

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

**A ENFERMAGEM INTERAGINDO COM A FAMÍLIA COM HIV/AIDS EM UM
HOSPITAL PEDIÁTRICO , EM BUSCA DO ALCANCE DOS OBJETIVOS**

FLORIANÓPOLIS, DEZEMBRO DE 1996

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

**A ENFERMAGEM INTERAGINDO COM A FAMÍLIA COM HIV/AIDS EM UM
HOSPITAL PEDIÁTRICO , EM BUSCA DO ALCANCE DOS OBJETIVOS**

Andréia Valéria de Souza

Katia Ferreira da Silva

**Relatório da Prática Assistencial
Elaborado para a disciplina
Enfermagem Assistencial Aplicada
da VIII Unidade Curricular do
Curso de Graduação em Enfermagem
da Universidade Federal de Santa Catarina**

FLORIANÓPOLIS, DEZEMBRO DE 1996

**A ENFERMAGEM INTERAGINDO COM A FAMÍLIA COM HIV/AIDS EM UM
HOSPITAL PEDIÁTRICO , EM BUSCA DO ALCANCE DOS OBJETIVOS**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0344

Autor: Souza, Andréia Val

Título: A enfermagem interagindo com a f



972493698

Ac. 241595

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

Andréia Valéria de Souza

Katia Ferreira da Silva

Orientadora : Edilza Maria Ribeiro

Supervisoras : Rosana Beatriz R. Gandin

Clarisse Sielski

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0344

Ex.1

FLORIANÓPOLIS, DEZEMBRO DE 1996

RESUMO

Trata-se dos resultados da implementação de um projeto assistencial, desenvolvido por acadêmicas da VIII unidade curricular, do curso de graduação em enfermagem da UFSC, à famílias com HIV / AIDS no ambulatório "Ä" do Hospital Infantil Joana de Gusmão/ Florianópolis, SC, no período de 05/09/96 a 18/11/96. O processo de enfermagem orientou a prática assistencial e foi fundamentado no referencial teórico e Teoria do Alcance de Objetivos de Imógene King. Nesta teoria, o foco de enfermagem é o cuidado e sua meta é a saúde dos seres humanos. Através da interação, visando transações, têm-se como resultados, o alcance dos objetivos. Os conceitos utilizados foram: self, percepção, papel, tempo, espaço, estresse, crescimento e desenvolvimento, interação, comunicação, transação, tomada de decisões e organização. A teoria se mostrou aplicável na prática e os conceitos adequados à realidade das famílias com HIV / AIDS, destacando-se a oportunidade das famílias de analisar, definir seus problemas e buscar soluções. As famílias que experienciam o HIV / AIDS têm reduzido seus espaços sociais, associam a doença à morte, esperam com ansiedade a cura, manifestam cansaço pelas demandas do tratamento e as informações que recebem pela mídia não condizem a sua realidade e necessidade. Constatou-se que a enfermagem não está suficientemente embasada para o cuidado da clientela. A equipe interdisciplinar enfrenta várias dificuldades como: falta de estrutura física, recursos humanos e materiais. Desenvolveram-se cuidados como: reforçar o valor humano dos clientes, aumentar o interesse de se cuidar, manter-se sociável evitando o isolamento, incentivar o sexo seguro, incentivar os vínculos familiares, incentivar formas de combater o estresse, estimular o fortalecimento de valores significativos. Como recomendações propõe maior atenção ao cuidado da família com HIV/AIDS através de: pesquisas, divulgação de experiências, capacitação dos cuidadores e envolvimento dos profissionais, direta ou indiretamente vinculados a esta clientela.

AGRADECIMENTOS

Ao término deste relatório, surge uma imensa alegria e satisfação, pois, em alguns momentos, parecia que não seria possível, em vista do cansaço e das dificuldades enfrentadas. Representa sem dúvida, uma vitória, e é nesse momento que percebemos quantas pessoas foram envolvidas e contribuíram para a realização do trabalho. A todas essas pessoas que direta ou indiretamente nos favoreceram, queremos expressar a nossa profunda gratidão.

A Deus pelo dom da vida e por nos ter feito assim, buscando crescer sempre um pouco mais. Por nos permitir manter a estabilidade emocional e a paz interior, superando os momentos de crise e por nos proporcionar a luz e a energia necessária no percurso desse caminho e nos conceder esta vitória.

Às nossas famílias, em especial à mãe Maria, e aos pais Elga e Antônio, pelo dom da vida, pela dedicação, apoio e pelas privações porque passaram, para nos oferecer o estudo, tranquilidade e conforto. Também aos nossos irmãos e irmãs, cunhados, sobrinhos, avôs e avós, tios e tias, pelas palavras de estímulo, pelo incentivo incansável e pela confiança. Com todos vocês dividimos esta vitória, este sonho idealizado e realizado.... Obrigado Senhor, pela família que tenho.

De forma especial, ao namorado e amigo André, pela compreensão, carinho e dedicação com que compartilhou todos os momentos desta jornada, o nosso afeto.

À nossa professora, orientadora e amiga Edilza, pelo respeito, carinho e dedicação que conduziu todo nosso percurso, estando disposta sempre em fazer mais e o melhor, contribuindo para o nosso crescimento profissional e pessoal, o nosso carinho e respeito.

Às amigas e colegas, com quem compartilhamos nossas alegrias, tristezas, frustrações, angústias, esperanças, dedicamos nosso carinho e amizade.

Ao Grupo de Apoio à AIDS Pediátrica, pela oportunidade de realizarmos este trabalho, pela compreensão, apoio, contribuição e ensinamentos que nos proporcionaram, nosso respeito e incentivo para que continuem perseverantes na sua luta por melhores condições de atendimento à criança e família com HIV/AIDS.

Às enfermeiras do HIJG, Eli, Rosana e Clarice, pela colaboração neste trabalho, com paciência, vontade de ajudar e dividir seus conhecimentos, nosso muito obrigado. À Trudy, pelo carinho, respeito e tudo que nos ensinou, ficamos gratas ...

Aos clientes nossa eterna gratidão, sem vocês esta caminhada não teria tido êxito. Cada um de vocês, a seu modo, enriqueceu nossa vida e contribuiu, de forma incondicional, para o meu crescimento profissional e pessoal. Esperamos ter contribuído, de alguma forma, para melhorar sua condição e superar a problemática de vivenciar o HIV/AIDS. O nosso respeito e carinho e que Deus esteja sempre com cada um de vocês.

