li> <li>- sem cefaléia.</li> <li>- assiste televisão.</li> <li>- lê revista.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar estado geral.</li> <li>- estimular a independência para AVC.</li> <li>- conversar sobre tratamento.</li> <li>- planejar tratamento com participação do cliente.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">06.08.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- entrevista.</li> <li>- exame físico.</li> <li>- discussão dos objetivos e cuidados.</li> <li>- pesar o cliente.</li> <li>- administração de medicação e papa de hemácias.</li> <li>- controle de diurese.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tomou banho sozinho, fez barba.</li> <li>- queixou cefaléia, e "memória ruim".</li> <li>- dieta vindo de casa (frutas e uma refeição).</li> <li>- eliminações normais.</li> <li>- edema facial.</li> <li>- suspenso anfotericina B.</li> <li>- peso= 62,600 Kg.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar estado geral.</li> <li>- estimular potencialidades.</li> <li>- auxiliar cliente a reduzir ansiedades.</li> <li>- manter infusão intravenosa.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">08.08.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- entrevista.</li> <li>- levantamento de potencialidades e preferências.</li> <li>- promover ambiente confortável.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tomou banho sozinho.</li> <li>- anasarca.</li> <li>- diurese em 12 horas = 920ml</li> <li>- peso= 59 Kg.</li> <li>- assistir TV em cadeira de descanso.</li> </ul>

## PLANO DE TRATAMENTO

Relacionado às Atividades de Vida Cotidiana

NOME: JAC

Reg.: 311385

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliações
	<p style="text-align: center;">08.08.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- controle de diurese.</li> <li>- controle de infusão venosa.</li> <li>- orientação para higienização.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dor abdominal com fezes diarréicas e fétidas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar estado geral.</li> <li>- manter infusão venosa.</li> <li>- manter equilíbrio hidroeletrólítico.</li> <li>- auxiliar cliente a reduzir depressão.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">15.08.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- estimular conversa.</li> <li>- dar banho de leito.</li> <li>- fazer higiene íntima.</li> <li>- oferecer dieta.</li> <li>- levantamento de queixas.</li> <li>- estimular expressão das ansiedades.</li> <li>- administração da medicação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- deprimido, aceitando pouca dieta, cefaléia.</li> <li>- não quis conversar nem participar do planejamento.</li> <li>- queixoso e passivo aos procedimentos.</li> <li>- diarréia fétida.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar estado geral.</li> <li>- estimular potencialidades.</li> <li>- estimular mobilidade.</li> <li>- prevenir infecções hospitalares.</li> <li>- orientar higienização.</li> <li>- orientar para ingerir alimentos frescos, evitar biscoitos recheados e produtos químicos.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">22.08.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- entrevista</li> <li>- exame físico.</li> <li>- levantamento de potencialidades e queixas.</li> <li>- encaminhamento ao banheiro para higienização e eliminações.</li> <li>- estimular ingestão, pesar cliente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- diarréia com controle medicamentoso, queixa alimentação ruim, urinando bem, várias vezes, emagrecido - 55,500 Kg.</li> <li>- dormindo bem sob medicação.</li> <li>- não se lembra dos primeiros 15 dias de internação. Troca as palavras na verbalização.</li> </ul>
	<p style="text-align: center;">05.09.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- entrevista.</li> <li>- pesagem.</li> <li>- orientação para hábitos sádios de alimentação, prevenção de infecções e uso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cliente com melhora acentuada, ganho de peso: 62,00 Kg.</li> <li>- sem diarréia.</li> <li>- alta hospitalar com controle ambulatorial, em regime de</li> </ul>

## PLANO DE TRATAMENTO

Relacionado às Atividades de Vida Cotidiana

NOME: JAC

Reg.: 311385

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar estado geral.</li> <li>- levantar potencialidade.</li> <li>- estimular comunicação.</li> <li>- auxiliar cliente a reduzir depressão.</li> <li>- verificar acuidade auditiva.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">05.09.90</p> <p>adequado da medicação.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- agendamento de controle ambulatorial em regime de hospital-dia.</li> </ul> <p style="text-align: center;">27.09.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- entrevista.</li> <li>- exame físico.</li> <li>- promover ambiente tranquilo, silencioso e confortável.</li> <li>- levantamento de preferências e queixas.</li> <li>- orientar sobre planejamento de cuidados.</li> </ul>	<p>hospital-dia para tratamento quimioterápico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- reinternado, fraco, deprimido, perda da acuidade auditiva?</li> <li>- recidiva da criptococose.</li> <li>- apático, cefaléia, recusando conversa, desejo de solidão.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar estado geral.</li> <li>- estimular ingestão de alimentos.</li> <li>- estimular mobilização no leito.</li> <li>- promover higienização e conforto.</li> <li>- prevenir infecções hospitalares.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">06.10.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conversa explicando os cuidados ao cliente.</li> <li>- ajudar na movimentação no leito, fazer exercícios respiratórios passivos e ativos.</li> <li>- dar banho de leito, massagear com vaselina regiões de nodosidades ósseas.</li> <li>- fazer mudança de decúbito de 2 em 2 horas, colocar almofadas e coxins para conforto do cliente.</li> <li>- manter soroterapia endovenosa, administrar medicação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mantendo quadro: apático, recusando comunicar, emagrecido, diarreia fétida.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar estado geral.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">15.10.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- exame físico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- caquético, pálido respiran</li> </ul>

## PLANO DE TRATAMENTO

Relacionado às Atividades de Vida Cotidiana

NOME: JAC

Reg.: 311385

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<ul style="list-style-type: none"> <li>- orientar sob os cuidados a serem feitos.</li> <li>- promover higienização e conforto físico.</li> <li>- fazer companhia ao cliente</li> <li>- manter equilíbrio hidroeletrólítico.</li> <li>- diminuir solidão.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">15.10.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- higienização no leito.</li> <li>- fazer higiene oral e aplicar nistatina.</li> <li>- manter hidratação endovenosa.</li> <li>- insistir na ingestão, de alimentos (semi-líquidos)</li> <li>- oferecer dieta obstipante.</li> <li>- verificar sinais vitais.</li> <li>- administrar medicamentos, explicar os cuidados a serem feitos.</li> </ul>	<p>do de boca semi-aberta, deprimido, se recusando a comunicar, simula estar dormindo para não se comunicar. Não está respondendo ao tratamento, diarreia fétida.</p>





## M O D O D E V I V E R

Atividades de vida cotidiana (AVC)

Data: 10.09.90

NOME: SAL

Reg.: 340180

Atividades de vida cotidiana (AVC)	Rotinas usuais: Grau dependência	Problemas atuais/potenciais
1. Manutenção do ambiente seguro	- independente, mora com família, apartamento servido de saneamento básico.	- agressivo, agitado. - infecção SNC por CMV.
2. Comunicação	- "rebelde, agressivo desde criança" (irmã).	- alucinações, delírios. - contenção mecânica no leito.
3. Respiração	- independente.	- eliminações no leito. - soroterapia.
4. Alimentação e hidratação	- come de tudo, sem horários fixos.	- não aceita dieta. - pedindo para fumar.
5. Eliminações	- uma a duas evacuações ao dia, pastosas.	- risco de queda e traumatismos no leito.
6. Higiene pessoal e vestuário	- banho ao levantar, morno roupas joviais, de acordo com temperatura ambiental.	
7. Controle da temperatura corporal	- sem episódios de febre.	
8. Movimentação	- independente, sai muito de casa, ônibus ou moto, com amigos.	
9. Trabalho e lazer	- está desempregado, "não anda em boas companhias" (sua irmã).	
10. Expressão da sexualidade	- heterossexual, sem parceira fixa.	
11. Sono	- dorme e acorda tarde.	
12. Morte	- tem medo de morrer, não gosta de falar sobre o assunto.	

## PLANO DE TRATAMENTO

Relacionado às Atividades de Vida Cotidiana

NOME: SAL

Reg.: 340180

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar estado geral.</li> <li>- criar ambiente seguro.</li> <li>- manter cliente situado no tempo e espaço.</li> <li>- controlar sedação.</li> <li>- manter higiene corporal.</li> <li>- usar medidas de precauções com sangue e secreção.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">10.09.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- colocação de grades de proteção no leito.</li> <li>- fazer contenção mecânica.</li> <li>- conversar com cliente sobre dia, hora e procedimentos que estão sendo realizados.</li> <li>- colocar coletor de urina sistema fechado.</li> <li>- higienização corporal no leito.</li> <li>- administrar medicação.</li> <li>- oferecer dieta líquida por canudinho.</li> <li>- usar luvas e capote na prestação de cuidados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- agitado, com alucinações e delírios.</li> <li>- arranca equipamento de punção venosa.</li> <li>- não quer ficar no leito.</li> <li>- falando sem parar.</li> <li>- não tem consciência de tempo e espaço.</li> <li>- confuso, não entende orientações.</li> <li>- corte acidental no supercílio direito com sutura.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar estado geral.</li> <li>- criar ambiente seguro.</li> <li>- levantar potencialidades.</li> <li>- manter cliente situado no tempo e espaço.</li> <li>- controlar sedação.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">12.09.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- entrevista.</li> <li>- exame físico.</li> <li>- retirado contenção dos membros inferiores.</li> <li>- higienização no leito.</li> <li>- elevação da cabeceira.</li> <li>- oferecer dieta semipastosa.</li> <li>- administração de medicamentos.</li> <li>- controle dos sinais vitais.</li> <li>- explicação dos procedimentos e datas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cliente calmo, cooperativo, pouco confuso, usando sedativos, sonolento.</li> <li>- pediu para retirar contenção.</li> <li>- eliminações normais.</li> <li>- sem episódio de febre.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar estado geral.</li> <li>- levantar potencialidades.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">14.09.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- entrevista.</li> <li>- retirar grades do leito e contenção mecânica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cliente calmo, cooperativo.</li> <li>- cambaleante para deambular.</li> </ul>

## PLANO DE TRATAMENTO

Relacionado às Atividades de Vida Cotidiana

NOME: SAL

Reg.: 340180

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<ul style="list-style-type: none"> <li>- estimular autocuidado.</li> <li>- criar ambiente seguro.</li> <li>- situar cliente no tempo e espaço.</li> <li>- fazer planejamento do tratamento com participação do cliente.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">14.09.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- colocar cliente na cadeira de rodas e encaminhar ao banheiro.</li> <li>- supervisionar higienização corporal e oral.</li> <li>- discutir e explicar os procedimentos.</li> <li>- levá-lo até o corredor para se situar no espaço.</li> <li>- explicar sobre o serviço e tratamento.</li> <li>- administrar medicação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- interessado no tratamento.</li> <li>- aceitando bem dieta e hidratação oral.</li> <li>- irritado com medicação endovenosa (soroterapia).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar estado geral.</li> <li>- orientar para alta.</li> <li>- orientar para evitar uso de seringa e agulhas coletivas.</li> <li>- orientar uso de condom nas relações sexuais e evitar sexo oral.</li> <li>- orientar para prevenção de infecções.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">21.09.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- entrevista.</li> <li>- conversa sobre medidas de precaução com sangue e secreção.</li> <li>- orientação para alimentação sadia, fresca e limpa, alimentos bem cozidos.</li> <li>- encaminhamento para ambulatório.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- consciente, calmo, cooperativo.</li> <li>- ansioso para retornar ao domicílio.</li> <li>- alta com encaminhamento para ambulatório DIP/Bias Fortes.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar estado geral.</li> <li>- administrar medicação específica.</li> <li>- prevenir complicações decorrentes da medicação.</li> <li>- usar medidas de precauções com sangue e secreções.</li> <li>- levantar potencialidade.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">27.09.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- entrevista.</li> <li>- exame físico.</li> <li>- explicação ao cliente do tratamento.</li> <li>- canalizar vaso calibroso e adequado para administração de medicação vesicante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- readmitido para uso de "gancyclovir" endovenoso.</li> <li>- infecção ocular por CMV.</li> <li>- cliente na expectativa do tratamento trazer-lhe melhora.</li> <li>- cooperativo e independente para as AVC.</li> </ul>

## PLANO DE TRATAMENTO

Relacionado às Atividades de Vida Cotidiana

NOME: SAL

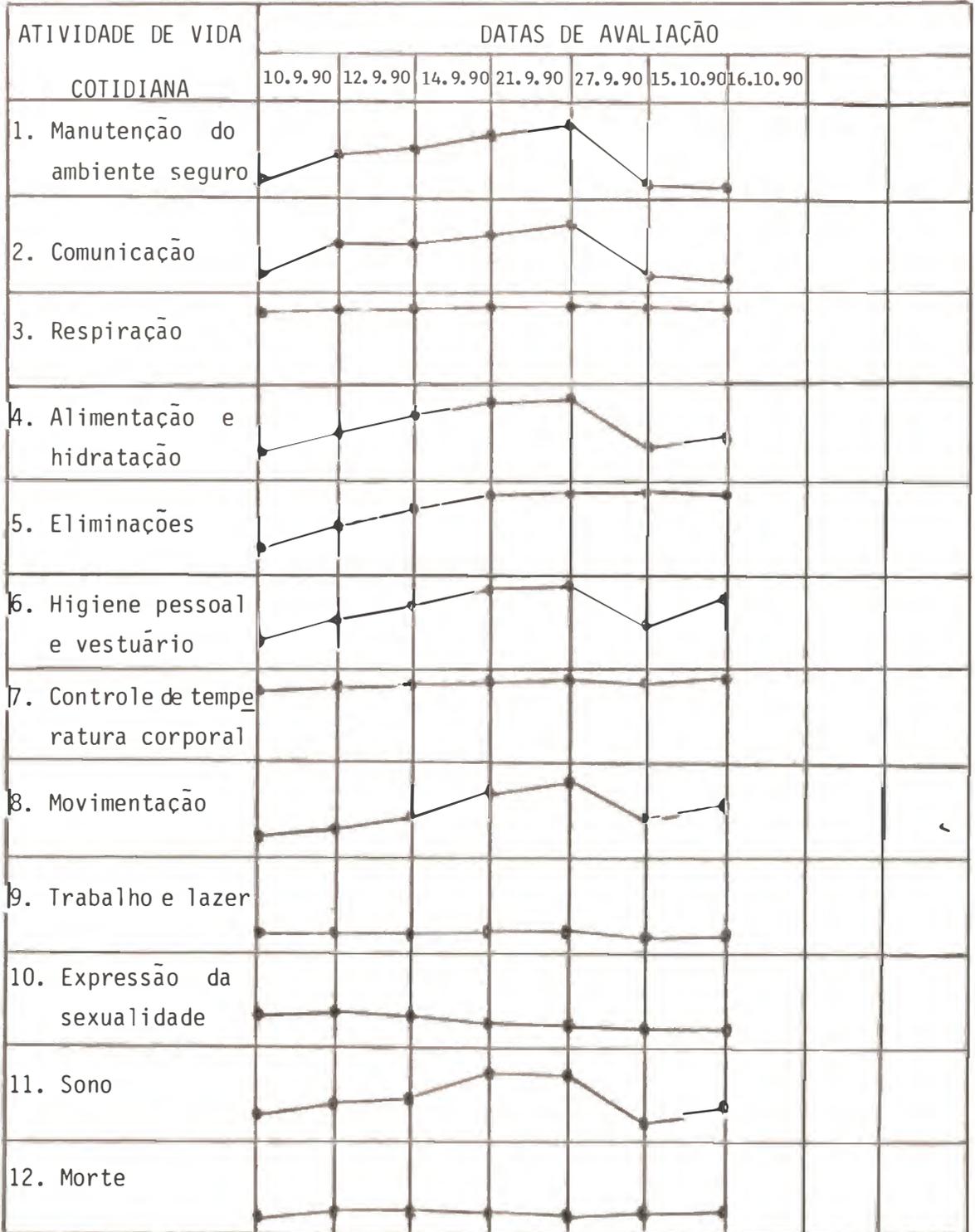
Reg.: 340180

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<ul style="list-style-type: none"> <li>- criar ambiente seguro.</li> <li>- promover relação de confiança da enfermeira com o cliente.</li> <li>- auxiliar cliente reduzir ansiedade.</li> <li>- administrar medicamento com segurança.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">27.09.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- elaboração do plano de tratamento com participação do cliente.</li> </ul> <p style="text-align: center;">15.10.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- abordar cliente de forma segura demonstrando interesse.</li> <li>- colocá-lo em ambiente privativo.</li> <li>- estimular manifestações do estado emocional e percepção da morte.</li> <li>- assegurar tratamento adequado.</li> <li>- administrar medicação sedativa para ajudá-lo na recuperação do equilíbrio emocional.</li> <li>- manter companhia da irmã, o tempo necessário.</li> <li>- acomodar cliente confortavelmente no leito para repouso.</li> <li>- administrar medicação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cliente agitado, agressivo, ameaçando a enfermagem, fugiu do hospital na noite anterior. Agitado porque colega de quarto faleceu no dia anterior, na sua companhia.</li> <li>- cliente refere que "já estou morto, estou com mau cheiro, sou um defunto".</li> <li>- ingeriu um frasco de água de colônia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- manter ambiente seguro.</li> <li>- auxiliar cliente a reduzir ansiedade.</li> <li>- estimular autocuidado.</li> <li>- criar relação da enfermeira com o cliente de confiança e compromisso.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">16.10.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- entrevista.</li> <li>- discussão e planejamento do tratamento participativo.</li> <li>- supervisão do autocuidado</li> <li>- estimular cliente a manifestar estado emocional.</li> <li>- conversar sobre tratamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cliente deprimido, preocupado com seu tratamento, independente para AVC, porém calado, ouvindo rádio, pediu desculpas pelo comportamento da noite do dia 15.</li> </ul>

GRÁFICO DE AVALIAÇÃO DO ESTADO DE INDEPENDÊNCIA EM CADA  
ATIVIDADE DE VIDA COTIDIANA

Nome: SAL

Reg.: 340180



79 CASO

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM SEGUNDO NANCY ROPER

Dados biográficos e de saúde

Data de Admissão: + 2 anos                      Data do histórico: 09.08.90 Enf.:

NOME: EFM

Reg.: DIP:611238

Sexo: Masc. Idade: 23 anos      Data Nasc.:              Estado Civil: solt.