SUMÁRIO

Capítulo	Página
1 - INTRODUÇÃO	1
1.1 - Justificativa	3
1.2 - Objetivos	4
2 - MARCO REFERENCIAL E A TEORIA DO ALCANCE DE OBJETIVOS	5
3 - REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 - O impacto do HIV/AIDS para a família e para a criança	16
3.2 - Papel dos profissionais de saúde frente ao HIV/AIDS	18
3.3 - Percepções e papel do enfermeiro frente ao HIV/AIDS	19
4 - METODOLOGIA	21
4.1 - Local	21
4.2 - Clientela	22
4.3 - Respeito aos direitos da clientela	23
4.4 - Procedimentos/estratégias previstas para o alcance dos objetivos	23
4.5 - Cronograma	26
5 - APRESENTAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO ASSISTENCIAL	29
5.1 - Buscando conhecer e compreender o cotidiano, a dinâmica do tratamento do cuidado e as interações presentes no ambiente ambulatorial	29
5.1.1 - Buscando conhecer e compreender a criança com HIV/AIDS	30
5.1.2 - Buscando conhecer e compreender o familiar	31
5.1.3 - Buscando conhecer e compreender o familiar na unidade de internação	32
5.1.4 - Buscando conhecer e compreender o familiar no domicílio	32
5.1.5 - Buscando conhecer e compreender a equipe assistencial	33
5.1.6 - As acadêmicas de enfermagem da VIII U.C.	34
5.1.7 - A criança e os familiares na unidade de tratamento do HIV/AIDS	34

5.2 - Aplicando o Marco Teórico no cuidado de enfermagem à família com HIV/AIDS	35
5.2.1 - Conceitos aplicados no cuidado de enfermagem à família com HIV/AIDS.	37
5.3 - Colaborando com o planejamento do Hospital Dia para pacientes e familiares com HIV/AIDS	61
5.4 - Buscando integração com a equipe interdisciplinar	61
5.5 - Buscando compreender o processo de viver com HIV/AIDS da família, durante atividades de educação em saúde	62
5.6 - Colaborando na atualização dos funcionários do Lar Recanto do Carinho.	63
5.6.1 - Colaborando na atualização dos funcionários e equipe de enfermagem do ambulatório	64
5.7 - Aprofundando os estudos com relação à doença e cuidado	66
5.8 - Realização de atividades não previstas.	66
6 - CONSIDERAÇÕES PARA ENFERMAGEM.	68
7 - CONCLUSÕES	71
8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS.	75

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho foi elaborado pelas acadêmicas ANDREIA VALERIA DE SOUZA e KATIA FERREIRA DA SILVA, da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, na disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada e foi orientado pela professora Mestre em Enfermagem, Edilza Maria Ribeiro; a supervisão da execução ficou a cargo das Enfermeiras da Comissão de Controle de Infecção do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), Rosana Beatriz Reis Gandin e da Enfermeira responsável pelo ambulatório, Clarice Sielski.

Trata-se do relatório da prática assistencial de enfermagem, na área de saúde da família/criança com HIV/AIDS, atendidas pelo GAAP (Grupo de Apoio à AIDS Pediátrica), no HIJG. Foi desenvolvido de forma integrada com a equipe interdisciplinar e orientada pela “Teoria de Alcance de Objetivos”, de Imógene King (GEORGE,1993).

A escolha das famílias foi consequência do processo de conscientização das acadêmicas, em relação à problemática atual da AIDS.

Decorridos dezoito anos do convívio com a infecção pelo HIV/AIDS, o mundo está cada vez mais vulnerável, em função da crescente disseminação da doença, caracterizada como a “Síndrome do Preconceito”. A epidemia acentua uma “zona obscura” de julgamentos, conceitos e valores morais, desnudando as condições de vida social em todo mundo, relativos à práticas e representações do corpo, da vida, do prazer e da morte (Ministério da Saúde, 1996-a).

A OMS estima que existe no mundo cerca de 25,5 milhões de adultos contaminados e aproximadamente 1 milhão de crianças. Estima também que 4,5 milhões de pessoas já morreram em decorrência da AIDS. Prevê para o ano 2000, um total cumulativo da ordem de 30 a 40

milhões de infectados pelo HIV, dos quais 10 milhões serão crianças e que a metade destas terão perdido a mãe ou ambos os pais neste período (OMS, 1995).

No Brasil existem 82.852 casos diagnosticados de AIDS e 700.000 portadores de HIV. Cerca de 41.618 pessoas já morreram em consequência da doença. (anexo 1 e 2).

Outro dado assustador é que em 1984 existia 125 homens contaminados para cada mulher e já em 1993, caiu de 4 homens para 1 mulher. Estima-se que em 1997 haverá 1 homem para 1 mulher contaminada, e em consequência disto, o número de crianças contaminadas também vêm crescendo, comprovando que não existe mais grupo de risco e todo mundo está sujeito a contrair o vírus, caso não venha a prevenir-se adequadamente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996-a e anexo 3).

Santa Catarina ocupa a 6ª posição entre os estados brasileiros em número de casos de AIDS diagnosticados, com um total acumulado de 01/84 até 03/96 em 3.121 casos, sendo que, o maior número de casos está em Florianópolis, com 992 casos, seguido de Itajaí, com 860 casos. Porém, em relação à incidência (número de casos x 100.000 / população), Itajaí ocupa a 1ª posição com 545,1 seguido de Balneário Camboriu com 469,7 e em sétimo lugar está Florianópolis com 297,8. (SISAN, 1996 e anexo 4)

O HIJG tem se constituído como centro de referência no tratamento da AIDS pediátrica no estado. Registrou-se o primeiro caso de HIV/AIDS pediátrica no ano de 1986. De 1986 à julho de 1996, atendeu 176 crianças. Destas, 126 crianças (71,6 %) estão atualmente em acompanhamento ambulatorial , 24 crianças (13,6 %) abandonaram o tratamento e 26 crianças (14,8 %) evoluíram para óbito . O último levantamento, ainda não divulgado oficialmente, apontou 220 casos atuais em atendimento no HIJG.

Em julho de 1996, na 11ª Conferência Internacional de AIDS, realizada em Vancouver, pesquisadores apresentaram os resultados dos tratamentos com o coquetel de drogas: detém o crescimento do HIV, os pacientes terminais ganham peso e controlam-se as infecções oportunistas. Prevê-se, enfim, que se aproxima o momento em que a AIDS sairá da lista das doenças fatais e passará a integrar o rol de doenças crônicas graves. (ALCANTARA, 1996)

O tratamento com multiterapias diminui a tolerância, aumenta a absorção e diminui o risco do HIV desenvolver resistência; colocam ainda, a AIDS em situação semelhante aos primeiros tempos de tratamento quimioterápico contra o câncer. Os cientistas acreditam, porém,

que esses problemas serão brevemente resolvidos. Superados os problemas biológicos e farmacológicos, a nova maneira de atacar a AIDS, está ainda longe de erradicar a doença no mundo. O grande problema do novo tratamento é o custo. Nove em cada dez indivíduos com HIV/AIDS moram em países pobres e não têm dinheiro para pagar o custo médio de 12.000 dólares por ano de tratamento, que talvez tenha que se prolongar por toda a vida.

Até o ano 2000 a AIDS terá custado 1,4 % do P.I.B. mundial. Tratar 18 milhões de soropositivos pobres exigiria um esforço jamais tentado. (ALCANTARA, 1996)

1.1 JUSTIFICATIVA

É crescente e urgente a necessidade das instituições e profissionais de saúde enfrentar a problemática advinda da AIDS, bem como toda a sociedade ser bem educada sobre os vários aspectos biológicos e psicosociais que envolvem a doença e os meios de transmissão, para que o preconceito, as dúvidas e medos sejam combatidos.

Há muito por fazer, devido ao aspecto estigmatizante e social da doença, ampliado na área pediátrica, uma vez que a falta de aplicação de métodos de prevenção ao HIV e as práticas incorretas de saúde levam as mulheres contaminadas a enfrentarem o risco de gravidez e a criança não pode impedir sua própria contaminação.

Também a falta de assistência em saúde ao conjunto da família têm como consequências, o risco do desamparo social da criança, quando da perda de seus pais.

Assim, percebemos a importância e oportunidade de desenvolver um trabalho como acadêmicas de Enfermagem, em processo de profissionalização, compartilhando responsabilidades no cuidado da saúde da família imersa na problemática do HIV/AIDS.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 - GERAL

Desenvolver o cuidado de enfermagem, segundo o Marco Referencial e a Teoria do Alcance dos Objetos de Imógene King, com a família com HIV/ AIDS em um hospital pediátrico, integrando ações interdisciplinares, buscando incrementar o convívio positivo com a doença.

Contribuir para organização funcional, administrativa e de apoio `a funcionários nas “unidades de cuidado à criança e família com HIV /AIDS.”

1.2.2 ESPECÍFICOS

- a) Buscar conhecer e compreender o cotidiano, a dinâmica do tratamento e do cuidado, e as interações presentes no ambiente ambulatorial.
- b) Conhecer percepções, situação de crescimento e desenvolvimento, imagem corporal, espaço / tempo, interações, comunicação, transações, os papéis e o estresse, da família, relacionadas ao viver com HIV/ AIDS .
- c) Identificar distúrbios, preocupações e estresse da família que vivência o HIV/AIDS.
- d) Definir com a família os objetivos e as formas de se ajudar e ser ajudada, no sentido de manter seu estado de saúde e facilitação do viver com HIV/AIDS.
- e) Desenvolver o cuidado de enfermagem (acadêmicas e família) integrando ações com a equipe interdisciplinar, buscando alcançar os objetivos estabelecidos.
- f) Verificar se os objetivos da família e acadêmicas / equipe foram alcançados e houve efetividade do cuidado de enfermagem.
- g) Colaborar no planejamento do Hospital Dia para crianças com HIV / AIDS.
- h) Colaborar com a atualização dos funcionários do “LAR RECANTO DO CARINHO” e equipe de enfermagem do ambulatório de tratamento de HIV/AIDS, quanto o conhecimento da doença, tratamento e auto cuidado (ex: : prevenção de contaminação , relaxamento).
- i) Aprofundar os estudos com relação à doença e cuidado (acadêmicas de enfermagem).

A Teoria de Alcance de Objetivos de Imógene King apresentou-se como um instrumento significativo e pertinente, para orientar a prática assistencial com a clientela envolvida com HIV/AIDS e por isto foi escolhida .

O indivíduo com HIV/ AIDS está vivenciando um processo com alto potencial de sofrimentos e dificuldades pessoais , interpessoais e sociais. Seu processo de viver se transforma , sua vida está ameaçada ; está ameaçado de perder pessoas e apoios significativos ; necessita ser aceito sem discriminação , ter esperança na ciência , ter possibilidade e acesso a tratamentos caros ; é solicitado a assumir compromissos com o outro interrompendo o ciclo cruel da contaminação .(Santos, 1990)

Selecionamos os conceitos do Marco Referencial e da Teoria de Alcance os Objetivos de Imógene King que serão predominantemente utilizados como norteadores da nossa prática assistencial , que serão apresentados a seguir:

Ser humano:

São seres sociais, pensantes, racionais, que possuem habilidades para perceber, sentir e escolher dentre alternativas o seu curso de ação, estabelecer metas/objetivos e tomar decisões.

Enfermagem:

Processo de ação, reação e interação, pelo qual enfermeira e cliente partilham informações sobre suas percepções na situação de enfermagem e como um processo de interações humanas entre enfermeira e cliente, através do qual um percebe o outro e a situação; e, através da comunicação, fixam metas, exploram meios e concordam acerca dos meios para alcançar as metas.

Enfermeiro:

Sua meta é ajudar os indivíduos a manterem sua saúde, de modo que possam agir em seus papéis. O domínio da enfermeira inclui a promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Saúde:

Uma experiência dinâmica da vida dos seres humanos, a qual implica no contínuo ajustamento dos estressores no ambiente interno e externo, através da ótima utilização dos recursos individuais para atingir o potencial máximo para viver no dia a dia.

Com relação aos sistemas pessoais***Self***

É um composto de pensamentos e sentimentos que constituem a percepção que a pessoa tem de sua existência individual, sua concepção de quem é e do que é. O Self de uma pessoa é a soma total de tudo o que ela possa chamar de seu

Percepção

É a representação de cada pessoa sobre a realidade, uma conscientização das pessoas, objetos e eventos. É o processo de organização, interpretação e transformação dos dados sensitivos da memória. É um processo de transação humana com o ambiente. A percepção dá sentido à experiência de cada um, representa a imagem da realidade de cada um e influencia o comportamento de cada um.

Nesta prática, a percepção é a maneira como o indivíduo percebe a si mesmo, com algumas limitações e com um certo grau de dependência de terceiros, por ser portador de doença crônica.

A criança tem sua percepção influenciada pelas atitudes e sentimentos expressados pelos adultos que a rodeiam.

A percepção da doença pelos familiares pode afetar o relacionamento com a criança, positivamente através da busca de recursos e atitudes positivas com relação às dificuldades, ou negativamente, com superproteção e em alguns casos o afastamento da criança.