Como prefere ser chamado: pelo nome

Endereço Residencial:

Habitação: quitinete.

Família c/ quem reside: companheiro

A quem comunicar: Nome:

Parentesco: amigo

Endereço:

Ocupação: bancário

Seguro : INSS

Nacionalidade: Brasileira

Religião: Católica, não praticante.

- Percepção do cliente sobre seu estado de saúde: está informado sobre AIDS, medidas de prevenção de doenças infecciosas, hábitos saudáveis de alimentação e expressão da sexualidade. Um estudioso de AIDS, quer escrever um livro sobre o assunto.
- Percepção da família do(a) cliente sobre seu estado de saúde: não tem conhecimento da sua condição de portador de HIV.
- Razão da admissão/queixas: contato com parceiro portador de HIV.
- Diagnóstico médico: HIV<sup>+</sup> assintomático.
- História pregressa de saúde: estado de saúde sob controle, sem doenças anteriores.
- Alergias: não tem.
- Uso de medicamentos: não.

## M O D O D E V I V E R

Atividades de vida cotidiana (AVC)

Data: 09.08.90

NOME: EFM

Reg.: 611238

Atividades de vida cotidiana (AVC)	Rotinas usuais: Grau dependência	Problemas atuais/potenciais
1. Manutenção do ambiente seguro	- independente - reside com amigo em quitinete no centro de Belo Horizonte.	- medo dos amigos, familiares e colegas de trabalho descobrirem que é portador de HIV.
2. Comunicação	- independente - preservada, audição, visão, raciocínio.	- risco de estresse e solidão por não aceitar dividir com outras pessoas seu estado (em acompanhamento com psicólogo).
3. Respiração	- independente.	
4. Alimentação e hidratação	- preparada em casa, sem produtos químicos, bem cozidos e limpos, "cuidadoso com alimentação".	
5. Eliminações	- independente, uma evacuação pastosa por dia.	
6. Higiene pessoal e vestuário	- independente, trajés juvenis, limpo e de acordo com clima.	
7. Controle da temperatura corporal	- independente, sem episódios de febre e calafrios.	
8. Movimentação	- independente.	
9. Trabalho e lazer	- bancário, 6 horas por dia, gosta do que faz "salário bom".	
10. Expressão da sexualidade	- bissexual, parceiros fixos prefere parceiro sexo masculino.	- relação heterossexual para "manter as aparências".
11. Sono	- independente, dorme de 6 a 8 horas por noite.	
12. Morte	- não admite morte, evita falar no assunto.	

## PLANO DE TRATAMENTO

Relacionado às Atividades de Vida Cotidiana

NOME: EFM

Reg.: 611238

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<ul style="list-style-type: none"> <li>- dar oportunidade de colocar seus sentimentos e ansiedades.</li> <li>- levantar problemas atuais e potenciais.</li> <li>- criar relação de compromisso e confiança.</li> <li>- avaliar estado geral.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">09.08.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- entrevista para levantamento de dados de saúde, expectativa e dúvidas sobre modo de viver.</li> <li>- encaminhamento para psicóloga.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- consciente sobre o seu estado e medidas de prevenção de doenças.</li> <li>- sem sinais e sintomas.</li> <li>- ansioso e temeroso com a possibilidade de ser descomperto.</li> <li>- cuidadoso com alimentação, cuidados higiênicos, e contatos sexuais.</li> <li>- fazendo acompanhamento com psicóloga.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar quadro imunológico.</li> <li>- realizar coleta de material para exames.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">21.08.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- testes cutâneos.</li> <li>- coleta de sangue.</li> <li>- entrevista.</li> <li>- agendamento de retorno para 23.08.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nervoso porque foi reconhecido por cliente do Banco, no corredor de espera.</li> <li>- solicitou ajuda para "despistar" o motivo da sua consulta, dizendo ao conhecido que era Leshmaniose.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- fazer leitura dos testes cutâneos</li> </ul>	<p style="text-align: center;">23.08.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- leitura das reações.</li> <li>- agendamento de retorno trimestral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- animado e feliz, porque seus exames mostravam sistema imunológico sem alterações.</li> </ul>

GRÁFICO DE AVALIAÇÃO DO ESTADO DE INDEPENDÊNCIA EM CADA  
ATIVIDADE DE VIDA COTIDIANA

Nome : EFM

Reg. : 611238

ATIVIDADE DE VIDA COTIDIANA	DATAS DE AVALIAÇÃO						
	09.8.90	21.8.90	23.8.90				
1. Manutenção do ambiente seguro	●	●	●				
2. Comunicação	●	●	●				
3. Respiração	●	●	●				
4. Alimentação e hidratação	●	●	●				
5. Eliminações	●	●	●				
6. Higiene pessoal e vestuário	●	●	●				
7. Controle de temperatura corporal	●	●	●				
8. Movimentação	●	●	●				
9. Trabalho e lazer	●	●	●				
10. Expressão da sexualidade	●	●	●				
11. Sono	●	●	●				
12. Morte	●	●	●				

8º CASO

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM SEGUNDO NANCY ROPER

Dados biográficos e de saúde

Data de Admissão: \_\_\_\_\_ Data do histórico: 16.10.90 Enf.: \_\_\_\_\_

NOME: VCS \_\_\_\_\_ Reg.: 337020

Sexo: Masc. Idade: 38 anos Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Estado Civil: solt.

Como prefere ser chamado: pelo nome

Endereço Residencial:

Habitação: Casa alvenaria, 7 comodors, luz elétrica, água tratada, quintal, às margens de um córrego.

Família c/ quem reside: mãe, irmã, sobrinha (8 anos)

A quem comunicar: Nome: Dona T.

Parentesco: mãe

Endereço:

Ocupação: cozinheiro aposentado

Seguro : INSS

Nacionalidade: Brasileira

Religião: Católica

- 
- Percepção do cliente sobre seu estado de saúde: cliente sem condições de informar.
  - Percepção da família do(a) cliente sobre seu estado de saúde: está em fase final, mas mantendo sem problemas graves, prefere fazer o tratamento em casa.
  - Razão da admissão/queixas: atendimento domiciliar, desidratação.
  - Diagnóstico médico: AIDS, grupo IV.
  - História pregressa de saúde: saúde boa, antes da AIDS, depois, de uns três anos para cá, está sempre tendo problemas.
  - Alergias: não tem.
  - Uso de medicamentos: insulina - é diabético.

## M O D O D E V I V E R

Atividades de vida cotidiana (AVC)

Data: 16.10.90

NOME: vgs

Reg.: 337020

Atividades de vida cotidiana (AVC)	Rotinas usuais: Grau dependência	Problemas atuais/potenciais
1. Manutenção do ambiente seguro	- acamado, tratamento domiciliar, cuidado pela mãe e irmã.	- risco de infecções respiratórias - pneumonia por estase, e escaras de decúbito.
2. Comunicação	- através de gestos e sinais	- falta de movimentação no leito.
3. Respiração	- independente.	- desidratação.
4. Alimentação e hidratação	- dieta semi-pastosa, vegetariana, hidratação oral por canudinho.	- caquexia.
5. Eliminações	- fezes na "comadre", urina por coletor.	- precauções com sangue e secreções.
6. Higiene pessoal e vestuário	- episódios de febre.	- episódios de febre.
7. Controle da temperatura corporal	- banho de leito, uso contínuo de pijamas.	- é diabético.
8. Movimentação	- controle de glicosúria.	- dieta pobre em açúcar.
9. Trabalho e lazer	- episódios de febre.	
10. Expressão da sexualidade	- pouca movimentação ativa no leito, muito dependente	
11. Sono	- aposentado, TV, presença da família e cadelinha.	
12. Morte	- homossexual inativo, afetividade familiar.	
	- gosta de ficar acordado até tarde, vendo TV.	
	- família "conformada" e aceita o fato.	

## PLANO DE TRATAMENTO

Relacionado às Atividades de Vida Cotidiana

NOME: VGS

Reg.: 337020

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliações
<ul style="list-style-type: none"> <li>- hidratar com soroterapia em dovenosa de expansão</li> <li>- elaborar planejamento de cuidados com participação da mãe.</li> <li>- levantar potencialidades</li> <li>- supervisionar mãe para precauções com sangue e secreções.</li> <li>- criar relação enfermeira / cliente/família satisfatória.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">16.10.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- visita domiciliar.</li> <li>- exame físico.</li> <li>- administração soroterapia</li> <li>- verificação elasticidade e turgor da pele.</li> <li>- verificação umidade das mucosas oral e ocular.</li> <li>- verificação pulso e temperatura.</li> <li>- avaliação estado higiênico e nutricional.</li> <li>- entrevista com mãe.</li> <li>- levantamento potencialidades para autocuidado.</li> <li>- elaboração e discussão plano de tratamento.</li> <li>- orientação e supervisão com precauções sangue e secreções.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cliente bem cuidado, limpo, sem escaras de decúbito.</li> <li>- desidratado 2º para 3º grau.</li> <li>- dificuldades para comunicar, ouve mas não fala.</li> <li>- comunicando por gestos, balbúcios e expressão facial.</li> <li>- eliminações normais, fezes em "comadre" e urina por coletor fechado.</li> <li>- aceitando dieta semi líquida por canudinho.</li> <li>- mãe orientada, usando técnicas de precauções com sangue e secreções.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- manter hidratação por via oral.</li> <li>- elaborar planejamento de cuidados com participação da mãe.</li> <li>- avaliar estado geral.</li> <li>- promover distração e situação no tempo e espaço.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">17.10.90</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orientação para oferecer soro de reidratação oral.</li> <li>- estimular ingestão de alimentos.</li> <li>- mudar posição do leito, próximo da janela para tomar sol pela manhã e permitir observação externa.</li> <li>- supervisão medida de glicosúria.</li> <li>- explicar sobre data, horário e procedimentos ao cliente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cliente hidratado.</li> <li>- manifestou satisfação ao ser colocado próximo à janela (expressão facial).</li> <li>- glicosúria negativa.</li> <li>- mãe orientada, demonstrando carinho ao cuidar do filho.</li> <li>- preocupada em criar ambiente agradável e familiar para o cliente.</li> <li>- faz os cuidados e dá medicação corretamente.</li> </ul>

GRÁFICO DE AVALIAÇÃO DO ESTADO DE INDEPENDÊNCIA EM CADA  
 ATIVIDADE DE VIDA COTIDIANA

Nome: vcs

Reg. : 337020

ATIVIDADE DE VIDA COTIDIANA	DATAS DE AVALIAÇÃO							
	16.10.90	17.10.90						
1. Manutenção do ambiente seguro								
2. Comunicação								
3. Respiração								
4. Alimentação e hidratação								
5. Eliminações								
6. Higiene pessoal e vestuário								
7. Controle de temperatura corporal								
8. Movimentação								
9. Trabalho e lazer								
10. Expressão da sexualidade								
11. Sono								
12. Morte								

## 4.2 Descobrimos o fenômeno

### 4.2.1 O histórico de enfermagem

Procedi à identificação dos clientes de acordo com o instrumento proposto por Roper. O endereço e data de nascimento foram omitidos e o nome está representado pelas iniciais. Combinei com eles suprimir dados que permitissem identificá-los.

O preenchimento do Histórico de Enfermagem se deu desde o primeiro contato. Nele constam dados que serviram como base para avaliações e planejamento, são informações que visam a individualização do cliente.

Embora eu esteja usando apenas as iniciais, no prontuário dos serviços de saúde, deve-se usar o nome de batismo, ou de registro civil do cliente, por extenso. Esta medida poderá evitar confusões e transtornos graves, comuns aos homônimos, e mais ainda, nomes com as mesmas iniciais. Este risco poderá ser eliminado pelo número do registro geral ou prontuário do cliente no serviço.

O registro de apelido, ou nome pelo qual o cliente prefere ser chamado, reforça a individualidade e mostra interesse da enfermeira pela valorização do bem-estar e auto-estima do cliente. Este fato ficou evidenciado pela manifestação do cliente JMF, que prefere ser chamado de Zezinho, "estou mais acostumado, desde criança que me chamam assim... Zezinho... gosto mais..."

O item sexo, refere-se à qualidade de ser anatomicamente homem ou mulher, considerados os estereótipos da sociedade ocidental. A opção pela expressão da sexualidade-homo, hetero ou bissexual será avaliada nas atividades de vida cotidiana. Dos oito casos estudados, sete eram do

sexo masculino e um do sexo feminino.

O endereço residencial, tipo de habitação e com quem reside são dados importantes. Podem indicar situações do modo de viver que interferem no continuum dependência-independência, possíveis fatores de riscos que precisam ser prevenidos e determinam condições de impedimento de uma evolução desejável, como ficou elucidado pelos três exemplos a seguir:

a cliente ERC não tinha onde morar, passou a residir de favor com o irmão, a cunhada não mais a aceitou em casa, mudou-se com os 2 filhos para quarto de fundos na casa de amigos. "um cômodo com sanitário e lavanderia coletivos". Depois alugou barracão de fundos com sala-cozinha, quarto, banheiro e lavanderia privativos.

o cliente VGS reside com a mãe, irmã e sobrinha. Casa com 2 quartos, sala, copa, cozinha, banheiro, lavanderia e quintal. É ensolarada, arejada, servida de saneamento básico, local tranquilo, às margens de ribeirão, com muitos pernilongos à noite, bairro distante do centro de Belo Horizonte.

o cliente JAC mora sozinho em apartamento de 2 quartos, copa, sala, cozinha, banheiro e área de serviço, situado em bairro próximo ao centro da cidade, prédio com elevador, e completa infra-estrutura de saneamento básico. Sua família reside em cidade do interior.

Obter informação de a quem comunicar pode indicar afetividade, posição do cliente no grupo familiar. Nos casos que estudei os clientes se referiram às mães e irmãos.

Em se tratando da AIDS, o cliente pode querer ocultar da família o fato, como aconteceu com EFM que:

indicou para comunicante o amigo, seu companheiro de residência, "minha família não sabe nem pode saber do meu problema... eles nunca iam me aceitar..."

Estas informações indicam com quem se pode contar para o planejamento do tratamento do cliente, e se é discriminado pela própria família. A recusa da família em aceitar o cliente portador de HIV pode ser constatada pelas situações de:

ERC foi expulsa da casa do irmão, mudou-se para outro local com os 2 filhos, porque "a minha cunhada tem medo de pegar a doença"

JMF, foi morar com o irmão, mas em cômodo externo à casa principal "porque a mulher dele tem medo de pegar a doença."

Levantar a ocupação, profissão ou meio de ganhar a vida economicamente e a satisfação relacionada ao tipo de trabalho que o cliente desenvolve é importante. Dependendo da forma como a infecção se manifesta, o tratamento pode ter custo bastante elevado, não sendo viável pelo salário ou pela aposentadoria paga pelo seguro ou previdência, necessitando, muitas vezes, da complementação por parte de familiares e instituições de apoio.

A influência da situação econômica do cliente e família no seu tratamento pode ser exemplificada por:

ERC não tem emprego, recebe mesada do irmão, divide despesas com companheiro, aposentadoria por invalidez em andamento,

LFG é aposentado, tratamento com custo muito elevado, irmãos ajudam e mãe faz rosquinhas por encomenda para complementar a renda,

EFM é portador de HIV sem sintomas, bancário, gosta do trabalho, todo controle de saúde e tratamento é feito em serviço público, com pequenos gastos,

JER, o portador de sarcoma de Kaposi levou à edema grave dos membros inferiores, aposentado como ascensorista, jornalista para completar "... gosto muito de entregar jornais." Seu estado é agravado pela atividade de andar longas distâncias entregando jornais.

A religião do cliente tem sido considerada um dado importante para planejamento de assistência de enfermagem. ROPER<sup>(38)</sup> diz que "para as enfermeiras é importante saber sobre quaisquer crenças e práticas religiosas, que têm ligação com o plano de enfermagem. Crenças religiosas podem ter elo direto com o modo de vida do cliente, como a alimentação, hidratação, higiene pessoal e vestuário". Nos casos que estudei, sete clientes referiram ser católicos e um disse ser ateu.

A crença em Deus para JMF se manifestou ao referir à AIDS como castigo, assim expressa:

"não entendo porque peguei AIDS, sempre fui tão recatado, tão temente a Deus, eu não merecia este castigo..."