Crescimento e desenvolvimento

Podem ser definidos como as mudanças contínuas nos indivíduos, nos níveis de atividade celular, molecular e comportamental...os processos que ocorrem na vida dos indivíduos que os ajudam a ir da capacidade potencial à auto-realização.

O crescimento e desenvolvimento é um processo único em cada ser, dependendo dos mecanismos de enfrentamento que cada um utiliza.

Além do impacto patológico e debilidade da doença, com diminuição da capacidade produtiva, que atrasa o crescimento e desenvolvimento, há também efeitos psicológicos e emocionais.

A falta de apoio moral, a sensação de culpa, abandono e desamparo provocarão danos inevitáveis no sistema pessoal e interpessoal e capacidade de enfrentar as demandas do seu processo de viver.

Espaço

Existe em todas as direções e sendo o mesmo em todo lugar. O espaço é uma área física que pode ser chamado de "território", também pode ser definido como espaço psicológico e espaço pessoal.

Nesta situação, principalmente a discriminação e o preconceito limitam o espaço físico e o psicológico, impedindo o indivíduo de expandir-se, podendo a sua liberdade.

Porém, a parte da tomada de consciência, consegue encarar sua realidade com compromisso e responsabilidade.

Tempo

É a duração entre um acontecimento e outro, como unicamente experienciado por cada ser humano.

Por ser esta uma doença crônica, sem a possibilidade de cura e podendo levar a morte, abala o estado emocional do paciente.

A AIDS chega como um “véu de mistério”, abalando a existência das pessoas, causando angústias, tristezas, preocupações e medo do futuro.

Isto exige da família uma mobilização mais rápida da capacidade de administrar a crise.

Com relação aos sistemas interpessoais**Interação**

Processo de percepção e comunicação entre pessoas e ambiente e entre pessoa e pessoa, representada por comportamentos verbais e não verbais, os quais são dirigidos para um objetivo. Nas interações pessoa a pessoa, cada indivíduo traz diferentes conhecimentos, necessidades, objetivos, experiências passadas e percepções, as quais influenciam as interações.

Investir no diálogo como forma de desvelar a situação existencial da pessoa portadora de HIV/AIDS é uma forma para a troca de experiência e crescimento como ser humano.

A relação com o outro se dá numa troca existencial onde aprendemos e crescemos juntos.

Comunicação

Um processo através do qual é dada a informação de uma pessoa para outra, direta ou indiretamente. Ela pode ser verbal ou não verbal.

O medo de não ser aceito, impede a comunicação adequada com a pessoa portadora.

O diálogo, muitas vezes silencioso revela falas, sentimentos e expressões, possibilitando o entendimento família - enfermeira, o que favorece a interação.

Transação

Processo de interação pela qual seres humanos comunicam-se com o ambiente, buscando alcançar objetivos que são valorizados por ambos. Transações são comportamentos humanos dirigidos para metas, ocorrem trocas de materiais ou serviços. Essa troca envolve interações que ajudam cada um alcançar metas. Quando as transações são feitas, a tensão ou estresse fica reduzido em uma situação.

Há sofrimento, culpa, isolamento, choro, mas ao mesmo tempo florescem para mudanças de atitudes, fortalecendo as relações com a família e o enfrentamento de sua situação atual.

O Enfermeiro tem a responsabilidade de compartilhar as informações de que dispõe, buscando o ajustamento por parte do indivíduo e da sua família, acreditando no ser humano, por ser este capaz de alcançar a superação.

Papel

É um conjunto de comportamentos das pessoas, que ocupam uma posição no sistema social; regras que definem os direitos e obrigações na posição, uma relação com um ou mais indivíduos, interagindo em situações específicas para um propósito.

É a função desempenhada pelo indivíduo na interação e transação, que muda de situação para situação, sendo que os indivíduos podem desempenhar múltiplos papéis simultaneamente.

Os portadores de HIV/AIDS pelo próprio desgaste e limitações impostas pela doença, deverão enfrentar perdas gradativas destes papéis.

Isto pode aumentar o seu estresse, além de interferir na maneira como percebem, comunicam, interagem e estabelecem transações com os outros indivíduos e seu espaço, havendo

necessidade de ajuda e esforço para ajustarem-se aos novos papéis, condizentes com seu atual estado de saúde.

Estresse

É um estado dinâmico pelo qual os seres humanos interagem com o ambiente para manter equilíbrio para o crescimento, desenvolvimento e desempenho, que envolvem uma troca de energia e informação, entre a pessoa e o ambiente, para regulação e controle de estressores. Além disso, estresse envolve objetos, pessoas e acontecimentos como estressores que evocam uma reação energética de parte da pessoa. O estresse pode ser positivo ou negativo, e pode, simultaneamente, ajudar um indivíduo a atingir um pico de realização ou esgotá-lo.

Um processo que pode ser positivo, impulsionando o indivíduo para a ação, ou ser negativo, quando diminui a capacidade de percepção e habilidade para ação.

É importante para o enfermeiro saber identificar os meios de adaptação da família, frente aos estressores, a fim de melhor planejar a assistência.

Com relação aos sistemas sociais

Organização:

Formada por seres humanos que prescrevem papéis, cargos e que fazem uso de recursos para alcançar metas pessoais e as organizacionais.

Tomada de decisões:

Processo dinâmico e sistemático, através do qual uma escolha de alternativas percebidas, voltadas para uma meta, é feita e efetivada por indivíduos ou grupos, respondendo a uma questão e atingindo uma meta.

A partir da Teoria do Alcance dos Objetivos, King desenvolveu oito proposições das quais escolhemos seis para complementar a orientação da nossa prática assistencial.

Os pressupostos selecionados para orientação deste trabalho assistencial foram :

- As percepções da enfermeira e do cliente influenciam o processo de interação.
- As metas, as necessidades e os valores da enfermeira e do cliente influenciam o processo de interação.
- Os indivíduos possuem o direito de participar nas decisões que influenciam sua vida, sua saúde e os serviços comunitários.
- Os profissionais da saúde possuem a responsabilidade de partilhar informações que ajudem os indivíduos a tomar decisões informadas sobre seus cuidados de saúde.
- Os indivíduos possuem o direito de aceitar ou rejeitar os cuidados de saúde.
- As metas dos profissionais de saúde e aquelas dos recebedores de atendimento de saúde podem ser incompatíveis.