A manifestação da religião se deu também pelo sentimento de impotência e confiança na vontade de Deus. As mães de LFS e VGS, clientes em fase terminal, referiram:

"confio meu filho à vontade de Deus, o que a gente pode fazer? Só Deus sabe o que é melhor para ele."

Nos estudos de casos alguns dados foram retirados dos Prontuários dos clientes, antes da primeira entrevista. Eu já tinha diversas informações sobre cada caso, e foram oportunamente confirmadas, ao longo do desenvolvimento do trabalho.

A avaliação da percepção do cliente sobre seu estado de saúde foi feita desde o início da interação com o cliente, através de pergun

tas, afirmações, manifestações de dúvidas e ansiedades. Também, fiz a pergunta diretamente, o que você sabe ou gostaria de saber sobre seu estado de saúde? Ao responder, o cliente deu-me informações importantes para que pudesse identificar o seu modo de viver o binômio saúde-doença, fator importante para que eu pudesse planejar adequadamente o seu tratamento.

O grau de conhecimento sobre a doença e suas implicações no modo de viver são essenciais para o continuum dependência-independência do cliente. Quanto mais informado, melhores condições ele terá de realizar o autocuidado, no sentido de promover sua independência para as atividades de vida cotidiana.

EFM era um estudioso da AIDS, artigos e livros de todas as áreas lhe interessavam, e assim se expressava:

"Quero escrever um livro sobre ser aidético, mas um livro para portadores da AIDS, não para psicólogos, médicos, enfermeiros, políticos mas para pessoas como eu, portadores do HIV".

Este cliente é portador de HIV assintomático e tem a convicção de manter-se assim "até descobrirem um medicamento eficaz contra o vírus, aí eu serei uma pessoa que se curou da AIDS." Tem consciência de ser um transmissor potencial do vírus, mas toma medidas preventivas recomendadas, não pratica sexo oral, usa condom nas relações sexuais e mantém parceiro fixo.

O levantamento da percepção da família do cliente sobre seu estado de saúde indicou-me as facilidades e dificuldades que ele enfrenta no seu grupo social mais próximo. No caso da AIDS a discriminação começa pela própria família do cliente.

Quando a família está informada e devidamente orientada sobre a doença, ela poderá tornar-se excelente colaboradora para o tratamento, cria-se um ambiente de confiança, fraternidade e apoio ao cliente.

Vivenciei experiências de planejamentos de cuidados participativos e muito positivos, envolvendo familiares dos clientes, como elucidado pelo caso do VGS.

A família de VGS estava orientada sobre a AIDS, preferia tratar do cliente em casa, proporcionando-lhe ambiente aprazível e uma assistência de boa qualidade, sem risco de infecções hospitalares e junto a pessoas que representavam afetividade e carinho.

O Histórico de Enfermagem pode conter ainda as queixas do cliente que geralmente são o principal motivo da procura ao serviço. Muitas vezes a queixa principal não é a origem efetiva dos problemas de saúde, mas devem servir de ponto de partida para a avaliação mais ampla do modo de viver da pessoa. A partir dela levantamos a história pregressa de saúde, um possível diagnóstico médico, alergias e uso de medicamentos.

Todos estes dados complementam uma avaliação inicial do estado de saúde do cliente. Esta fase do processo de enfermagem pode ser realizada rapidamente, e torna-se necessária, parcial ou integralmente, conforme circunstâncias em que tenha ocorrido o primeiro contato; mesmo em casos emergenciais, informações preliminares precisam ser tomadas, elas irão ajudar no planejamento e execução do tratamento adequado a cada cliente, individualmente.

A importância de se levantar estes dados iniciais do cliente, mesmo em situação de emergência, me foi apresentada pela visita domici

liar ao cliente VGS: levantei junto à mãe dele os dados iniciais, indispensáveis ao procedimento: nome, endereço, queixa principal, que neste caso era desidratação grave, a medicação a ser administrada, material disponível em casa e aquele que precisaria levar. No domicílio, prestei os primeiros cuidados e enquanto a soroterapia se processava, completei o histórico, através de entrevista com a mãe e de observação direta ao cliente.

#### 4.2.2 O modo de viver

O conhecimento do modo de viver do cliente enfoca o indivíduo como pessoa, com seus problemas e necessidades, vendo-o social e historicamente. Permite uma abordagem dos aspectos físicos, biopsíquicos e culturais interrelacionados.

A pessoa se coloca para a enfermeira como indivíduo e como ser, em interação com o meio ambiente, no seu aspecto mais amplo, como sistema aberto em relação de permuta constante com o exterior, um modificando o outro.

O levantamento do modo de viver do cliente tem como objetivos desvelar:

- rotinas para as atividades de vida cotidiana;
- o que o cliente pode fazer sozinho;
- o que o cliente não pode fazer sozinho;
- problemas do momento e problemas em potencial;
- mecanismos possíveis para lidar com estes problemas.

O objetivo da assistência de enfermagem é promover e manter a independência máxima do cliente para realizar suas atividades de vida cotidiana conforme o modo de viver individual, respeitando a potencialidade de cada um. É importante para o cliente manter a independência e auto-estima.

O enfoque do modo de viver para o tratamento não está nas necessidades sentidas, mas na avaliação das atividades vitais da pessoa, porque elas são comportamentais e refletem manifestações humanas.

O modo de viver, fundamento do Modelo de Nancy Roper, para avaliar o estado do cliente, é útil para garantir que será visto como uma pessoa inteira, que embora colocando o cliente no centro da atenção, não se limita ao individual, mas também às pessoas que o cercam, tanto ao grupo familiar, grupo social, também àqueles envolvidos no tratamento. Estende-se tanto aos doentes quanto às pessoas sadias que poderão vir a sofrer danos, atendendo, também, ao aspecto preventivo na saúde.

ROPER<sup>(40)</sup> distinguiu os problemas potenciais dos reais, usando a letra p, para aqueles preveníveis. Em meu trabalho preferi designá-los com o termo, risco, para salientar o aspecto de prevenção, por considerar mais forte, permitindo maior destaque, como alerta.

O estudo dos modos de viver de 8 clientes se deu através da avaliação das 12 atividades vitais propostas por Roper. Cada atividade dispõe de diversas dimensões, um conjunto integrado de pequenas atividades separadas, abrangendo os aspectos bio-psicossociais.

#### 4.2.2.1 Manutenção de ambiente seguro

Diversas atividades são diariamente realizadas para manter o ambiente seguro, muitas já estão inseridas nas rotinas das pessoas que, frequentemente, são executadas inconscientemente.

Foi importante avaliar as condições nas quais os clientes se sentiam num ambiente seguro, quando internados, no ambulatório ou no domicílio. Isto pode ser constatado pelos seguintes exemplos:

A discriminação sofrida por JMF trouxe problemas para a manutenção do ambiente seguro. Ele se sentia rejeitado, sozinho embora morando com familiares, num quarto de despejo, transitando por quintal cheio de quinquilharias. Corria o risco de se acidentar; sem local adequado para realizar higienização e eliminações.

A infecção ocular de LFG, levando à diminuição da acuidade visual, com posterior cegueira, trouxe para o cliente a insegurança, medo e depressão psicológica por não conseguir desenvolver atividades diárias. Quando hospitalizado esta insegurança aumentou. O ambiente hospitalar era-lhe totalmente estranho. O espaço e disposição dos móveis, não percebidos fisicamente, oferecia também riscos de quedas e acidentes.

*21.7 de  
'oportunidade'  
em relação  
do espaço*

#### 4.2.2.2 Comunicação

A comunicação, pela sua própria natureza, está embutida nas interações interpessoais. O relacionamento humano detém importantes dimensões dentro do contexto do modelo de vida. Ele inclui a linguagem verbal e não verbal, através de expressões faciais e linguagem do corpo.

Quando avaliava a habilidade do cliente de se comunicar, levei em conta fatores como o nível de desenvolvimento e informações, inteligência, traços de personalidade e disposição, no momento de interagir comigo. Encontrei situações bastante variadas, podendo citar:

JMF falava devagar, baixo, expressava verbalmente suas idéias, conceitos e dúvidas de forma bastante clara e coerente. Chorou ao se referir à discriminação sofrida na família;

JER não ficava à vontade, respondia aos questionamentos quase sempre com monossílabos, não se queixava. Sua postura corporal era encolhida e tímida. Sempre passivo ao tratamento.

LFG, em estado de coma, não podia comunicar sentimentos, impressões e desejos devido às interferências fisiológicas dos órgãos do sentido,

JAC apresentava confusão mental e estado depressivo, se recusava conversar, manifestando sono e cansaço, com frequência.

A comunicação pelo toque é bastante sutil, embora de uso menos frequente, podendo significar afetividade e sentido de apoio. Considerando ser a AIDS, uma doença transmissível, o efeito psicológico do toque é bastante expressivo, SINNO<sup>(42)</sup>. Demonstrei ao cliente que eu não estava com medo de contrair a doença, que eu não o rejeitava. Este simples ato de estabelecer contato aproximava-nos e criava entre nós uma relação de apoio e confiança, elucidada pela situação:

Ao entrar no quarto de LFG, que não mais enxergava devido à infecção ocular por *P. carinii*, me identifiquei verbalmente e toquei suas mãos para cumprimentá-lo, ele correspondeu ao aperto de mão e disse "que bom estar aqui, não estou vendo nada, não sei como é o lugar que estou... podemos conversar?" devagar fui descrevendo detalhadamente o ambiente físico, estimulando a participação dele.

*→ Perceções de  
infunção  
amb  
sistema*

#### 4.2.2.3 Respiração

O oxigênio é absolutamente necessário para todas as células; todas as outras atividades da vida são dependentes da respiração. É importante observar as incursões pulmonares, bem como o esforço gasto para fazê-las.

A qualidade do ar inspirado pode determinar a capacidade respiratória; é o que se pode inferir pela descrição a seguir:

JER morava no centro de Belo Horizonte, local onde o ar atmosférico apresenta altos índices de poluição, e em quitinete com pouca ventilação, frequentemente apresentava problemas respiratórios alérgicos.

A integridade anátomo-fisiológica interfere na atividade da respiração. O portador de AIDS pode apresentar doenças respiratórias com certa frequência, VERONESI<sup>(46)</sup>, GRECO<sup>(18)</sup>, BRUNNER e SUDDARTH<sup>(8)</sup>. A pneumocistose e a tuberculose são mencionadas como as mais comuns e se apresentam de forma crônica e de difícil tratamento. Meus achados evidenciam estes dados.

LFG apresentava tuberculose pulmonar que posteriormente disseminou para outros órgãos. Não apresentava dispnéia, mas se cansava a esforços médios, e se tornou bastante debilitado.

JMF relatou ter ficado internado quase um mês no HEM para tratamento de pneumonia por Pneumocystis carinii e como consequência tinha de fazer uso contínuo de medicamento para prevenir recidiva.

#### 4.2.2.4 Alimentação e hidratação

São atividades de rotina que geralmente estão associadas ao prazer. O tipo dos alimentos e a forma como as pessoas se alimentam e bebem são informações de fácil acesso. É importante levantar preferências e origens alimentares.

Nas reuniões de grupos de infectados pelo HIV, das quais participei, uma das preocupações manifestadas foi com a alimentação. Estavam mais interessados em saber que tipo de alimentos deveriam ingerir para aumentar a resistência.

A preocupação das mães e esposas do grupo de familiares dos clientes estava mais centrada na origem e maneira de preparar os alimentos.

Não existe um cardápio específico para imuno-deprimidos. A dieta deve ser variada e de boa qualidade. Preferir alimentos frescos, bem limpos e cozidos, para se evitar infecções e infestações. Estes dados foram evidenciados pelo modo de viver dos clientes, podendo servir como exemplos:

LFG comia verduras frescas que ele próprio cultivava no quintal, sem inseticidas e produtos químicos, a dieta era preparada cuidadosamente pela mãe,

ERC optou por alimentação natural, que ela própria fazia, sem carnes vermelhas e produtos químicos. Dentro de pouco tempo ganhou peso.

O estado nutricional, a perda acentuada de peso, a diarreia prolongada e diabetes foram encontrados como modificadores das rotinas alimentares e influenciaram na elaboração de cardápios dos clientes:

JAC com diarréia prolongada precisava de uma dieta obstipante, comia maçãs, bananas e creme de arroz. Apresentava queda de potássio, fazia uso de cloreto de potássio via oral com suco de laranja. Gostava muito de laranjas, mas não podia comê-las, pois pioravam a diarréia.

VGS era diabético, fazia uso de insulina. Apesar de encontrar-se caquético, não podia ingerir alimentos ricos em carboidratos. Faz uso de soroterapia endovenosa de expansão por que apresentou desidratação grave.

#### 4.2.2.5 Eliminação

O relato a respeito das eliminações, principalmente a fecal, causaram com frequência constrangimento ao cliente.

Segundo ROPER<sup>(38)</sup>, intimamente associadas ao modo de viver, as atividades de eliminação urinária e fecal também fazem parte de um modelo de vida saudável. Salaria que boa parte das pessoas são ensinadas a eliminar em isolamento, o que contribui para comportamentos rígidos.

O HIV pode ser encontrado em fezes, urina e secreções corporais como saliva, suor e escarro, GRECO<sup>(18)</sup>. Estudos demonstraram uma baixa contagiosidade por estes meios. O uso de sanitário comuns, desde que mantidas as condições básicas de higiene, não oferece risco de transmissão do vírus.

A desinformação a respeito da transmissibilidade do vírus trouxe problemas aos clientes sobre a atividade de eliminação, como relatou ter sido proibido de usar o sanitário da própria casa, tendo que eliminar fezes e urina em urinol e desprezã-las no quintal.

O Ministério da Saúde recomenda o uso de luvas para prestar cuidados ao cliente portador de HIV e quando se possa colocar em contato com fezes, urina, secreções corporais e sangue.

Usei luvas e capote ao cuidar dos clientes internados:

JAC, com episódios de diarréia, algumas vezes evacuava no leito; a higienização era feita com uso de luvas,

LFG, comatoso, dependência total. Os cuidados diretos de higienização e punções venosas eram realizadas com uso de luvas.

As orientações sobre os cuidados que se deve ter com relação as eliminações oriundas de portadores do HIV, se estenderam àquelas pessoas que estavam cuidando do cliente no próprio domicílio; foram alertadas de forma a se prevenirem e se tranquilizarem. Preocupei-me em não reforçar o estresse, a ansiedade e a discriminação.

Em visita domiciliar orientei a Sra. R. a colocar a roupa de cama e de uso do cliente, sujas de urina, fezes, secreções e sangue, imersa em hipoclorito a 1%, por meia hora, depois disso poderia ser lavada sem risco de contaminação. O procedimento deveria ser feito com uso de luvas. A mesma orientação foi dada à mãe de VGS.

#### 4.2.2.6 Higiene pessoal e vestuário

Para ROPER<sup>(38)</sup> o asseio e aparência têm aprovação na maioria das culturas. Existem diversas atividades relacionadas com asseio individual, incluindo lavar-se, lavar as mãos, higiene da região perineal e cuidados com cabelos, unhas, dentes e boca.

Foi importante conhecer os hábitos de higiene dos clientes para planejar o tratamento de maneira a interferir o mínimo possível nos seus hábitos costumeiros.

As normas e rotinas para funcionamento de serviços de enfermagem nas instituições, quando rígidas, tendem a não respeitar os modos de viver dos clientes,

No HEM é rotina o banho matutino, em torno das oito horas.

JAC estava habituado e preferia tomar banho à noite, antes de deitar-se. Depois de dois meses de internação, teve que acostumar-se à rotina,

LFG não se sentia à vontade com banhos de leito, principalmente se não fosse feito pela mãe. De acordo com normas que só permitem a visita à tarde, o banho de leito era realizado pela manhã, por pessoal de enfermagem do serviço. Isto trazia constrangimento ao cliente.

A higienização íntima, mesmo quando realizada no cliente acamado, com dependência total, pode ser feita de acordo com seus hábitos rotineiros e por pessoas que não lhe tragam constrangimentos:

VGS, totalmente dependente para atividade de higiene pessoal e vestuário. A mãe conhece e respeita as preferências do filho, usa o sabão preferido por ele, dá dois banhos diários com água quase fria, usa creme após o banho para manter a pele hidratada e macia, usa talco na região genital e veste-o com pijamas confortáveis. "...como meu filho gosta."

#### 4.2.2.7 Manutenção da temperatura corporal

A avaliação desta atividade vital é mais fácil através da mensuração e observação cutânea. O cliente pode referir, sudorese, calafrios, pele eriçada. A manutenção da temperatura dentro da faixa normal é essencial para inúmeros processos biológicos, conforto e bem-estar, independentemente da temperatura ambiental. Processos infecciosos podem levar a alterações da temperatura, desde a hipertermia à hipotermia.

Os doentes de AIDS são muito susceptíveis a infecções, levando à ocorrência de febre. A verificação da temperatura é uma constante no tratamento dos clientes. Hipertermias devem ser controladas, como ocorreram nos casos:

LFG, com tuberculose, apresentava frequentes episódios de febre, por isso fazia uso rotineiro de antitérmicos.

JAC apresentava episódios alternados de febre e hipotermia; diarréias frequentes levavam a desequilíbrios hidroeletrólíticos.