3 . REVISÃO DE LITERATURA

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), de acordo com o Ministério da Saúde (1985), é compreendida como um conjunto de alterações provocadas pela perda da imunidade, devido à deficiência progressiva dos linfócitos T helper, ficando, assim, o organismo vulnerável a ação de bactérias, vírus e fungos.

Seu agente etiológico é o HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), pertencente a sub-família dos retro-vírus. O vírus contém na sua superfície duas glicoproteínas distintas, a gp 120 e a gp 41. Dentro da cápsula do vírus, há um core viral, que consiste de proteínas estruturais, duas fitas de RNA as enzimas polimerase e a transcriptase reversa.

O vírus HIV, através das glicoproteínas gp 120 e gp 41, adere-se aos receptores CD4, presentes nos linfócitos T helper, responsáveis em avisar o sistema imunológico da presença de organismos estranhos e nocivos, induzindo a se defender. Outras células como monócitos, macrófagos, células dentríticas do SNC, também contém receptores CD4 e por isso são infectadas.

Após a adesão do vírus HIV aos receptores CD4 das células hospedeiras, o vírus e a membrana celular se fundem e o core viral é transportado para dentro da célula. A partir daí, a transcriptase reversa começa a sintetizar o DNA, através das fitas do seu RNA. Este DNA migra até o núcleo da célula hospedeira e une-se ao seu DNA, através da enzima integrase, fazendo parte do genoma da célula.(IANASE, 1995)

A partir daí, cada vez que o linfócito se divide, ocorre uma multiplicação da informação genética viral, destruindo os linfócitos T4 e desorganizando assim o sistema de defesa. Porém o

vírus pode ficar latente em média 8 anos sem causar dano ao organismo, até ser ativado por influências ambientais ou por mecanismos desconhecidos da própria célula hospedeira.

Segundo o Ministério da Saúde (1992), a transmissão entre os seres humanos acontece pelo contato com secreções vaginais, sangue, esperma, podendo ser adquirido em relações sexuais, transfusões de sangue e uso de drogas injetáveis. No sexo oral existe maior risco de contaminação se a boca apresenta ferimentos. A transmissão de mãe para filho é possível durante a gestação, parto ou amamentação. O HIV pode ser encontrado na saliva, suor, lágrimas e na urina, mas a quantidade é mínima, inviabilizando o contágio.

As características clínicas da doença, conforme FILHO (1995), incluem as manifestações: perda de peso, linfadenopatia generalizada, febre acompanhada de calafrios e suor noturno, diarreia crônica, mal estar e letargia. Fazem parte do quadro: linfopenia, leucopenia, anemia, trombocitopenia idiopática e infecções oportunistas como: a pneumonia por *Pneumocystis Carini*, criptosporidiosis entérica crônica, estrongiloidiasis disseminada, herpes simples mucocutâneo e seroso, toxoplasmose cerebral, candidíase, tuberculose, meningite por criptococose e neoplasias linfóides, além do Sarcoma de Kapósi.

A criança, diferentemente do adulto, não inicia o quadro clínico por infecções oportunistas. As primeiras manifestações incluem: dificuldade para ganhar peso, anomalias neurológicas, hepatoesplenomegalia, linfadenopatia generalizada e infecções de repetição (diarreia, pneumonia, candidíase, dermatite e herpes). Anemia e plaquetopenia são comuns. Pode ocorrer meningite e sepses.

As formas de prevenção da doença tem sido veiculadas pelo Ministério da Saúde (1992), como: incentivo ao uso de preservativo; não usar agulhas e seringas contaminadas; evitar a gravidez e amamentação, quando portador de HIV; garantir medidas de controle do sangue e hemoderivados, assegurando a qualidade dos mesmos; proteger as mãos com luvas ao manter contato com fluidos corporais (sangue, esperma...).

Segundo AMOEDO (1996), a terapêutica medicamentosa disponível até o ano de 1995 era o AZT, DDI, DDC e 3TC. Elas atuam como bloqueadoras de transcriptase reversa, porém somente na fase inicial da doença. Após um ano de tratamento o paciente cria resistência ao medicamento.

A partir de 1995 foram descobertas três novas substâncias (enzimas), que são o Saquinavir ou Invirase, o Indinavir ou Crixivan e o Ritonavir ou Norvir. Estas enzimas são inibidoras de protease, ou seja, atuam no final do ciclo reprodutivo e quando combinadas ao AZT são capazes de bloquear o vírus e reduzir em 100 (cem) vezes o ritmo de reprodução (ALCANTARA,1996).

Com este ataque múltiplo, o vírus não desaparece, mas seu número fica tão reduzido, que não aparece mais nos exames laboratoriais. Além disto, o HIV não cria resistência aos inibidores de protease. O paciente recupera o peso, desaparecem as manchas, e em 30(trinta) dias de tratamento, as células de defesa (linfócitos T4) sobem de menos de 70(setenta) para mais de 200(duzentos) por mililitro de soro sanguíneo (uma pessoa sadia possui 700 células de defesa). No entanto, o tratamento mensal custa indigestos 1.000 dólares a cada paciente, em média. (ALCANTARA, 1996)

Em crianças, não existe ainda nenhum trabalho científico comprovando a eficácia dos medicamentos, a dosagem adequada e os efeitos colaterais a longo prazo; acredita-se que a eficácia seja a mesma que no adulto.

Em maio de 1996 foi descoberto uma substância produzida pelo próprio organismo que permite ao vírus se unir às paredes do linfócito T4 antes de penetrá-lo. Esta substância é a Fusina e com ela o ciclo evolutivo do HIV seria interrompido antes que ele destruísse as células de defesa (AMOEDO,1996).

Para as crianças é utilizado também a Imunoglobulina Humana endovenosa, para a restauração humoral de certas formas de imunodeficiência e no controle de doenças auto imunes. Segundo OLIVEIRA (1995), quando o organismo for novamente exposto ao mesmo antígeno, a resposta imune será muito mais efetiva, pois a imunoglobulina é um produto de anticorpos polivalentes que contém uma forma concentrada de todos os anticorpos de IgG. As imunoglobulinas IgG representam a classe mais importante, com 75% da concentração global de imunoglobulinas.

A imunoglobulina humana é indicada nos casos de agamaglobulinemia, hipoagamaglobulinemia, deficiência de IgG, terapia de reposição para prevenir infecção, leucopenia linfocítica aguda, AIDS pediátrica, transplante de medula óssea, entre outras(Ministério da Saúde,1994). É utilizada na dose de 400 mg/kg, a cada 28 dias, sendo de

fundamental importância cuidados especiais de enfermagem, devido alterações que podem ser causadas pela droga (anexo 5).