#### 4.2.2.8 Mobilidade

ROPER<sup>(38)</sup> define mobilidade como movimentos produzidos por grupos de músculos. A movimentação de grandes músculos permite às pessoas sentarem-se, ficarem de pé, caminharem e correrem. Já a movimentação de pequenos músculos inclui movimentos das mãos, dos pés e dos músculos faciais. Ressalta a importância dos movimentos menores na comunicação através das expressões faciais e corporais.

A ausência de exercícios poderá contribuir para alguns problemas de saúde, ao planejar o tratamento dos clientes, encontrei situações opostas quanto à mobilidade, variando desde a dependência total, representando riscos de problemas potenciais, até a independência total para atividade:

VGS, acamado com demência progressiva tem dificuldades para movimentar-se no leito, dependência total de alguém que lhe faça mudanças de decúbito, periodicamente, que preveniria escaras de decúbito, embolias e pneumonia por estase, além de dores musculares.

EFM é totalmente independente para movimentar-se; a infecção pelo HIV não interferiu nesta atividade de vida cotidiana.

As condições físicas, o comprometimento de grupos musculares dos membros inferiores e a dificuldade visual, também encontrados, são fatores que interferiram na movimentação,

JER, portador de sarcoma de Kaposi, com edema grave dos membros inferiores, precisa de restrição da deambulação e manter pernas elevadas para ajudar no retorno venoso.

LFG, sem enxergar, tornou-se muito dependente para deambular e movimentar-se no espaço físico do quarto em que foi internado.

#### 4.2.2.9 Trabalho e lazer

As atividades de trabalho e de lazer apresentam significados diferentes para pessoas diferentes. O trabalho oferece uma renda necessária para obtenção de bens e serviços essenciais à sobrevivência nas sociedades, inclusive o lazer. A escolha ou a oportunidade de pertencer aos grupos de trabalho e lazer, a satisfação e a realização no trabalho, fazem parte do modo de viver de cada um.

A informação acerca da profissão do cliente poderá fundamentar a relação entre problemas existentes ou potenciais com trabalho realizado, bem como o impedimento ou necessidade de mudança de atividade. Isto ficou elucidado pelos seguintes exemplos:

JER era ascensorista em prédio de vários andares; ficar sentado com pernas dependuradas, sem movimentação, era contra-indicado, por isso aposentou-se. Iniciou trabalho de entrega de jornais, percorrendo longas distâncias todos os dias, o que também era contra-indicado. Grandes esforços e ficar de pé por períodos longos levava ao aumento de edema dos membros inferiores, agravando seu quadro.

JAC, psicólogo, após meningite criptocócica e episódios de convulsão, apresentou confusão mental e deficiência auditiva. Seria difícil continuar atendendo em clínica de psicologia, mesmo gostando muito da profissão.

O impacto causado por mudanças bruscas na vida de uma pessoa pode trazer problemas psicossociais desagradáveis. No caso da AIDS, o estresse causado pelo diagnóstico e o conjunto das discriminações que os clientes infectados sofrem, trazem desequilíbrios e interferências às vezes drásticas, nos hábitos de trabalho e lazer. A reação do grupo social do indivíduo pode ser radical. O medo desta mudança leva o cliente a ocultar o diagnóstico o máximo possível, como no caso:

EFM, portador de HIV assintomático, que não revelou seu diagnóstico à família, ao grupo social e de trabalho; temia a discriminação e o desemprego.

#### 4.2.2.10 Expressão da sexualidade

Muitos problemas de saúde poderão estar relacionados à forma que as pessoas expressam a sexualidade; principalmente aqueles relacionados à área psico-afetiva. Embora possa parecer incomum e constrangedor, é importante para a enfermeira levantar estes dados. A sexualidade não está relacionada apenas a aspectos físicos e de reprodução, mas, também à opção de manifestar afetividade, de se amar e buscar o amor de outrem. A expressão da sexualidade não é uma atividade vital exclusivamente individual e subjetiva, mas também social.

ARICÓ<sup>(6)</sup> define o amor como "emoção sólida, estável e de longa duração e quando bem sucedida tende a estabelecer e a se perpetuar. O amor, contudo, é um assunto mais proibido que o próprio sexo, como provam os poucos livros e revistas sobre o tema". Diversos valores sociais

estão veladamente associados ao conceito de amor: reprodução, prazer, matrimônio, amizade, sexualidade masculina e feminina, charme, beleza, realização.

A discussão da AIDS passa pela discussão do amor. Na sociedade ocidental "a maior relação da AIDS com o amor é que ela é mais um símbolo da castração humana na busca do prazer, mais um símbolo do afeto que tem de silenciar. A AIDS passa a ser a sífilis do mundo atual na manutenção do establishment, cada vez mais associado às normas e rigidez da dita moral e bons costumes." (ARICÓ<sup>(6)</sup>)

A AIDS é uma doença sexualmente transmissível. O contágio pode ser favorecido por determinadas práticas sexuais. As estatísticas mundiais mostram maior incidência do HIV em homossexuais masculinos.

A homossexualidade apresenta características importantes no modo de viver das pessoas; não exprime somente a sexualidade mas também retrata valores do grupo social em que está inserida. Segundo ARICÓ<sup>(6)</sup>, "um dos fatores sociais mais importantes no comportamento homossexual é determinado pela religião... Fortes crenças religiosas podem também dar ao status homossexual certa ambivalência, deixando um estado de depresão e ansiedade. Em muitos homossexuais que não tornam pública sua postura sexual, o estresse é exacerbado por não possuírem uma pessoa para a confidência, especialmente nas horas de doença."

A expressão da homossexualidade em portadores do HIV se torna muito complexa e isto pode vir a agravar ainda mais o estado geral do cliente, porque está carregado de ansiedades, isolamentos e discriminações, quando sua escolha íntima de prazer, condenada socialmente, é posta a público, como ficou evidenciado nos casos:

EFM tem comportamento homossexual, parceiro único, com quem divide sua vida afetiva há mais de um ano. Tem um comportamento heterossexual com namorada distante, no interior, para manter as aparências. O medo que sua relação afetiva homossexual o discrimine socialmente faz com que apresente um comportamento ambivalente e estressante.

JAC é desquitado; era bissexual e optou pelo homossexualismo. Essa opção levou-o ao isolamento; reside só, sem parceiros fixos. Depois que a AIDS se manifestou não teve mais contatos sexuais.

ERC é viúva; o marido morreu portador de HIV; ela pode ter contraído o vírus através das relações heterossexuais ou com uso de droga endovenosa que compartilhava com ele. Mantém relações heterossexuais com o atual parceiro, usa medidas preventivas.

A avaliação da expressão da sexualidade dos oito casos estudados permite a identificação de seis casos de relações homossexuais, e dois casos de heterossexuais.

O grande número de parceiros, o sexo anônimo, uma frequência maior, e diferentes tipos de práticas sexuais, são variáveis importantes a serem consideradas no homossexualismo, principalmente como fatores epidemiológicos para doenças de transmissão sexual.

Os clientes VGS, JAC, JER, JMF e LFG não tinham parceiros fixos, mas participavam, tanto passivos quanto ativos, na relação homossexual.

O aparecimento dos sintomas e conseqüente agravamento do estado de saúde do cliente, traz a público, não só a condição de portador de HIV, mas também a escolha íntima de expressão da sexualidade e afetividade. A revelação de tal situação resulta no isolamento e solidão; a

pessoa não tem mais com quem compartilhar a atividade vital da sexualidade, ocorrendo também a auto-repressão.

Os clientes LFG, VGS, JMF e JER relataram não ter relações sexuais desde que souberam do diagnóstico, num processo de autocastração. Estes clientes disseram ser católicos.

JAC continuou tendo relações sexuais após diagnóstico, algumas vezes usou condom, este cliente referiu não ter religião, e que religiosidade não lhe interessa.

SAL, heterossexual, contraiu o vírus pelo uso grupal de droga endovenosa com seringa e agulha coletivas. Após diagnóstico continuou usando droga coletivamente e mantendo relações heterossexuais com o uso esporádico de condom.

O período de internação de clientes com AIDS, em geral longo, e a não permissão de acompanhante, aumentam a solidão e a repressão da sexualidade e seu componente afetivo. Os clientes ficam confinados em quartos individuais ou enfermarias coletivas, por períodos longos, com número de visitas limitado e por curto espaço de tempo; somente duas horas, à tarde. Medidas são tomadas para prevenir relacionamentos íntimos entre clientes e acompanhantes.

A expressão da sexualidade não é considerada natural em nossa sociedade, é tabu. O modo de viver a sexualidade apresenta dificuldades em ser investigado. O cliente ao adoecer e ser internado, tem castrada a expressão da sua sexualidade. Não é rotina pesquisar esta atividade de vida cotidiana. Os diversos modelos de assistência não fazem referência a este item; alguns se referem à necessidade humana básica da reprodução. A avaliação da forma de expressão da sexualidade, feita pelo enfermeiro ou enfermeira, é constrangedora e delicada para ambos, profissional e cliente. Muitas vezes me senti em dificuldades para abordar e levantar informações junto ao cliente sobre sua sexualidade.

#### 4.2.2.11 Sono

O sono e repouso são componentes importantes no modo de viver das pessoas; são aspectos bio-psicossociais, apresentam certos períodos cíclicos, que se tornam hábitos. Problemas do cotidiano afetam as pessoas quanto ao sono e ao repouso. Geralmente as pessoas não são internadas com problemas exclusivamente de sono, mas um sono normal é importante para a recuperação da saúde, independentemente das razões da internação.

A avaliação do fator sono e repouso, segundo ROPER<sup>(38,39)</sup>, inclui:

- Qual a rotina do cliente antes de dormir?
- A que horas vai para a cama?
- Considera-se dorminhoco?
- Sente-se revigorado ou não revigorado ao acordar?
- Toma soníferos? Quais?
- Que fatores aumentam ou diminuem seu sono?

A preocupação com o estado de saúde e com outros problemas decorrentes do fato de ser portador de HIV, tal a discriminação, a insegurança e a solidão, são variáveis a serem consideradas na avaliação da atividade de sono e repouso do cliente. É frequente o uso de antidepressivos e calmantes para o cliente repousar.

É indispensável o acompanhamento do tratamento por um psicólogo que ajudará o cliente a trabalhar os próprios problemas com mais segurança, como pode verificar nos exemplos:

EFM faz acompanhamento sistemático com a psicóloga do ambulatório.

LFG faz acompanhamento com psicólogo e participadas reuniões do grupo de infectados pelo HIV, nas terças-feiras. Sua mãe pertence ao grupo de familiares dos clientes. As reuniões são coordenadas por uma assistente-social que é também psicóloga.

SAL não faz acompanhamento psicológico.

#### 4.2.2.12 Morte

ROPER<sup>(40)</sup> considera que a morte não é uma atividade, mas um ato que causa, ocasionalmente, incertezas. Em geral a morte não é vista com naturalidade. Este tópico do modo de viver pode ser abordado quando há nervosismo sobre a possibilidade de falecimento.

Para KÜBLER-ROSS<sup>(22)</sup> o homem não tende a encarar abertamente sua morte, e que só ocasionalmente e com certo temor é que pensa nesta possibilidade. Assim sendo, entendo que o simples fato de o cliente ser informado de que é portador do HIV, já o conscientiza de sua possível morte.

A AIDS ainda não tem cura. Apesar do avanço técnico científico, o homem busca meios de inativar o agente causador da doença e impedir-lhe o desenvolvimento. NETO<sup>(30)</sup> argumenta que, apesar de todo avanço da ciência no sentido de prolongar a vida, no caso da AIDS a morte é a inimiga sempre presente.

O conceito de AIDS remete à possibilidade, ou à fatalidade de morte. Segundo SOUZA<sup>(43)</sup>, na nossa cultura, a morte não existe, e que poucas são as pessoas a enfrentá-la, naturalmente, em seu cotidiano.

No meu trabalho constatei que a informação do diagnóstico de AIDS insere a morte, inesperadamente, no cotidiano de seus portadores. É sempre traumático, para o profissional e para o cliente, o momento desta informação, entretanto é uma realidade a ser trabalhada. Jamais fui portadora de notícia desagradável, mas pude observar a tensão e tristeza do cliente e mesmo do profissional, após conflitante momento.

Segundo KUBLER-ROSS<sup>(22)</sup> as pessoas ao receberem um diagnóstico que lhes possibilite a morte, podem apresentar cinco estágios comportamentais: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação.

Os clientes em estudo, portadores do HIV, manifestaram este comportamento de diferentes formas. O primeiro estágio, de negação, foi apresentado pelo cliente EFM: ele se recusava a admitir sequer a possibilidade de vir a manifestar os sintomas da doença; confiava que poderia manter-se saudável até a descoberta da cura. Era uma negação total do enfrentamento à idéia da morte, fase que durou quase três anos, e mesmo com acompanhamento por psicólogo, não conseguia pensar na morte dialeticamente, como continuidade, uma etapa do continuum de vida.

Outro exemplo deste estágio de percepção da morte em meu estudo de casos, se mostrou como negação parcial : ERC acabara de receber o diagnóstico, confirmado por exame, ELISA<sup>+</sup>; a primeira reação foi um estado temporário de choque, de torpor. Comportava-se como se não fosse verdade, sorridente; depois, quando os sinais e sintomas se tornaram mais evidentes, passou a admitir o diagnóstico e a considerar a possibilidade da própria morte e a demonstrar preocupação com os filhos, o que seria deles após sua morte; mas deixava de lado este pensamento e procurava proteger e dar a eles o essencial para viverem o presente.

O segundo estágio, descrito por KUBLER-ROSS<sup>(20)</sup>, o sentimento de raiva e de revolta, pode surgir por situações às vezes imperceptíveis aos nossos olhos e se propagar em diversas direções ou projetar-se no ambiente. Este estágio foi manifestado pelo cliente SAL, que apresentou:

uma crise de raiva e agressão contra a equipe de enfermagem, ameaçando-a com seu próprio sangue, após cortar-se com vidros da janela. Este episódio teve como catalizador o fato de o seu companheiro de quarto ter falecido. Durante a crise, ele dizia sentir-se morto, malcheiroso, e até tomou um frasco de colônia pós-banho. Sua raiva manifestava-se também ao usar droga injetável com seringa e agulha coletivas, desejando que outras pessoas contraíssem sua doença, o mesmo acontecia ao ter relações sexuais sem fazer uso de condom.

O terceiro estágio, o da barganha, segundo KUBLER-ROSS<sup>(22)</sup>, é uma tentativa de adiamento, geralmente feita com Deus e mantida em segredo. Psicologicamente, as promessas podem estar associadas a uma culpa oculta. Pude observar que estas características comportamentais foram evidenciadas pelo cliente JMF:

que assim se referia ao seu estado: "não entendo porquê Deus está fazendo isto comigo; sempre fui tão recatado... rezo sempre, eu não merecia... a gente precisa ser bom, ter paciência com as pessoas, que é para Deus também ajudar a gente".

A fase de depressão, é caracterizada por ROSS<sup>(22)</sup> como, quando o cliente é obrigado a não mais negar sua doença. Os sintomas são por demais evidentes, o tempo de internação ou de reinternação se torna prolongado e o tratamento ineficaz. Nesta fase o sentimento de culpa e vergonha pode se instalar com grande impacto. Tem consciência de que está

prestes a perder tudo o que tem e a todos a quem ama. Observei dois ca sos em que as vítimas apresentaram comportamento face à possibilidade de morte iminente:

O primeiro, JER, com Sarcoma de Kaposi em estágio avançado, não estava respondendo positivamente à quimioterapia e os sinais e sintomas se tornavam cada vez mais complexos e gra ves. Era calado, passivo, e preferia permanecer o maior tem po possível em casa, ao lado das pessoas e coisas que amava;

O segundo, JAC, que com pesar, falava não mais poder traba lhar, e sentia saudades do seu apartamento. Depois passou a não ter vontade de mais nada, evitava conversas, fingia que estava dormindo quando eu entrava no seu quarto. Entregou-se passivamente, sem queixas a uma grande depressão, à medida que o tratamento mostrava-se ineficaz no controle da diar réia crônica e da meningite criptocócica, que evoluía para fase terminal.

Durante o período que acompanhei o caso LFG, pude identificar a transição do seu comportamento frente a morte por diferentes etapas. No início buscava todas as formas de evitar a morte, cumpria a todos os tratamentos, negando, mesmo parcialmente, esta possibilidade. Assim que os sintomas tornavam-se difíceis de serem controlados passou a mostrar-se triste e deprimido. A morte era inevitável, sentia pesar pelas coisas e pelas pessoas a quem amava e tinha que deixar. "Tenho pena da minha mãe, vai sofrer tanto". Foi internado em estado grave, com acentuada de pressão imunológica e passou a referir à morte como descanso aceitável e até desejado para si e para a família.

Esta última fase, a de aceitação da morte, também foi relatada pela mãe de VGS; que não podia expressar a percepção da própria morte, estando em avançada demência.

Dona T. disse-me que o filho já vinha há algum tempo preparando-a para a morte dele. Conversaram várias vezes sobre o assunto, e ele mostrava muita tranquilidade ao manifestar-se sobre a morte como uma coisa natural. "Ele falava comigo que a gente precisa aprender que a morte é uma coisa da vida, que todo mundo que nasce, um dia tem que morrer, depois dizem os espíritos que a vida não acaba com a morte... ele acreditava nisso... e brincava que tinha até esperança que lá do outro lado devia ser melhor. Foi ele que me ensinou a não ter medo da morte. Por isso quis que ele vivesse seus últimos momentos aqui, perto de mim. Quis ajudá-lo a passar para a vida melhor, já que é destino de todos e a vontade de Deus". Dona T. estava tranquila e resignada ao dar este depoimento.

Independente da fase comportamental em que se encontrava o cliente, tive grandes dificuldades em abordar este tópico; talvez não estivesse preparada para enfrentá-lo. Aprendi muitas coisas durante este trabalho, mas o amadurecimento para encarar a própria morte, a das pessoas que me são queridas e mesmo a dos meus clientes, como uma etapa natural a se cumprir a todo ser humano; eu ainda não consegui atingir este nível. Senti que esta minha imaturidade interferiu e dificultou a abordagem deste tema. Por isso busquei conseguir ajudá-los a morrer, tentando ajudá-los a viver, de uma forma mais humana, dentro do que me permitiu meu próprio modo de viver.

#### 4.3 Cuidando dos clientes

A terceira parte do Processo de Enfermagem com enfoque no modo de viver consiste do planejamento, implementação e avaliação do tratamento, constituindo-se em etapas interdependentes.

Para ROPER<sup>(38,39,40)</sup>, todo planejamento deve vislumbrar objetivos. O objetivo escrito é o critério que será, posteriormente, utilizado na análise da eficácia e adequação da intervenção de enfermagem. Como tal, o estabelecimento de objetivos é parte integral da avaliação.

A elaboração dos objetivos é o primeiro passo do tratamento e deve contar com a participação dos envolvidos: o cliente, a família e a enfermeira, visando atingir a independência para as atividades de vida cotidiana.

O tratamento de enfermagem está centrado na resolução de problemas que interferem na promoção e manutenção da independência do cliente para as atividades de vida cotidiana conforme seu modo de viver.

A distinção entre problemas percebidos pela enfermeira e aqueles percebidos pelo cliente, é importante para o estabelecimento dos objetivos, e exige colaboração mútua para que o tratamento seja positivo.

No caso ERC o problema por ela percebido era, prioritariamente, conseguir acomodação para os filhos. Para isto amaziou-se independente da relação afetiva que pudesse ter ou não com o companheiro. Eu, como enfermeira, estava igualmente preocupada com a possibilidade da transmissão da doença ao companheiro, e de uma gravidez com riscos para o feto.

Diante do problema, após discussões, estabelecemos, a cliente e eu, como objetivos, medidas de prevenção para que ela não contaminasse o companheiro e não se engravidasse.

As intervenções de enfermagem traduziram em reuniões, com conversas sobre o assunto, com leitura e discussão de material bibliográfico

co, com a finalidade de promover informação e conscientização e, só então a possível mudança de comportamento.

A própria cliente conclui que:

O uso de condom em todas as relações sexuais diminuiria o risco da transmissão da doença ao parceiro e risco de uma gravidez indesejável e perigosa para o feto.

A dificuldade estaria em convencer o parceiro a adotar a medida, uma vez que ele não era conhecedor da sua condição de portadora do HIV. Mas usaria o argumento da prevenção de gravidez.

Outra medida de prevenção seria não praticar o sexo oral. A cliente avaliou que se fosse necessário diria ao companheiro estar com doença no útero, e que estava fazendo tratamento. Enquanto não estivesse curada teria que usar preservativo e evitar sexo oral como recomendações médicas.

A realização deste trabalho colocou-me diante de situações conflitantes sobre condutas a serem tomadas. Por diversas vezes os caminhos seguidos não foram aqueles que eu escolheria, mas aqueles que os clientes ou família escolheram para si próprios.

No caso mencionado, eu teria escolhido dizer a verdade. A cliente deveria informar ao companheiro seu estado de portadora do HIV. Mas esta era a minha verdade, a dela, era de mãe de duas crianças menores de cinco anos, abandonada e discriminada socialmente.

Os objetivos da enfermeira precisam ser os mesmos do cliente que é o foco do tratamento. Devem falar a mesma linguagem. As potencialidades do cliente devem ser estimuladas de maneira a permitir que ele se torne o responsável e decida sobre a própria saúde.

O cliente LFG era muito dependente da mãe. Quase sempre era ela que me procurava para discutir os problemas do filho.

A discriminação da família foi detectada pelo cliente. A mãe me procurou, levantamos as possibilidades de solução do problema. Estabelecemos os seguintes objetivos: expor a situação aos familiares e orientá-los sobre os riscos de contágio e sobre a afetividade negligenciada ao cliente. A estratégia por ela utilizada foi a de oferecer almoço à família reunida, aos domingos, oportunidade em que promoveu a discussão e solução do problema.

Nesta situação coloquei-me como elemento facilitador, discutindo as possibilidades e fornecendo material bibliográfico informativo.

Quando o cliente se encontrava mentalmente incapacitado para participar, procurava incentivar a família para que o fizesse. Pode ser citado como exemplo o caso do cliente VGS cuja doença já se encontrava em estágio avançado, com comprometimento do sistema nervoso, apresentando quadro de demência e com a atividade de comunicação bastante prejudicada.

O cuidado era prestado no domicílio, pela mãe que conhecia as suas preferências, e interpretava o significado da sua expressão facial; comunicavam-se por mímica.

"ele sempre gostou de banho frio, pela manhã... prefere comer frutas e verduras, é vegetariano... adora maçãs...aveia com mel no café da manhã. Música clássica... mas baixinho. Todos os dias, principalmente no início da noite, ligo o toca-fitas com as músicas de que ele mais gosta."

Assim, não foi difícil, com a ajuda da mãe, elaborar um plano de tratamento conforme o modo de viver do cliente. Auxiliar de enferma

gem, já aposentada, tinha muitos conhecimentos sobre os cuidados básicos, e acima de tudo, conhecia e amava o filho. Meu trabalho se restringiu a levantar o modo de viver, organizar e registrar no formulário o planejamento. Deixava em prancheta, na cabeceira do cliente, o formulário em que encontrava, na visita domiciliar do dia seguinte, as informações e observações sobre o filho, adequadamente registradas.

As intervenções de enfermagem podem ocorrer em todos os níveis de assistência, independente de o cliente estar internado ou não. Algumas vezes, para um mesmo problema, tive que planejar ações que abrangessem os níveis primário, secundário e terciário de atenção da saúde, simultaneamente.

Tendo em vista que a independência do cliente para as atividades de vida cotidiana requer a promoção da educação sanitária, através do conhecimento do que está lhe ocorrendo, este Modelo para tratamento permite detectar aquelas áreas que exigem ajuda planificada.

Diversos fatores podem interferir na qualidade das intervenções de enfermagem para tratamento da pessoa portadora de HIV. O despreparo profissional é um deles.

MENEGHIM apud DESSUNTI<sup>(12)</sup> diz que "há um certo despreparo da equipe de enfermagem em lidar com aspectos importantes da AIDS como a sexualidade humana e a realidade de morte iminente, juntamente com os tabus e os preconceitos que envolvem esta síndrome". Esta situação leva o profissional a comportamentos diversos frente ao problema. A rejeição pode ser um deles, e se manifesta pela recusa ao atendimento destas pessoas.

Não foi sempre com espontaneidade que abordei sexualidade e morte com meus clientes, ao contrário tive muitas dificuldades de ordem pessoal. Os preconceitos relacionados a estes dois temas estão bastante arraigados em mim, produto de uma sociedade machista e que não aceita a morte como parte do processo da vida.

Outro fator importante é a inserção da enfermagem no sistema de saúde. A qualidade e quantidade de recursos humanos, bem como a política de saúde de um país irão definir o status do bem-estar da população.

Para ROPER<sup>(38)</sup> existem dois ambientes no sistema de saúde. O ambiente interno sofre mudanças constantes à medida que os clientes entram e saem, as equipes são contratadas ou demitidas e as políticas mudam.

Durante o período de coleta de dados no HEM, esta mudança era visível. Com a troca da Diretoria, todas as políticas e normas de funcionamento estavam sendo mudadas. O cliente portador de HIV passou a ser visto como qualquer outro da Unidade de Isolamento, pelo menos tentava-se implantar medidas que mudassem o enfoque discriminativo do portador da AIDS. Por outro lado esta atitude evidenciou o problema da rejeição ao cliente, manifestada por auxiliares de enfermagem que se recusaram a prestar-lhe cuidados, ocasionando uma situação de crise que resultou em transferência de funcionários para outros setores do HEM e até em ameaças de demissões.

O ambiente externo é um conjunto de pressões físicas, culturais, sociais, econômicas, políticas e religiosas num permanente estado de movimento, que embora pareçam imperceptíveis dentro do cotidiano,

influenciam o tratamento da saúde como sistema, ROPPER<sup>(40)</sup>. A política de saúde de um país atua de maneira a modificar o ambiente externo, conforme o estabelecimento das prioridades e alocação dos recursos.

A maioria dos profissionais da equipe do ambulatório eram voluntários. O serviço estava sendo ameaçado de ser desativado por falta de área física própria e de um corpo de recursos humanos institucionalmente estável.

Quando esta situação acontece, o cliente fica sujeito às instabilidades dos serviços. A flutuação dos profissionais se torna significativa, gerando ansiedade e despersonalização do cliente.

Um exemplo de situação resultante desta instabilidade ocorreu quando fiz requisição de uma condução, ao serviço de transporte do HC da UFMG, para visita domiciliar ao cliente VGS; recebi como resposta que o serviço tinha sido desativado por falta de demanda, e que a condução só era concedida a funcionários do HC, e sendo eu uma estranha ao quadro, não poderia ser atendida.

Todas as unidades de serviço do HC têm enfermeiras responsáveis pela coordenação da assistência de enfermagem, exceto a Unidade de DIP. A enfermeira-chefe do ambulatório informou-me que:

era muito difícil conseguir profissionais que aceitassem trabalhar com aidéticos, e que ela, enquanto chefe, não podia forçar ninguém. Além disso a unidade não era totalmente de responsabilidade do HC, neste caso a Secretaria de Saúde deveria se responsabilizar por alocar enfermeiros ao Serviço; os dois auxiliares de enfermagem que ali trabalham foram cedidos pela Secretaria de Saúde. O HC participava com a planta física e os recursos materiais, à SES caberia suprir os recursos humanos.

Esta situação permite evidenciar a falta de preocupação das instituições de saúde pelo atendimento às reais necessidades da clientela. A proposta do Sistema Unificado de Saúde esbarra na intenção de manutenção do poder político-econômico dos setores envolvidos, ficando a saúde da população à revelia dos interesses hegemônicos. Há uma concentração dos recursos materiais e humanos na assistência terciária, no tratamento a nível da internação hospitalar, mais oneroso que o ambulatorial e domiciliar.

Dentro deste contexto de saúde, apliquei o modelo de Nancy Roper, nas três situações de assistência: ambulatorial, hospitalar e domiciliar.

#### 4.3.1 Assistência ambulatorial

Dos oito casos estudados, seis se deram a nível ambulatorial.

No início foi difícil estabelecer um programa de atividades no ambulatório. Não havia a previsão de espaços para uma enfermeira. Todas as ações giravam em torno do atendimento médico. Não há sequer um posto de enfermagem na Unidade; existe apenas uma sala com armário de medicamentos de urgência e amostras grátis, bandeja com equipamentos para consulta médica e uma mesa para recepção, encaminhamento e agendamentos do cliente.

Comecei fazendo triagens nesta sala, procurando conhecer a clientela, daí então passei a desempenhar funções de enfermeira ambulatorial, segundo KEPNES<sup>(21)</sup>, as funções são estas:

- tratamento direto do cliente;

- aconselhamento dos clientes e família;
- manutenção do tratamento de saúde;
- colaboração com outros profissionais;
- coordenação dos serviços disponíveis ao cliente tornando o tratamento mais acessível e efetivo;
- atuação como advogada do cliente;
- documentação de todo o tratamento dispensado.

Estas funções podem acontecer separadas ou associadas, como no caso do cliente JER, com Sarcoma de Kaposi, que necessitava de tratamento quimioterápico. A unidade de quimioterapia do HC recusou-se a dar-lhe tal tratamento. Nesta mesma situação encontravam-se mais seis clientes da UDIP, todos portadores de HIV. Em reunião da equipe optamos pela estruturação, mesmo que precária, de um serviço de atendimento a estes clientes.

Discuti a situação com a enfermeira-chefe da unidade de quimioterapia do HC, levantamos as condições mais adequadas e implantamos a quimioterapia dos clientes portadores de HIV, em um dos consultórios da Unidade DIP, às sextas-feiras pela manhã. O medicamento seria fornecido pela unidade de quimioterapia do HC/UFMG.

Agendei consultas de enfermagem para atendimento ao cliente JER nas quintas-feiras pela manhã, quando fazia uma avaliação do seu estado geral, verificando sinais vitais, levantando possíveis reações colaterais e colhendo sangue para avaliação hematológica. Conversávamos sobre sua percepção em relação ao tratamento.

Na sexta-feira, realizava a administração dos quimioterápicos, caso a avaliação hematológica fosse positiva. Verificava os sinais vitais antes, durante e após a infusão medicamentosa.

A interação da enfermeira com o cliente era agradável e se dava num clima de tranquilidade. Conversávamos sobre diversos assuntos, que na maioria das vezes, girava em torno das dúvidas e ansiedades trazidas pelo tratamento.

Para KEPNES<sup>(21)</sup> as enfermeiras detêm um papel valioso como educadoras, conselheiras, e fornecedoras do tratamento básico aos pacientes ambulatoriais, o que lhes garante um serviço mais humano e mais completo. A relação de confiança ficava fortalecida quando permanecia todo o tempo da infusão ao lado do cliente, conversando, observando e acompanhando o seu tratamento.

O objetivo estabelecido foi o de diminuir a ansiedade do cliente face à quimioterapia. As intervenções de enfermagem programadas foram: orientação quanto ao tratamento e promoção de uma relação autêntica com o cliente.

De acordo com SINNO<sup>(42)</sup> "a autenticidade do encontro seria verificada pela manifestação que ocorreria no olhar, no gesto, no sorriso e no silêncio das pessoas que vivem o processo. Dar-se-ia assim, uma relação sujeito-sujeito". Pude experienciar esta relação diversas vezes, durante a realização do trabalho. Uma situação que me marcou muito foi quando o estado geral do cliente LFG começou a agravar-se e não responder ao tratamento medicamentoso:

certa manhã a porta do consultório se abriu surgindo o rosto cansado de Dona R., mãe de LFG. Ela caminhou na minha direção

e se abraçou comigo chorando. O filho tinha sido internado em estado grave. Fiquei em silêncio, deixando que ela manifestasse todo o seu sofrimento, guardado no seu coração de mãe. Quando ficou mais calma, ela confessou "desculpe vir aqui, chorar no seu ombro... mas lá em casa tenho que ser forte... com você é diferente, posso colocar para fora toda minha dor de mãe que está vendo o filho morrer dia-a-dia."

No primeiro momento desta relação pensei que tinha de ser forte, não podia deixar envolver-me e chorar também. O entendimento e aceitação das pessoas foram-me ensinados em situações teóricas, quando estudante. Conforme SINNO<sup>(42)</sup> o enfermeiro concretiza estas aprendizagens a nível de não saber o que dizer ao cliente face às suas dúvidas e ansiedades, protegendo-se através da realização de simples procedimentos técnicos.

Talvez por não existir um procedimento técnico padronizado, no caso da mãe de LFG, embora tenha aprendido que o enfermeiro tem que controlar suas emoções, lembrei-me de ROGERS<sup>(37)</sup> ao dizer que nas relações com as pessoas, agir como se eu fosse uma coisa que eu não sou em nada ajuda, e que existe na relação terapêutica um determinado número de processos para tornar mais fácil ao outro comunicar-se. Senti com a minha atitude de chorar também, criar uma segurança na relação, o que tornou muito mais possível que ela comunicasse todos seus sentimentos. Pelo relacionamento que mantínhamos a Senhora R. sabia que eu estava sendo autêntica.

Segundo SINNO<sup>(42)</sup> os enfermeiros são formados sem uma discussão explícita sobre se seria ou não correto chorar frente a um paciente ou familiar, como manifestação emocional, numa situação que os tocasse de modo especial. Se proponho uma relação autêntica, de mútua solidarie

dade e entendimento, sufocar meus sentimentos não seria coerente com toda minha postura anterior, e eu teria que fugir àquele abraço que representava a cumplicidade e a busca de apoio, naquela situação de angústia e dor. Como ROGERS<sup>(37)</sup> acredito que "compreender a fundo as idéias e os sentimentos de outra pessoa, com o significado que essa experiência tem para ela, e, inversamente, ser profundamente compreendido por essa outra pessoa — é uma das experiências mais humanas e mais compensadoras e, ao mesmo tempo uma das experiências mais raras".

O cliente portador de HIV, sob controle ambulatorial, pode apresentar alterações significativas no seu estado de saúde, em curto período de tempo. Como verifiquei com o cliente JER, em quimioterapia, que compareceu ao atendimento da quinta-feira com estado geral inalterado. Na sexta-feira, ao exame físico, apresentava sinais inflamatórios no pé esquerdo. Solicitei avaliação médica, o tratamento foi mantido e associado o uso de penicilina benzatínica. Na segunda-feira ele foi internado no HEM com a perna e pé esquerdos apresentando extensa infecção estreptocócica.