3.1 O IMPACTO DO HIV/AIDS PARA A FAMÍLIA E PARA A CRIANÇA

O HIV/AIDS atinge indiscriminadamente todas as classes sociais, econômicas e culturais, homens e mulheres, adultos e crianças, afetando a saúde física, mental e emocional. Estes efeitos estendem-se a outras pessoas, pois a incerteza quanto ao contágio gera medo, insegurança, desequilíbrio emocional nos familiares e entre aqueles que fazem parte suas relações sociais e afetivas.

Quando um ou mais membros de uma família vem a saber que é portador de HIV/AIDS, trava uma luta individual contra a doença, onde é testado sua capacidade de resistência. Surgem sentimentos como culpa, choque, negação, medo, raiva, tristeza, barganha, aceitação ou resignação. Neste momento a família percebe o quanto é frágil e dependente, o quanto mente para si mesmo a respeito de suas qualidades e o quanto não se conhece. (ALEXANDRINO, 1992)

O indivíduo com HIV/AIDS e sua família, sofrem graves efeitos psicológicos e emocionais, proveniente da rejeição pela sociedade, isolando os portadores e discriminando-os, então, as famílias sentem que devem e podem ser obrigadas a guardar segredo junto de familiares, amigos e vizinhos.

ALEXANDRINO (1992) lembra que no nível emocional a rejeição, a desconfiança e a solidão, desequilibram a vida afetiva. No nível social, a família sofre forte estigma o que implica na diminuição da interação e inibição de potenciais.

Quanto às crianças, elas realmente podem ser chamadas de vítimas da AIDS, já que em geral não praticam comportamentos de risco, e quando fazem, é porque estão desprotegidas e desavisadas. As crianças já enfrentam problemas como fome, desnutrição, doenças infecciosas, verminoses, entre outros males, que as colocam em posição agravante em relação à mortalidade infantil até um ano. Este conjunto, além da desagregação familiar, muitas vezes anterior à experiência de “estar com HIV/AIDS” só vem contribuindo para agravar o estado geral da saúde infantil (ALEXANDRINO-1992 ?).

Segundo MEDEIROS (1995), estar com AIDS pode representar uma experiência de intenso sofrimento psíquico para a criança, num momento em que precisa de segurança emocional, material e social e não encontra respostas a essas necessidades. A AIDS pode limitar as dimensões mais cotidianas de seu contexto existencial, como brincar, correr, exercer a liberdade de expressar-se, bem como de suas relações com outras crianças; tolhidas como consequência da debilidade física, causada pelas doenças oportunistas, capazes de comprometer sua vitalidade, ou por atitudes superprotetoras ou discriminatórias das pessoas que lhe dispensam cuidados.

Toda vida é atingida quando afetada pela deficiência produzida pelo vírus. Para alguém muito jovem, é difícil entender que viver pode ser algo tão doloroso e sem esperança, além da possibilidade de o pai ou a mãe estarem gravemente doentes. As mulheres infectadas podem responsabilizar seus maridos por tê-las infectado e as crianças, podendo provocar graves rupturas na unidade familiar (MEDEIROS, 1995).

A AIDS carrega consigo o estigma da morte e a reação do ser humano perante a morte ou a sua probabilidade tem sido amplamente estudada: nega, fica furioso, discute, fica deprimido.

Após a morte de um familiar, ocorre um desequilíbrio, podendo gerar abandono de tratamento, descuido com hábitos saudáveis, perda da esperança e o medo de que possa acontecer o mesmo com os demais membros infectados e consigo mesmo.

A OMS (1995) estima que mais de cinco milhões de crianças terão perdido a mãe ou ambos os pais até o ano 2000. Entretanto, para as crianças sofrer de uma doença que mata não é assustador, na medida em que nelas não existe a culpa. Ela sente ameaça através do medo que percebe nos adultos. Este medo a deixa perplexa e apavorada, incapaz de compreender o que ele significa. Quando elas ficam órfãs, estão dependentes de cuidado de instituições sociais ou membros da família, o que aumenta ainda mais seu sofrimento, pois alguns membros da família também estão infectados e sobrecarregados, ou não conseguirão pagar os custos extras de alimentação e mensalidades escolares. Depois da morte dos pais, elas podem perder o direito a casa ou as terras da família. Sem instrução, habilitação ou apoio da família, as crianças acabam vivendo nas ruas, o que as torna vulneráveis, com frequência tornam-se sexualmente ativas mais cedo e infectando ou sendo infectadas pelo HIV. Com a falta dos pais, as crianças precisam

elaborar esta perda e encontrar mecanismos de defesa para enfrentar a angústia dessa separação, a insegurança e a incerteza de orfandade (ALEXANDRINO,1992).

A vida de muitas crianças que não estão infectadas é afetada quando membros da família estão com AIDS. As famílias enfrentam pobreza e estresse maior porque os adultos tem que abandonar o emprego ou estão doentes demais para cuidar das terras. As mulheres, muitas vezes também estão doentes, além de dar assistência a outros membros doentes e cuidar das crianças pequenas. As meninas, frequentemente se vêem responsáveis por parentes doentes ou pelos irmãos menores. As vezes, as crianças precisam deixar a escola e procurar trabalho(OMS-1995).

É necessário criar estruturas como lares alternativos e cuidadosamente acompanhados para não traumatizar ainda mais a criança (OMS,1995).

Atualmente, por ainda não se compreender completamente a evolução da infecção e por ter alta letalidade, as perspectivas de cada família dependem do seu grau de aceitação, percepção, de informação, bem como seu estado emocional, psicológico e físico.

Seus esforços giram em torno da busca pelo tratamento, de seu resultado e a incerteza de estar vivo quando chegar a tão sonhada "cura".

3.2 PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE AO HIV/AIDS

O cuidado ao paciente com HIV/AIDS deve ser revestido do calor humano e adoção de medidas preventivas. Exige atenção, assistência e cuidados específicos em todos os níveis de atenção à saúde. A medida em que é rejeitado pela sociedade, precisa de carinho e apoio, o que busca nos profissionais que lidam com ele.

Segundo LEITE (1989), uma equipe interdisciplinar deve atuar junto ao paciente para que a que a assistência prestada seja percebida como global. O médico não lida com uma doença, mas com um ser humano, estabelecendo uma comunicação de consciência, para compreender o valor e o significado da situação e queixas, tentando proporcionar as melhores condições de saúde enquanto a pessoa vive.

⊙ O psicólogo vê os aspectos emocionais, trabalhando questões da desvalorização, do estresse, da depressão, da ambivalência afetiva, lutando para que haja um equilíbrio emocional e valorização da vida. Dá apoio emocional também aos membros da equipe (LEITE,1989).

O assistente social é comprometido com o homem em sociedade e que em determinado momento necessita de cuidados de terceiros (LEITE,1989).

⊗ O Enfermeiro deve utilizar a comunicação como fator decisivo na luta contra a doença, atualizando a equipe com informações, orientações e precauções para evitar infecção e protegerem-se a si mesmo. É indispensável ainda a orientação, cuidado, atenção e apoio aos pacientes, além de seus familiares.

3.3 PERCEPÇÕES E PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AO HIV/AIDS

⊗ A carga psicológica e emocional é muito pesada para os profissionais de saúde quando se trata de pacientes com HIV/AIDS, principalmente quando crianças.

Os profissionais da equipe de enfermagem ficam mais tempo com os pacientes e com isto correm mais risco de contaminação. Isto gera angústia, medos, contradições e até recusa de tocar no paciente.

Dresler e Boemer (1986) observando a equipe de enfermagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ribeirão Preto , que prestava cuidados aos pacientes com AIDS, apresentou preocupação constante quanto a permanência junto aos pacientes; inquietação quando estes eram rejeitados pelos familiares; pedidos de licença de saúde frequentes e aumento dos acidentes de trabalho bem como verbalização de cansaço. A Enfermagem é percebida como: atividade onde o risco emerge de uma forma muito presente, existindo em cada ato de cuidar e cuja presença não se anula, apesar do rigor das técnicas para prevenção da contaminação.

⊗ A informação é uma das armas da educação mais eficaz para que seja coerente, inteligível, clara e adequada conforme a idade, comportamento de risco, crenças religiosas e nível educacional. Entretanto, a doença continua se disseminando, (principalmente entre usuários de drogas e indivíduos que não tem acesso à informações e que tem pouco estímulo para mudanças de comportamento, principalmente em relação à sexualidade e drogas.)

* As crianças devem receber precocemente informações sobre sexualidade, DST, infecção pelo HIV e os riscos do uso de drogas, merecendo especial atenção o pré adolescente e adolescente.

* As mulheres em idade fértil devem ser orientadas sobre o alto risco de infectar o concepto e desencorajadas de engravidar.

* O Enfermeiro deve discutir precauções para evitar a disseminação do HIV/AIDS, incluindo o uso de preservativos, evitar o contato oral com o pênis, a vagina e o reto; não doar sangue, plasma, órgãos ou esperma contaminados; não usar drogas injetáveis.

Brunner (1993) salienta que os profissionais de saúde e pessoas que prestam cuidados só correm o risco de se contaminar com fezes, escarro, suor, lágrimas, urina e vômito se conterem sangue visível. Todas as secreções orgânicas devem ser consideradas potencialmente contaminadas nos casos de emergência, nos quais é difícil estabelecer diferença entre elas.

* (Utensílios pontiagudos devem ser manipulados com grande cuidado) e devem ser colocados em recipientes resistentes à perfuração.

No caso do uso de luvas, capotes, máscaras e óculos deve ser adequado para o procedimento que está sendo feito e o tipo de exposição prevista. Lavar imediatamente e cuidadosamente as mãos e outras superfícies cutâneas contaminadas com sangue ou secreções orgânicas...

As equipes de saúde não são nem melhores nem piores que as demais pessoas, porém a sobrecarga de estresse inerente a profissão exige que atente para o fato de estarem lidando com algo delicado, em função dos riscos profissionais e humanos envolvidos.

* Entende-se que o HIV/AIDS obriga a cada um de nós olhar para o próximo, e para si mesmo, realizando uma severa auto análise como indivíduos, como seres sociais e como espécie.

Esta doença está testando nossa sensibilidade, nosso avanço científico e tecnológico, e principalmente, o nosso sentimento de humanidade e só o tempo dirá se fomos aprovados.
(ALEXANDRINO, 1992)

4. METODOLOGIA

4.1 Local

O projeto foi desenvolvido principalmente, na área A do ambulatório do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), local onde funciona o GAAP (Grupo de Apoio à AIDS Pediátrica). O GAAP foi instituído extra oficialmente em Novembro de 1991, em função do crescente número de pacientes portadores do HIV, na faixa etária de 0 a 15 anos. E ainda, em unidades de internação, a nível domiciliar e Lar Recanto do Carinho.

O objetivo do GAAP é o de coordenar o atendimento ambulatorial e hospitalar do paciente portador do HIV na faixa etária pediátrica, encaminhado ao HIJG, já que o hospital constitui um centro de referência estadual para atendimento à criança. Esta coordenação consiste em estabelecer normas para o atendimento, critérios para o diagnóstico, análise dos casos, controle de procedimentos terapêuticos, treinamento de pessoal, pesquisa científica, sempre em sintonia com a coordenação estadual da AIDS e o Ministério da Saúde.

A equipe interdisciplinar é formada: pelas Enfermeiras da unidade de isolamento e Comissão de Infecção Hospitalar, pelos Pediatras do serviço de Infectologia e Imunologia, Assistente Social, Psicóloga, Voluntárias e apoio do Laboratório Central e serviço de Nutrição e Dietética.

O atendimento ambulatorial é realizado nas 3^{as} e 5^{as} feiras, das 13:00 às 18:00 horas, nas dependências do ambulatório A, as crianças são atendidas em consultas semanais, mensais ou trimestrais, conforme a necessidade e classificação dos CDC (Centers for Diseases Control), dos EUA, abaixo apresentadas:

<u>CLASSIFICAÇÃO PARA INFECCÃO PELO HIV EM CRIANÇAS</u>				
CDC - 1994				
CATEGORIA IMUNOLÓGICA	CATEGORIA CLÍNICA			
	N	A	B	C
	Sinais/Sintomas ausentes	Sinais/Sintomas leves	Sinais/Sintomas moderados	Sinais/Sintomas severos
1. Sem Supressão	N1	A1	B1	C1
2 . Supressão Moderada	N2	A2	B2	C2
3 . Supressão Severa	N3	A3	B3	C3

Fonte: CDC 1994 - Anexo 9

O paciente receberá medicamentos específicos e Imunoglobulina EV, na sala de quimioterapia, nas dependências do ambulatório.

4.2 Clientela

Foram escolhidas como clientela, famílias com HIV/AIDS , em tratamento ambulatorial, no Hospital Infantil Joana de Gusmão (o acompanhante da criança, poderá ser o representante da família); funcionários da Lar Recanto do Carinho e equipe de enfermagem do ambulatório do HIJG.