A observação acurada é uma das principais armas do enfermeiro. Para realizá-la é necessário o contato direto com o cliente, conhecer o processo porque ele está passando.

A função de orientador e aconselhador do cliente e família exige que o enfermeiro se mantenha atualizado cientificamente.

As reuniões de grupos de infectados pelo HIV e de grupos de familiares podem oferecer uma excelente oportunidade para o trabalho do enfermeiro. Foram inúmeras as dúvidas por eles apresentadas e em que tive a oportunidade de ajudá-los. Alguns temas foram discutidos improvi-

sadamente, mas aqueles que permitiram um planejamento me pareceram mais produtivos, como exemplo desta situação:

os clientes portadores de HIV queriam saber sobre alimen  
ção. Pedi a eles que anotassem os pontos de dúvida, e agenda  
mos uma data para falarmos sobre o tema. Pesquisei sobre os  
pontos levantados, solicitei ajuda de nutricionistas e prepa  
rei a palestra. Ao final da reunião eles se manifestaram su  
ficientemente orientados sobre o assunto.

Questionamentos constantes dos clientes eram aqueles referen  
tes às situações de riscos de contágio para as pessoas do grupo famili  
ar.

Conversas particulares ou em pequenos grupos foram interven  
ções que considerei adequadas. O primeiro passo era criar um ambiente de  
tranquilidade, respeito e confiança. No início a conversa ocorria algo  
constrangida. BENNET<sup>(7)</sup> diz que é impossível informar alguém que esteja  
com medo. Quando reunimos pessoas ansiosas e inseguras, primeiro temos  
que lidar com o medo para depois esperarmos que entendam nossa mensagem.

Um exemplo de inseguranças por causa do medo acontece com a  
irmã de SAL; procurou-me porque queria conversar sobre o estado de saúde  
dele, o que ele poderia fazer ou não, como cuidá-lo em casa. Perguntei  
o que sabia sobre a doença do irmão. O médico havia lhe dado informações  
sobre a etiologia, tratamento, e os medicamentos a serem tomados. Pergun  
tei sobre o que mais desejava saber, ela respondeu que não sabia. Então  
perguntei se ela estava com medo. Ela respondeu rápido e assustada, tal  
vez até envergonhada, que se sentia com medo, sobressaltada. Tinha medo  
de contrair a doença, e temia também pelos pais, já idosos. Estimulei-a  
a expressar suas ansiedades e dúvidas que fui anotando e enumerando  
e depois conversamos sobre cada uma, solicitando a exemplificação de  
situações do cotidiano do cliente com sua família.

A capacidade de ouvir do enfermeiro é algo que precisa ser desenvolvido. Avalio ser uma das melhores formas de criar uma interação autêntica e de fazer um juízo mais seguro da situação, para viabilizar interações mais adequadas. Segundo ROGERS<sup>(37)</sup> a nossa primeira reação à maior parte das afirmações que ouvimos das pessoas é uma apreciação imediata, é mais um juízo do que uma tentativa de compreensão. Se permitirmos a nós mesmos compreender precisamente o que significa para essa pessoa o que ela está dizendo, creio, teremos maiores chances de estabelecer uma relação terapêutica e de compromisso.

#### 4.3.2 Assistência hospitalar

Apliquei a Metodologia da Assistência, com enfoque no modo de viver, a quatro casos de clientes internados no HEM. Todos eles vieram encaminhados do ambulatório. Isto ocorria quando o tratamento do cliente exigia ações mais intensivas ou complexas para manter seu estado de saúde sob controle.

De modo geral a hospitalização pode trazer problemas para o cliente. Suas atividades de vida cotidiana sofrem modificações consideráveis. Para GIR<sup>(17)</sup>, quando o cliente é internado em uma unidade de isolamento para doenças transmissíveis estas modificações parecem ser intensificadas. O cerceamento da liberdade de circulação no ambiente hospitalar mantém o cliente preso a quatro paredes, dividindo o quarto com pessoas desconhecidas, algumas vezes bastante graves, até mesmo indo a óbito em sua companhia, uma agressão a sua individualidade e privacidade.

O cliente SAL apresentou crise de desespero e loucura após falecimento de seu companheiro de quarto. Quebrou vidraças da enfermaria para se cortar e fugiu para a área externa do

hospital, ameaçando com o próprio sangue a quem tentasse se aproximar dele. Carregou consigo o frasco de soro, e o manteve em posição elevada, de tal forma que a infusão com medicamentos não foi interrompida. Passou toda a noite escondido nos jardins do hospital.

HERMANN<sup>(19)</sup> preconiza o isolamento total do cliente portador de HIV durante a internação. Esta medida de bio-segurança exige uma avaliação minuciosa e só está indicada quando a infecção oportunista apresentada pelo cliente oferece riscos de contágio aos profissionais de saúde e outros clientes.

A determinação do tipo de isolamento está associada às vias de eliminação, porta de entrada do microorganismo, bem como à susceptibilidade do contactante.

O vírus da AIDS se transmite através de sangue e secreções corpóreas, excetuando-se a saliva, suor e lágrima, VERONESI<sup>(46)</sup>, GRECO<sup>(18)</sup>, ARICÓ<sup>(6)</sup>, HERMANN<sup>(19)</sup>, AMURRIO<sup>(3)</sup>, LACAZ<sup>(23)</sup>, NETO<sup>(30)</sup>. Neste caso as medidas de bio-segurança indicadas seriam as precauções com o sangue e secreções. O Ministério da Saúde do Brasil<sup>(29)</sup> afirma que "não existe risco algum de adquirir infecção pelo HIV no trabalho, a não ser que haja contato direto com sangue, esperma ou equipamentos perfuro-cortantes contaminados". É obrigatório o uso de luvas e capote no manuseio do cliente, não é necessário isolamento total, principalmente porque o vírus não é transmitido via respiratória, através da pele e mucosa íntegras.

Quando o estado imunológico do cliente está deprimido, seu número de leucócitos está muito baixo, pode-se proceder ao isolamento reverso, com a finalidade de protegê-lo de possíveis infecções hospitalares. Esta medida é discutida se considerar que a principal fonte de

infecção seja a flora endógena do cliente, para isto não existem técnicas de isolamento eficazes.

O importante é avaliar o impacto que medidas de bio-segurança podem trazer para o tratamento do cliente. Tenho observado, nos hospitais que visitei, e nos próprios campos de estágio, um exagero no uso de máscara, luva, capote e até gorro e pró pés. O uso inadequado da técnica, priorizando-a ao tratamento humanístico, pode agravar o estado de saúde do cliente, porque cria uma falsa idéia de gravidade e risco, reforçando a discriminação e a fatalidade da doença.

O isolamento total não significa somente uma medida técnica de bio-segurança, mas principalmente o agravamento da solidão do portador do HIV. Todo o aparato, a proibição de acompanhantes e a restrição de visitas reforçam os aspectos do medo, da insegurança e da discriminação social.

Acompanhei o cliente JAC por mais de dois meses internado no HEM. A assistência de enfermagem estava centrada no cumprimento das prescrições médicas, higienização, alimentação e hidratação.

Ele ocupava quarto individual, não podia sair nos corredores, só permitido receber visitas das 15 às 16 horas, 4 dias na semana. Para a prestação de cuidados foi obrigatório o uso de capote, luvas e máscara.

Argumentei com o enfermeiro do serviço a respeito da liberação do horário de visitas e a permissão de um acompanhante, uma vez que havia espaço para mais um leito no quarto. O cliente encontrava-se bastante deprimido e solitário. A longa permanência no hospital agravava estes quadros; CASTRO<sup>(11)</sup> destaca que a presença de membro da família ou parceiros junto ao cliente internado interfere positivamente na sua

afetividade, se considerarmos que não existe vínculo afetivo ou social com as pessoas que lhe prestam a assistência. Meus argumentos não foram suficientes para quebrar as normas do hospital.

Para SINNO<sup>(42)</sup> a pessoa que sofre o processo de hospitalização passa por uma transposição da situação de normalidade para a de dependência da atuação de profissionais na resolução de seus problemas de saúde. Esta mudança na sua autonomia, pode trazer o sentimento de desconforto, insegurança e sensação de incapacidade. Os clientes se colocam, passivamente, a disposição das ações de tratamento, sem questionar suas preferências e direitos.

O cliente JER era considerado um ótimo paciente. Não reclamava de nada, não incomodava ninguém. Já o cliente SAL se rebelou, quebrou as vidraças, ameaçou a equipe de enfermagem, fugiu para a área externa do hospital.

Para o cliente SAL, foi permitida e até solicitada a visita frequente, e a permanência liberada para que a irmã ajudasse a acalmá-lo e mantê-lo quieto no quarto que passou a ser privativo.

Percebo que as normas e regulamentos do HEM podem ser quebradas, desde que seja para resolver problemas do serviço, não do paciente. De acordo com SINNO<sup>(42)</sup> os serviços de enfermagem são estruturados de forma a garantir a observação de normas e rotinas estabelecidas, rígidas e aprioristicamente, para garantir o sucesso da assistência de enfermagem.

As normas que limitam as visitas e acompanhamento ao cliente interferiram de maneira definitiva na aplicação do Modelo de Roper. O ambiente hospitalar é adverso ao modo de viver do cliente, o período da

internação é um parêntese que se abre no seu cotidiano, são espaços desagradáveis da sua vida. Quando a internação é muito longa começa-se a perder as referências, o passado, a vida social são uma lembrança, e o futuro, desesperança. A presença de familiares e amigos pode manter e reforçar os laços de ligação com o exterior, trazendo ao cliente o sentimento de afetividade, de ainda estar vivo e ter esperança.

O cliente JAC encontrava-se solitário, apático, sem esperanças. Recusava-se a conversar, a se relacionar com os profissionais do serviço e passava até uma semana sem receber visitas. Seus pais moravam no interior, e os poucos amigos não podiam deixar de ir ao trabalho para ir visitá-lo. As visitas ocorriam nos fins de semana.

A hospitalização do cliente JER permitiu que estabelecêssemos uma relação positiva para o autocuidado. Portador de Sarcoma de Kaposi, ele apresentava lesões disseminadas por todo o corpo, evidenciando a necessidade de cuidado corporal para prevenir e tratar infecções cutâneas. A quimioterapia trouxe como conseqüência a queda da imunidade e o surgimento de infecção estrepto-estafilocócica dos membros inferiores, razão da sua internação. JER era independente para as atividades de vida cotidiana permitidas pela hospitalização. O tratamento estava centrado na medicação e curativo das lesões.

Discuti com o cliente JER seu estado de saúde e concluímos que a internação pudesse interferir negativamente no seu continuum dependência-independência, e que ele mantivesse tratamento ambulatorial permanecendo próximo a seus familiares e no seu ambiente domiciliar. A intervenção de enfermagem seria ensiná-lo a cuidar de suas lesões. Expliquei a ele todo o tratamento e como fazer os curativos. Fiz a primeira vez para demonstrar, nos dias subsequentes supervisionava seu autocuidado.

Foi gratificante observar o zelo com que limpava as lesões e depois aplicava compressas de permanganato de potássio e a pomada, tecnicamente correto.

A realização do procedimento técnico significava capacidade de fazer algo por si próprio e a si mesmo, reforçava a auto-estima e atendia ao seu desejo de diminuir o tempo afastado do seu modo de viver. A evolução na melhora das lesões era seu maior estímulo, observável quando ele sorria satisfeito e comentava: "esta ferida aqui já está bem melhor... esta outra não está doendo mais. Está vendo como o inchaço deste pé diminuiu?"

O cliente recebeu alta hospitalar para controle ambulatorial, após auto-avaliação que poderia continuar o tratamento em casa. Fazer o repouso, com membros inferiores elevados, seria mais agradável, comodamente assentado no sofá, vendo televisão e tendo a companhia de seus familiares. Quanto aos curativos, conhecia sua importância e sentia seus efeitos, aprendera a técnica e era independente para realizá-la.

O papel de educador precisa ocorrer ao enfermeiro com compromisso. Para FREIRE<sup>(14)</sup> "o compromisso seria uma palavra oca, uma abstração, se não envolvesse a decisão lúcida e profunda de quem o assume. Se não se desse no plano do concreto". Envolve duas partes, tem que ser algo comum, de interesse mútuo. O interesse do enfermeiro é a independência, a libertação do cliente. Meu compromisso é com a humanização dos homens, com suas capacidades de decidirem sobre si mesmos.

Seguindo o pensamento de FREIRE<sup>(14)</sup> o compromisso profissional começa pelo compromisso consigo mesmo de tornar-se humano. "O profissional deve ir ampliando seus conhecimentos em torno do homem, de sua forma de estar sendo, no mundo, substituído por uma visão crítica a visão

ingênua da realidade, deformada pelos especialismos estreitos".

Muitas vezes a postura do enfermeiro frente ao cliente é de dominação, dono do saber. Decidimos e realizamos técnicas que consideramos mais adequadas ao seu tratamento. Esta é uma postura ingênua e de manutenção do estado de passividade do cliente, reforçando sua sensação de incapacidade e dependência para decidir sobre a própria vida. Esta não é uma relação de compromisso autêntica. O enfermeiro deve estimular a participação e até definição do tratamento pelo próprio cliente. É sua responsabilidade profissional dar informações, ensinar e respeitar as decisões do cliente.

O enfermeiro por si só não educa ninguém. O cliente educa-se ; o homem é o sujeito de sua própria educação. Por mais humilde que possa ser a pessoa, nela não existe ignorância absoluta, o que pode lhe faltar é um saber sistematizado. A educação só ocorre quando há amor e este não pode ser imposto, FREIRE<sup>(14)</sup>. O amor ao cliente se manifesta na aceitação do seu potencial, do seu modo de viver. É muito difícil amar o portador de HIV. O enfermeiro substitui sua aceitação pela piedade e pela rejeição. Esta postura é um obstáculo à relação de compromisso entre os dois.

#### 4.3.3 Assistência domiciliar

A AIDS nem sempre ocorre de maneira abrupta. Os sinais e sintomas surgem progressivamente e podem levar muito tempo para se chegar ao ponto de exigir uma internação. A maior parte do tratamento dos problemas de saúde que o portador de HIV apresenta pode ser resolvida em serviços ambulatoriais e domiciliares.

Conceituo tratamento de saúde domiciliar aquele oferecido ao cliente num ambiente familiar, sendo mais confortável e menos estressante para ele e sua família.

CARR<sup>(9)</sup> considera que o tratamento no domicílio é mais vantajoso para portadores do HIV, porque desenvolve um programa de assistência concreto dentro do ambiente familiar e que se adapta às necessidades dos mesmos.

A assistência de enfermagem com enfoque no modo de viver do cliente é melhor visualizada no tratamento domiciliar, porque permite avaliar, *in loco*, como o cliente desenvolve suas atividades de vida cotidiana. As condições ambientais e os recursos de que o cliente dispõe são mais perceptíveis.

Quando fiz a visita domiciliar ao cliente JMF, com o objetivo de ajudá-lo a resolver um problema de discriminação por parte de familiares, tive a oportunidade de fazer a avaliação de como ele desempenhava outras atividades de vida cotidiana, de maneira muito mais próxima da realidade que ele havia me relatado no consultório. A constatação *in loco* do seu modo de viver estava muito distante daquela que eu pensava. Através desta visita pude levantar problemas reais e potenciais importantes para o tratamento do cliente; como por exemplo, a prevenção de acidentes. O quintal da casa onde ele residia estava repleto de quinquilharias, exigindo verdadeiros malabarismos para nele se transitar.

O tratamento domiciliar permitiu oferecer ao cliente um plano de tratamento individualizado, com sua participação e da família, de maneira efetiva, em todas as etapas do Processo de Enfermagem.

Dona T., mãe do cliente VGS, avaliou que seu filho estava bastante desidratado. Solicitou minha visita no domicílio para ajudá-la a administrar soroterapia de expansão prescrita pelo médico. Quando compareci à visita não só cumprimos o objetivo de hidratar o cliente, mas também elaborei o planejamento da assistência a ser prestada ao cliente.

Não pude contar com a participação do cliente VGS, em decorrência do seu estado de demência. Programamos, Dona T. e eu, os cuidados e objetivos da assistência, levando em consideração os recursos disponíveis:

Controlar o gotejamento do soro; observar sinais de infiltração; desligar infusão caso isto ocorresse; oferecer soro oral de uma em uma hora, em colheradas, quantas o cliente aceitasse; observar quando o cliente urinasse, a quantidade e o aspecto; verificar se o coletor urinário não estava obstruído ou torcido; verificar a umidade da mucosa oral; colocar leito próximo à janela para permitir que o cliente ficasse observando o ambiente externo e tomasse banho de sol pela manhã.

Além destas intervenções, pude observar que o estado higiênico do cliente era ótimo. A integridade cutâneo-mucosa estava preservada; eram feitos banhos de leito todas as manhãs, com água fria, e higienização perianal toda vez que o cliente evacuava. As mudanças de decúbito eram rigorosas, de duas em duas horas. O conforto do cliente no leito, com manutenção da roupa de cama sempre limpa, uso de almofadas, era uma preocupação de Dona T. A dieta era preparada como ele gostava, vegetariana, fresquinha, semi-pastosa, bem cozida. "para matar os micróbios e facilitar de engolir."

Os dois se comunicavam por gestos, olhares. Eu não entendia nada. Mas Dona T. sabia o significado dos menores gestos. Sua cadelinha, Paquita, a sobrinha e a irmã faziam-lhe companhia, não tinham medo. A permanência do cliente no domicílio conserva seu círculo de afetividade e suas referências psicossociais.

O tratamento domiciliar oferece independência máxima ao cliente e a opção de isolar-se ou ter companhia conforme seu desejo. Não existe o rigor de normas e rotinas que tiram a sua individualidade. Não existem os horários pré-estabelecidos, o colchão, o travesseiro, o vestuário e a comida estranhos. No seu espaço físico a mobilidade é livre, bem como estão liberados os horários e os visitantes que queira receber.

O cliente JER, aprendeu a cuidar-se rapidamente porque queria receber alta e continuar o tratamento em casa, no seu ambiente familiar, "sentado na sala, vendo televisão, recebendo o carinho da mãe e da irmã".

LFG fez tratamento ambulatorial e domiciliar até que a internação fosse indispensável. Na visita que lhe fiz no seu domicílio, o objetivo era orientar sobre motivo de crise convulsiva e orientar sobre os cuidados emergenciais nesta situação. Dona R. aproveitou a oportunidade para conversar sobre outros assuntos que estavam lhe trazendo dúvidas. Após anotar estas dúvidas, não só as discutimos como fizemos demonstração de como poderiam ser resolvidas: riscos do contágio para outras pessoas da família, uso de banheiro comum, como lavar as roupas pessoais e de cama do filho, o tipo de alimentação mais adequada. Fui levada para conhecer as dependências da casa e a horta.

O tratamento domiciliar permitiu o estabelecimento de uma relação interpessoal mais afetiva, de confiança e respeito. O cliente en

tendeu que o meu trabalho em sair de casa, tomar ônibus e viajar grandes distâncias refletia preocupação e interesse pelo seu tratamento e bem-estar, uma vez que o habitual era o seu deslocamento para ser assistido. Esta situação foi evidenciada pelo depoimento da mãe de VGS:

"É muito bonito este trabalho da senhora... é humano, preocupa com o doente e com a família também. Eu me sinto segura de perguntar as coisas... mas não é muito trabalho?... Vir aqui em casa, cuidar dele, ensinar a gente como cuidar..."

O contato com o cliente no seu meio ambiente, permitiu que eu desenvolvesse ações independentes e interdependentes dos demais profissionais da equipe. A autonomia para tomar decisões reforçam o papel profissional do enfermeiro, porque promove a interação e o conhecimento mais aprofundado dos problemas de saúde e dos recursos de que o cliente dispõe para resolvê-los. Passei a estar efetivamente mais perto do cliente, conforme o depoimento de LFG:

"prefiro falar sobre este problema com a senhora; o médico já explicou, mas tem coisas que ele não entende... prefiro discutir com a senhora... fico mais à vontade... a senhora já foi lá em casa, conheceu meus pais... sabe como minha mãe é preocupada... o que a senhora acha que eu devo fazer?"

Um componente importante do tratamento domiciliar é a prevenção de danos e a promoção de ações que visem manter a independência máxima do cliente para desempenhar suas atividades de vida cotidiana de forma mais adequada possível.

No caso da AIDS, fatores sociais como o medo, a discriminação e a falta de informações corretas a respeito da doença trouxeram dificul

dades para que o cliente JMF realizasse várias atividades de vida com independência. A manutenção do ambiente seguro, nutrição, sono e repouso, lazer, vestuário e higiene individual e eliminações, atividades estas afetadas pela rejeição familiar que o colocou para residir em um depósito de material.

Com a visita domiciliar, objetivando a orientação e informação adequada dos familiares sobre a doença, consegui diminuir o nível de medo, ansiedade e desinformação sobre a doença, como consequência, promover a aceitação consciente do cliente no seu meio familiar.

O tratamento domiciliar ao cliente portador de HIV pode abranger desde ações de atenção primária, como educação para saúde, cuidados básicos de higiene e preventivas de infecções até procedimentos mais complexos, a nível de atenção terciária; com o cliente em estado grave, até fase terminal. Por isso foi necessário estar muito bem informada sobre o cliente, tratamento e possíveis intervenções a serem realizadas.

O planejamento da visita, a previsão de materiais e o acompanhamento posterior, para avaliação e reprogramação são muito importantes para se prestar uma assistência eficaz e satisfatória.

No caso do cliente VGS, levei o equipamento necessário para soroterapia, coletores de urina, fita para glicosúria, termômetro, e fiz estudo prévio de seu prontuário para conhecer seus tratamentos anteriores, foi quando identifiquei que ele era diabético.

As potencialidades do cliente e família devem ser estimuladas no sentido de promover o autocuidado. A forma de comunicação com o cliente, que passa a incluir a família, foi espontânea, em linguagem simples.

Várias vezes usei impressos educativos. Para anotação das observações e cuidados ao cliente VGS pedi a Dona T. que usasse uma folha de papel comum. E ela registrou, da forma que julgou melhor, os seguintes dados:

ligou o 1º soro fisiológico às 17 hs e 40m - 1.000ml.  
 Temp 39º desligado às 18 hs e 20m  
 Dipirona 25g<sup>ts</sup>  
 À noite passou sem febre, + não religuei o soro, dormiu pouco.  
 6hs Temp - 39º  
 Novalgina 25g<sup>ts</sup>  
 8: leite aceitou um copo - pesquisa de urina Negativo  
 11: " " "  
 13:30 Temp 37º  
 " " sopinha de legumes aceitou 300g<sup>f</sup>  
 " " água tomou

Cheguei para visita às 14,20h. Observei que as anotações da noite estavam em tinta vermelha e do dia em tinta azul. Perguntei a razão deste procedimento, soube que ela era atendente de enfermagem, já aposentada há mais de 12 anos. Senti-me bem com esta informação; havia algo em comum entre nós. Descobri que tinha muito para aprender com aquela senhora de 60 anos, que cuidava profissionalmente, e com carinho do filho portador do HIV, em fase terminal.

Ela preferiu não interná-lo no hospital onde trabalhou quase 30 anos, porque julgou que o tratamento domiciliar, no seu ambiente, junto das pessoas e coisas de que ele gostava lhe seria mais adequado. Para Dona T., o tratamento humano era mais eficaz que o tecnológico.

Para ROPER<sup>(40)</sup> a enfermeira encontra-se em posição estratégica no tratamento domiciliar. O contato mais contínuo com o cliente permite identificar as necessidades mutáveis dentro da família e avaliar o ambiente doméstico.

Durante o meu trabalho senti a necessidade da integração entre os três níveis — hospitalar, domiciliar e ambulatorial — de prestação de assistência para que haja uma melhor coordenação em favor da continuidade do tratamento oferecido ao cliente, além de permitir a organização de um banco de dados para facilitar o planejamento de uma assistência holística e individualizada.

#### 4.4 Avaliação do continuum dependência-independência

A avaliação me pareceu a parte mais difícil do processo. Havia uma tendência em avaliar a assistência prestada, e não o continuum dependência-independência do cliente. Em certos momentos estas duas coisas se misturaram, a avaliação do cliente e a avaliação da assistência, mas a primeira pode ser consequência da segunda.

BRUNNER e SUDDARTH<sup>(8)</sup> definem a avaliação como a etapa final do processo de enfermagem, está dirigida para a determinação da resposta do cliente às intervenções de enfermagem. Para Roper a avaliação não é uma atividade única, permeia todo o processo de enfermagem, como feedback dinamizador do tratamento.

A avaliação tem como referencial quantitativo e qualitativo o cumprimento dos objetivos propostos. No enfoque de Roper estes objetivos foram estabelecidos com participação do cliente, por conseguinte também a avaliação se processará com o cliente.

A antecipação da alta de JER ocorreu devido à auto-avaliação, através da qual o cliente julgava-se em condições de continuar o tratamento em casa. A avaliação desta condição de independência para autocuidar resultou do cumprimento total do objetivo "aprender o autocuidado"

em relação ao tratamento das lesões cutâneas nos membros inferiores. Os graus de cumprimento deste objetivo podem ser evidenciados pelo registro no gráfico de avaliação do continuum dependência-independência na atividade de vida, higiene pessoal e vestuário.

O gráfico para avaliar o cliente no seu continuum dependência-independência fornece uma visão rápida e global da evolução do cliente nas suas atividades de vida cotidiana. Ao mesmo tempo pode dar uma idéia de como os objetivos para o tratamento foram atingidos.

O enfoque no continuum dependência-independência permite ao enfermeiro perceber o cliente como pessoa que tem rotinas normais, e identificar aquelas que ele pode ou não fazer com independência. O sentimento de independência é importante na nossa sociedade e faz parte da autoestima e dignidade humanas. Por este motivo deve ser estimulada e reforçada.

A avaliação, vista a partir do modo de viver do cliente, incentiva maior conscientização da importância da assistência de enfermagem, individualizada. Neste sentido a própria percepção que o cliente tem dos seus problemas de saúde interfere no que e como avaliar. As condições de assistência oferecidas pelo sistema de saúde também são variáveis importantes.

No caso da AIDS, o grau de comprometimento do estado de saúde em relação ao agente etiológico e a resposta social ao infectado são dois componentes importantes da avaliação.

O cliente JAC apresentava diarreia infecciosa crônica. Estabelecemos objetivos no sentido de recuperar o equilíbrio das eliminações e alimentação. Mas o estado psicológico do cliente, abatido, apático, não

cooperava para o sentido da independência. Os fatores negativos estavam mais relacionados ao seu comportamento de negação que à própria condição de apresentar diarreia crônica. Apesar das intervenções de enfermagem consideradas adequadas ao caso, os objetivos não se cumpriram positivamente.

O cliente tem responsabilidade no seu tratamento. Isto pode ser melhor evidenciado na assistência domiciliar, onde o cliente e a família tomam de fato a iniciativa e se comprometem com as medidas a serem adotadas. A auto-avaliação reforça a evolução do cliente para a independência no seu continuum.

O cliente JMF traçava planos de cuidados para sua saúde. Achou que se fizesse sua própria alimentação poderia comer alimentos preferidos, bem limpos e cozidos, nos horários que sentisse vontade.

"Eu sempre fiz minha comida... gosto de cozinhar, do meu jeito é mais gostoso... e não fica dando trabalho para os outros".

O sentimento de auto-estima é reforçado com a valorização e estímulo ao desenvolvimento das potencialidades do cliente repercutindo positivamente no continuum dependência-independência.

Ao avaliar as respostas do cliente à assistência prestada, não pude deixar de avaliar a própria assistência de enfermagem que a aplicação do Modelo de Roper proporcionava aos infectados pelo HIV e suas famílias. A assistência com enfoque no modo de viver me colocava a todo momento frente à realidade social dos clientes e dos Serviços de Saúde.

Considero a realidade social como transformável pelo homem, uma vez que foi por ele criada. A assistência de enfermagem, que parte

da problematização da independência para desempenhar atividades vitais, permite evidenciar situações conflitantes não só da enfermagem mas da sociedade como um todo. No caso do cliente portador de HIV estas situações se tornam veladas. A rejeição e discriminação ao cliente são encobertas pela expressão de piedade, culpa e medo. Os depoimentos de enfermeiros e auxiliares de enfermagem mostraram esta situação:

"Tenho pena deles, mas não posso levar para fazer quimi na Central... meus funcionários não aceitam, para falar a verdade eu também não sei como lidar com eles."(enfermeira)

"Tenho pena deles, queria poder fazer muita coisa, curar... mas como não posso, pelo menos dou amor, carinho, conforto... tem colega aí que odeia, não aceita o paciente, mas como é obrigada a cuidar, maltrata... o paciente é muito dependente, aguenta tudo. Tem medo de castigo, por isso não se queixa."(auxiliar de enfermagem)

Esta percepção ingênua acerca do cliente portador do HIV como vítima, condenado, digno de piedade e rejeitado, não contribui para mudança da realidade, ao contrário, reforça-a. De acordo com FREIRE<sup>(15)</sup> a opção pela mudança se empenha em desvelar a realidade, ao invés de trabalhar sobre os sujeitos, trabalhar com os sujeitos.

O papel de educador da enfermeira, enquanto profissional social, não deve ser de repassador de técnicas e informações, friamente. Segundo FREIRE<sup>(14)</sup> "é uma ingenuidade pensar num papel abstrato, num conjunto de métodos e de técnicas neutros para uma ação que se dá em uma realidade que também não é neutra". Apliquei o Processo de Enfermagem com enfoque nos modos de viver porque vislumbrei através do seu uso a possibilidade de se efetivar uma enfermagem mais consciente e crítica. O depoimento de uma enfermeira do HEM sobre o Modelo, valorizando-o sobre

maneira, traz um indicativo positivo quanto ao seu uso:

"... a proposta desta enfermeira (Roper) é revolucionária. Significa uma revisão das bases da enfermagem... naquilo que nós estamos fazendo... mudar de postura, rever a nossa relação com o paciente, que é muito dominadora."

A aplicação dos pressupostos teóricos-filosóficos de Roper requer o aprofundamento de suas idéias. Algumas das dificuldades iniciais que encontrei estavam relacionadas com o fato de me haver familiarizado com enfoques diferentes, anteriormente usados, onde a avaliação do cliente e registro das informações se davam de forma diferente.

A dificuldade de categorizar informações do modo de viver aconteceu quando tópicos pareciam encaixar em mais de uma atividade de vida cotidiana. Estas dificuldades também foram manifestadas por enfermeiras do HEM, através de depoimentos:

"para utilizar esta proposta precisamos estudar, aprender a teoria dela... discutir muito. Já estamos acomodados a esta enfermagem de improviso, sem planejamento."

"acho difícil dar uma nota... avaliar... assim em que grau de dependência o paciente está... não tem critérios uniformes. Eu acho que é tanto... o outro acha que é outro tanto, daí... não serve de parâmetro, nós nem temos tempo de cuidar direito dos pacientes..."

Tradicionalmente, o médico tem sido visto como aquele que decide sobre cuidados com saúde. Este fato ficou evidente no manual de funcionamento do ambulatório DIP/Bias Fortes, em que todas as atividades giram em torno da consulta médica. O mesmo manual não faz referências ao enfermeiro e procedimentos de enfermagem para a prestação de serviços. Desta forma, torna-se procedente o questionamento que me foi feito por

um dos médicos da equipe:

"o que é mesmo que o enfermeiro pode fazer no Ambulatório...  
só se for medicação..."

Ao ajudar o cliente no seu tratamento, cuidados à saúde e reabilitação, a enfermeira poderá desempenhar papel independente e interdependente em cooperação com outros membros da equipe de saúde. Porém, segundo ROPER<sup>(49)</sup> a maior parte do tratamento, a promoção do bem-estar para as atividades de vida cotidiana do cliente, está nas mãos da enfermeira que age independentemente para ajudar o cliente a tornar-se auto-suficiente, dentro de suas limitações, e algumas vezes até para superá-las.

Outra dificuldade inicial encontrada foi no preenchimento do formulário, que atribuí à inexperiência em usá-lo, por isto demorava muito tempo nesta etapa do trabalho. Tive também dificuldades em resumir as anotações, o que consumia muito papel. O volume de tempo e esforço necessários para uma aplicação mais extensa, para todos os clientes da unidade, por exemplo, não pode ser subestimado. Esta foi uma das preocupações dos enfermeiros do HEM manifestada pelo depoimento:

"tem papel demais para preencher, precisamos ser mais práticos. Com o número insuficiente de enfermeiros não é possível. Em primeiro lugar tem que estar o cuidado do paciente, ali no momento, se sobrasse tempo... e como nunca sobra... vai ficando como está."

A falta de tempo e de condições de trabalho adequadas foram justificativas dos enfermeiros para uma assistência sem sistematização. Ao tomar conhecimento da proposta de Roper os enfermeiros mostraram-se interessados em discutí-la, e reagiram positivamente ao trabalho que desenvolvi. Os depoimentos de enfermeiros, outros profissionais e família

res de clientes confirmaram esta reação:

"ainda bem que você chegou... o seu paciente o SAL aprontou esta noite. Só você com estas suas teorias para entender e dar um jeito nele. Tá um bicho, ninguém chega perto".  
(depoimento da enfermeira/HEM)

"acho bom... diferente dos outros o seu jeito de tratar o SAL... e a gente também... com diálogo, deixando a gente decidir as coisas, explica as dúvidas. Tenho mais confiança." (depoimento da irmã de SAL)

"fui auxiliar, já aposentei. É muito bonito este trabalho da senhora... é humano, preocupa com o paciente e com a família também. Eu me sinto segura de perguntar as coisas... Mas não é muito trabalho?... vir aqui em casa, cuidar dele, ensinar pra gente como cuidar..." (depoimento da mãe de VGS)

"você é formada em que mesmo? Desculpe fazer esta pergunta. O seu jeito de trabalhar, de tratar o paciente não é igual ao que estou acostumado a ver outras enfermeiras fazer... é mais humano... você deixa ele participar... sabe decidir mesmo. Eu entendo isto como respeitar a individualidade dele. Até sua maneira de se relacionar com os outros profissionais da equipe é diferente... de igual para igual... não é submissa..." (depoimento do psicólogo da equipe)

Aplicar os pressupostos teóricos-filosóficos na prática da assistência de enfermagem aos clientes portadores de HIV permite colocar uma realidade dinâmica e complexa, visualizar diversos dualismos. A opção para atuar como trabalhador social pode ajudar a resolver alguns deles. O dualismo teoria-prática foi o que mais evidenciou para mim.

Minha expectativa é que a aplicação do referencial teórico de Roper tenha provocado mudanças na minha prática de enfermeira e professo

ra, proporcionando uma assistência mais humana aos clientes sujeitos desta pesquisa, e que este trabalho sirva de incentivo a que outros enfermeiros venham a experimentá-lo, contribuindo para o aprofundamento das teorias de enfermagem.

## 5. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A utilização do Modelo de Assistência de Enfermagem proposto por Nancy Roper permite uma visão holística do cliente, evitando-se a fragmentação das informações em categorias como fatores físicos, psicológicos, sociais, econômicos e crenças religiosas. Todos estes aspectos estão relacionados com as atividades de vida cotidiana do cliente, e devem constar sob cada tópico do modo de viver.

O Modelo conduz à percepção abrangente da pessoa humana e contribui para estabelecer uma interação positiva entre enfermeira, cliente e família. Permite a identificação de alguns problemas que de outra forma passariam despercebidos. O infectado pelo HIV apresenta uma variedade de problemas no seu modo de viver que estão diretamente relacionados pela sua condição de aids. A metodologia de assistência usada resalta aqueles problemas que são socialmente estabelecidos.

A privacidade, o compromisso e a cumplicidade são fatores importantes na relação da enfermeira com o cliente. É necessário a utilização de espaço privativo para garantir ao cliente e família que as informações dadas serão de uso exclusivo da equipe de trabalho. O medo de que se torne pública a condição de infectado pelo HIV traz ansiedade e desconfiança ao cliente, o que poderá dificultar a assistência de enfermagem.

O Formulário é útil e facilita a organização e registro dos dados nas etapas do processo de enfermagem; alerta para a identificação das capacidades e incapacidades do cliente, leva em conta seus hábitos anteriores e as circunstâncias em que se encontrava antes de procurar a ajuda do profissional para resolver seus problemas de saúde.

Para se utilizar o Modelo é necessário conhecer seus pressupostos teóricos e filosóficos. O enfoque nos modos de viver, para um tratamento que visa a independência nas atividades de vida cotidiana leva a uma revisão da postura da enfermeira frente ao ser humano e à própria profissão.

A adoção do enfoque de Roper me levou a questionar o papel social do enfermeiro e a perceber este profissional como um trabalhador social. Concordando com FREIRE<sup>(15)</sup>, o trabalhador necessita conhecer a realidade em que atua, o sistema de forças que enfrenta e o que se pode fazer em um dado momento, pois o que se faz é o que se pode e não o que gostaria de fazer. Conhecer a realidade para poder julgar o que se deve fazer, ajuda o enfermeiro a se situar historicamente e não se frustrar.

O enfoque personalizado, individualizado e holístico do Modelo, cria uma relação de co-participação do cliente no seu tratamento, o mesmo acontecendo com seus familiares. A autoria do Processo de Enfermagem é o enfermeiro, mas o cliente é o proprietário de si próprio e das decisões a respeito da sua saúde. O profissional atua como facilitador e provedor das condições de tratamento. Esta percepção do outro, muda a relação de dominação do enfermeiro sobre o cliente, cria um sentimento mútuo de respeito, confiança e compromissos humanos.

A utilização do Formulário para avaliação do cliente e o planejamento da assistência pode melhorar a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e da própria equipe de enfermagem. Esta metodologia oferece uma visão integral do estado de saúde do cliente e da resposta ao tratamento implementado, quando ele está oferecendo resultados positivos ou negativos, e onde precisa ser modificado.

A leitura atualizada do Formulário permite o conhecimento integral do cliente sem necessidade de ficar repetindo questionamentos, o que pode ser constrangedor ou incomodativo para o cliente e sua família.

O uso do formulário proposto por Roper dá uma ampla visão de contribuição da enfermeira no tratamento do portador de HIV, que desempenha um papel independente e interdependente, como membro da equipe de saúde.

O Modelo de assistência que enfoca as atividades vitais e a participação do cliente no processo de enfermagem, permite identificar áreas que exigem uma preparação planejada da enfermeira com a contribuição de outros profissionais.

Quando se trata de cuidar de pessoas que têm o seu modo de viver afetado pelo fato de ser portador de HIV, os profissionais de enfermagem, não só a enfermeira, necessitam acompanhamento de psicólogos, psiquiatras e sociólogos que os auxiliem a lidar com questões contraditórias como a expressão da sexualidade, conceito de morte, tabus e discriminações sociais. Estes aspectos da vida cotidiana podem gerar altos níveis de tensão, ansiedade e medo, o que levaria o pessoal da enfermagem a adotar atitudes negativas para uma assistência humanizada ao cliente.

A experimentação do Modelo de Roper me leva a concordar com MELEIS<sup>(27)</sup> que diz que as teorias não têm um modelo fixo, elas permitem mudanças, novas observações ou reconstrução. O enfoque do modo de viver não se limita ao formulário, envolve toda uma maneira de conceber o homem e a sociedade, de forma dinâmica. Não encontrei rigidez ou limitações estruturais na sua proposta. O uso do formulário, tal como Roper o apresenta, facilita a organização do registro dos dados, sem no entanto ser inflexível. Modifiquei alguns itens, mais por questões de adaptação à língua portuguesa e pela própria dinâmica do trabalho.

A aplicação do Modelo na assistência domiciliar foi mais gratificante e permitiu melhor utilização do enfoque holístico. Trabalhar com o cliente e sua família no seu próprio ambiente facilita uma interação mais verdadeira, de mais compromisso. O modo de viver do cliente se desvelou para mim, fiquei mais perto de sua realidade de vida. As etapas do processo se deram de forma mais dinâmica, com maior participação do cliente. A troca de conhecimentos ocorreu de forma mais realística. O raciocínio a respeito dos problemas potenciais do cliente e família enfatiza a necessidade de intervenções de tratamento preventivo. Ajuda o cliente e a família a compreender o tratamento de si próprio.

O Modelo tem por consequência estabelecer objetivos que se destinam a promover saúde, prevenir doenças, e mais genericamente solucionar problemas presentes de saúde, estando centrado no modo de viver, independente de o indivíduo estar ou não infectado pelo HIV, de estar hospitalizado ou no domicílio.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. AGUILLAR, Olga Maimoni. **Contribuição ao estudo do processo de adaptação da pessoa laringectomizada.** Ribeirão Preto: USP, 1984. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1984.
02. ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. A construção do saber na enfermagem: evolução histórica. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3ª, Florianópolis, 1984. **Anais.** Florianópolis, Ed. da UFSC, 1984. p. 58-77.
03. AMURRIO, Hugo Ayaviri. **O que saber sobre AIDS.** Jataí: Sudográfica: 1988. p. 72.
04. ANDRÊ, Marli E.D.A. **Estudo de caso: seu potencial na educação.** Cardenos de Pesquisa. v. 49: p. 51-54, Mai/1984.
05. ARANTES, Dorothee Völkers. O papel da enfermagem no tratamento e prevenção da AIDS. **Rev. Enfoque.** v. 5, n. 1, p. 18-20, 1987.
06. ARICÓ, Maurício. **AIDS: mitos e verdades.** São Paulo: Icone, 1987. p. 119.
07. BENNET, Jo Anne. Nurses talk about the challenge of AIDS. **Journal of nursing.** set, 1987.
08. BRUNNER, Lillian Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 6. ed. Tradução Cecília R. Coelho, Cleonice V. Ribeiro, Maria L. M. Freitas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. v. 1 e 2, 1990.
09. CARR, Susan E. **Non - hospital options for PWAs: a close look at home care.** In: AIDS patient care. v. 4, n. 3, p. 2-5. June/1990.

10. CARVALHO, Vilma de. Tangenciando o pensamento de Pedro Demo e suas alegações por uma prática crítica: comentários e implicações para a enfermagem. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO SOBRE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 10, Florianópolis, 1985. **ANAIS**. Florianópolis. Ed. da UFSC, 1985. p. 69-65.
11. CASTRO, Rosa Aparecida Pimenta de. Assistência de Enfermagem na AIDS: percepções da equipe de enfermagem e de pacientes portadores de AIDS em alguns aspectos da assistência nos hospitais do município de São Paulo. **Rev. Enfoque**. v. 15, . 3, p. 67-70.
12. DESSUNTI, Elma Mathias. Percepção de discentes e equipe de enfermagem na relação ao paciente com suspeita ou diagnóstico confirmado de AIDS. **Rev. Gaúcha Enf.**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 45-51, jan/1989.
13. ELSEN, Ingrid. Comentários sobre o tema: teste de teorias de Enfermagem da Dr<sup>a</sup> Afaz Ibrahim Meleis. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO SOBRE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 10, Florianópolis, 1985. **Anais**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1985. p. 341-356.
14. FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. 6. ed. RJ: Ed. Paz e Terra, 1983. 79 p.
15. \_\_\_\_\_. **Ação cultural para a liberdade**. 7. ed: RJ: ed. Paz 1984. 149 p.
16. FOLTA, Jeannette R. Humanização dos serviços e o uso da tecnologia na assistência à saúde. **Rev. Enf. Novas Dimens.**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 141-146, jul/ago. 1975.
17. GIR, Elucir. **Interação verbal entre a equipe de enfermagem e pacientes aidéticos**. Ribeirão Preto: USP, 1958. Dissertação (Mestrado de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1988.
18. GRECO, Dirceu B. et. al. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS/SIDA). **Informativo CRMMG**. n. 15, 1987.
19. HERMANN, Hellma; PEGORARO, Aildes dos Santos. **Enfermagem em doenças transmissíveis**. São Paulo: EPU, 1986. 157 p.

20. HORTA, Wanda de A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 99 p.
21. KEPNES, LYNN J. **Professional nursing practice in ambulatory care: nursing in this setting can be practiced coherently and professionally**. **Nursing Management**. v. 15, n. 5, p. 28-30, 1982.
22. KUBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer**. 3. ed: Livraria Martins Fontes, 1989. p. 290.
23. LACAZ, Carlos da Silva, (Coordenador). **AIDS/SIDA: doutrina, aspectos iatrosifiloficos, infeccoes oportunistas associadas**. São Paulo: Sarvier, 1985. 124 p.
24. LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
25. MANN, Jonatham M. et al. The international ipidemiology of AIDS. In: **The science of AIDS**. WH Freeman and company. New York. p. 51-61. Separata do curso de atualização em AIDS, centro cultural/UFMG, Belo Horizonte/MG. 01-06 de outubro/89.
26. MARTINS, Ana A. A enfermagem como prática social. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 2 e 3, n. 40, p. 132-143. abr/set, 1987.
27. MELEIS, Afaf I. Estratégias para o desenvolvimento de teorias de enfermagem. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO SOBRE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1ª, Florianópolis, 1985. **Anais**. Florianópolis: ed. da UFSC, 1985. p. 133-164.
28. MENECHIN, Paolo. O papel da enfermagem no tratamento e prevenção da AIDS. **Rev. Enfoque**, v. 15, n. 1, p. 18-20. 1987.
29. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Boletim Epidemiológico. Ano III, n. 1, semana epidemiológica 27/30, 1989.
30. NETO, Luiz A. **A face oculta da AIDS**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1989. 67 p.

31. OLIVEIRA, Maria Ivete R. de. Enfermagem e pesquisa: importância e significado. **Rev. Bras. Enf.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 5. p. 206-16, out, 1964.
32. OLIVEIRA, Maria Ivete R. de. A formação do conhecimento e a enfermagem brasileira (parte 1). In: SIMPÓSIO BRASILEIRO SOBRE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 19 Florianópolis, 1985. **Anais.** Florianópolis: ed. da UFSC, 1985. p. 07-26.
33. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Diretrizes para la assistência de enfermería a las personas infectadas por el vírus de la inmunodeficiência humana (VIH).** Série OMS sobre el SIDA, n. 3, 1988.
34. OSTROW, David G. et al. Classification of the clinical spectrum of HIV infection in adults. IN: **American Medical Association: information on AIDS for the practicing physician.** v. 1. Separata do curso de atualização em AIDS. Centro Cultural/UFMG, Belo Horizonte/MG, 01-06 de outubro/89.
35. PAULA, Nara S. de; KAMIYAMA Yoriko. Os caminhos que vêm sendo trilhados pela comunidade acadêmica de enfermagem brasileira na formação do conhecimento (2ª parte) In: SIMPÓSIO BRASILEIRO SOBRE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 19, Florianópolis, 1985. **Anais.** Florianópolis: ed. da UFSC, 1985. p. 27-50.
36. POLETTI, Rosette A. **Cuidados de Enfermagem: tendências y conceptos actuales.** Traduzido por Rosa Maria Alberti y Maria Paz Mompert Garcia. Barcelona, Rol: Centurion, 1980. 119 p.
37. ROGERS, Carl R. **Tornar-se pessoa.** 6. ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1982. 360 p.
38. ROPER, Nancy et al. **The elements of nursing.** London and New York: Churchill Livingstone, Edinburgh, 1980. 305 p.
39. \_\_\_\_\_. **Learning to use the process of nursing.** London and New York: Churchill Livingstone. Edinburgh, 1981. 119 p.
40. \_\_\_\_\_. **Using a model for nursing.** London and New York: Churchill Livingstone. Edinburgh, 1983. 119 p.

41. SANTIAGO, Leonor I. Utilizacion del enfoque holística en la interacion com nuestros clientes: Tema desenvolvido em 18 de maio de 1986, no almoço presidencial no restaurante Zipperle. **Rev. de salud Pública.** Porto Rico, setp, 1986. p. 12-16.
42. SINNO, Maria. Comunicação enfermeiro-cliente. **Rev. Bras. Enf.** Brasília, v. 2 e 3, n. 40, p. 123-125, abr. - set. 1987.
43. SOUZA, Herbert de (Betinho). **Direitos humanos e AIDS.** Palestra proferida em 22 de outubro de 1987 na Faculdade de Direito da USP. Separata do Curso de atualização em AIDS, Centro Cultural/UFMG, Belo Horizonte/MG. 01-06 de outubro/89.
44. TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução à Pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: ed. Atlas, 1987. 175 p.
45. TURNER, Joan G. The AIDS pandemic (editorial). **AAOHN Journal**, v. 36, n. 7, jul. 1988.
46. VERONESI, Ricardo. **Doenças infecciosas e parasitárias.** 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

## 7. ANEXOS



## M O D O D E V I V E R

Atividades de vida cotidiana (AVC)

Data:

NOME:

Reg.:

Atividades de vida cotidiana (AVC)	Rotinas usuais: Grau dependência	Problemas atuais/potenciais
1. Manutenção do ambiente seguro		
2. Comunicação		
3. Respiração		
4. Alimentação e hidratação		
5. Eliminações		
6. Higiene pessoal e vestuário		
7. Controle da temperatura corporal		
8. Movimentação		
9. Trabalho e lazer		
10. Expressão da sexualidade		
11. Sono		
12. Morte		

## PLANO DE TRATAMENTO

Relacionado às Atividades de Vida Cotidiana

NOME:

Reg.:

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliações



**A N E X O II**

Belo Horizonte, 12 de Abril de 1990.

Senhor Coordenador:

Solicito de Vossa Senhoria a oportunidade de implementação do meu Projeto de Pesquisa, para conclusão do Curso de Mestrado em Enfermagem, na sua fase de coleta de dados, através do serviço de DIP do Ambulatório Bias Fortes para clientes portadores de HIV.

Em anexo, encaminho copia do projeto de pesquisa, na sua primeira formulação, com as devidas correções feitas pela Coordenação do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery/ Universidade Federal do Rio de Janeiro e, também, cópia da carta de apresentação do referido Curso ao Diretor do Hospital das Clínicas da UFMG.

Atenciosamente,

Terezinha Silvério de Melo

Mestranda em Enfermagem pela EEAN/UFRJ

## A N E X O III

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY/UFRRJ  
COORDENAÇÃO DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

Rio de Janeiro,

Ao

Diretor do Hospital Eduardo de Menezes

Apresentamos a V.Sa., TEREZINHA  
SILVÉRIO DE MELO aluno(a) do  
Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna  
Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, para qual soli-  
citamos apoio desta Instituição no que se refere ao levanta-  
mento de dados necessários a elaboração do trabalho de conclu-  
são do referido curso.

Atenciosamente,

*Suly de Souza Baptista.*  
Márcia Antonieta Rubio Cyrill  
Coordenadora do Curso de Mestrado  
EEAN/UFRRJ

## ANEXO IV

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY/UF RJ  
COORDENAÇÃO DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

Rio de Janeiro, 15 de abril de 1990.

Ao

Diretor do Hospital das Clínicas da U.F.M.G.

Dr. José Maurício Carvalho Lemos

Apresentamos a V.Sa., TEREZINHA

SILVÉRIO DE MELO aluno(a) do  
Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna  
Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, para qual soli-  
citamos apoio desta Instituição, no que se refere ao levanta-  
mento de dados necessários a elaboração do trabalho de conclu-  
são do referido curso.

Atenciosamente,

*Lucy de Souza Baptista*  
p/ Maria Antonieta Rubio Tyrrell  
Coordenadora do Curso de Mestrado  
EBAN/UF RJ