Critérios de seleção da famílias para visita domiciliar :

- que residam em Florianópolis e Grande Florianópolis, em local fácil acesso
- identificadas pelas acadêmicas de enfermagem
- indicadas pela equipe, em função das dificuldades frente a doença, que demonstrem confiança e aceitem trabalhar com as acadêmicas de enfermagem .

4.3 Respeito aos direitos da clientela

Os Profissionais da área da saúde, são responsáveis pela proteção do direito à privacidade do paciente. A quebra do sigilo pode resultar em danos pessoais, financeiros e emocionais para os infectados pelo HIV e sua família. Existem algumas polêmicas quanto à confidencialidade, como quando a equipe de saúde necessita do diagnóstico para avaliar, planejar e implementar os cuidados.

Em crianças ocorrem casos que dizem respeito a necessidade de ausência nas escolas durante o tratamento e a proteção da criança portadora quando há um surto de infecção.

Então fez-se necessário obedecer uma série de códigos, que incluem o código brasileiro de ética médica e o código dos direitos dos portadores de HIV/AIDS; dentre estes direitos estão:

- o teste para detectar a contaminação deve ser feito só nos casos que tragam benefícios quanto ao tratamento e melhoria da qualidade de vida, cabendo ao paciente a escolha da realização do teste.
- que a realização do teste não seja feita de forma discriminatória.
- o portador de HIV/AIDS, tem o direito à privacidade, confidencialidade e ao respeito à pessoa humana, de toda equipe de saúde.
- de decidir como serão divulgados os dados relativos à infecção.
- de serem encorajados a melhorar a qualidade de vida e manter atividades sociais e de trabalho compatíveis com os limites impostos pela doença.

4.4 Procedimentos /Estratégias previstos para alcance dos objetivos

Objetivo	Estratégia
a) Buscar conhecer e compreender o cotidiano, a dinâmica do tratamento e do cuidado, e as interações presentes no ambiente ambulatorial.	<ul style="list-style-type: none"> - Observação participante; - Comparecer ao ambiente de tratamento, apresentar-se a criança, a familiares e equipe; - Explicar as razões da presença das acadêmicas e colocar-se a disponibilidade para o cuidado; -Desenvolver atividades de interação e técnicas; -Observar, ouvir, perguntar , refletir e validar sobre comportamentos e reações das criança, familiares e equipe.

Objetivo	Estratégia
<p>b) Conhecer percepções, situação de crescimento e desenvolvimento, imagem corporal, espaço / tempo, interações, comunicação, transações, os papéis e o estresse, da família, relacionadas ao viver com HIV/ AIDS .</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de Enfermagem; - Acompanhamento do familiar, durante sua passagem pelos serviços de saúde; - Visita domiciliar ; - Visita ao lar recanto do carinho; - Presença na unidades de internação, e predominantemente no ambulatório desenvolvendo atividades como: <ul style="list-style-type: none"> . diálogo e interação com membros da família , com elementos da equipe; . atividades de teatro , fantoches e desenhos com crianças e membros da família; . observação de comportamentos e atitudes dos membros da família; . questionamento sobre como se sentem; valorização das expressões verbais que definem os sentimento da família em relação a doença .
<p>c) Identificar distúrbios, preocupações e estresse da família que vivência o HIV/AIDS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de enfermagem; - Acompanhamento da família durante sua passagem pelos serviços de saúde; - Definir, com os membros da família, durante o processo de interação, as dificuldades, limitações, mudanças e perdas no processo de viver o HIV/AIDS.
<p>d) Definir com a família os objetivos e as formas de se ajudar e ser ajudada, no sentido de manter seu estado de saúde e facilitação do viver com HIV/AIDS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de enfermagem; - Acompanhamento da família durante sua passagem pelos serviços de saúde e no domicílio; - Desenvolvimento de atividades educativas e reflexivas (oficinas, vídeos , depoimentos ,.....) à cerca da doença, da contaminação, dos cuidados para a manutenção de boa imunidade; - Reflexão sobre os papeis que vem sendo desenvolvidos na família; - Demonstração e avaliação de benefícios de auto cuidado(ex:relaxamento) - Discussão sobre recursos de apoio social; - Outros conforme as demandas da família.
<p>e) Desenvolver o cuidado de enfermagem (acadêmicas e família) integrando ações com a equipe interdisciplinar, buscando alcançar os objetivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Auxílio na construção de uma percepção positiva da doença e do viver com HIV/AIDS utilizando a interação comunicação, orientação, aceitação, expressões de afeto e apoio emocional (ouvir , aconselhar , buscar soluções conjuntas); - Estimulação e apoio de comportamentos positivos em relação as perdas,

Objetivo	Estratégia
estabelecidos.	limitações/ riscos e possibilidades no vivenciar a HIV/AIDS; - Implementação as técnicas de tratamento prescritas pelo médico e outros profissionais da equipe; - Desenvolvimento de técnicas de relaxamento, ginástica e ocupação terapêutica (ex: montagem e desmonte de brinquedos); - Auxílio no planejamento do cotidiano : revesamento das pessoas que acompanham a criança, planejamento do orçamento familiar ; encaminhamentos gerais; - Ajuda de uma nova definição de papéis; - Encontro de famílias para troca de experiências, interação e apoio; - Ajuda na escolha das instituições que possam oferecer apoio como FAÇA, GAPA, UFSC, segundo as necessidades da família -Outros conforme as demandas da família.
f) Verificar se os objetivos da família e acadêmicas / equipe foram alcançados e houve efetividade do cuidado de enfermagem.	- Confrontar a percepções anteriores e atuais da família; - Observar apresentação de novos comportamentos em relação a doença, auto cuidado, compromisso com a prevenção de contaminação de parceiros e concepção; - Verificar a procura de serviços de apoio e benefícios alcançados ; buscar sinais de mudanças positivas no cotidiano e nos papéis anteriores; - Análise junto a equipe interdisciplinar e de enfermagem .
g) Colaborar no planejamento do Hospital Dia para crianças com HIV / AIDS.	- Participação nas reuniões da equipe assistencial do GAAP; - Elaborar sugestões sobre normas e rotinas, funcionamento, fluxo, sistemas de apoio, técnicas alternativas de cuidado.
h) Colaborar com a atualização dos funcionários do “Lar Recanto do Carinho” e equipe de enfermagem do ambulatório e unidades de internação do HIJG.	- Observar e levantar necessidades junto à direção e funcionários do Lar Recanto do Carinho e equipe de enfermagem do HIJG, quanto: ao conhecimento da doença, tratamento e auto cuidado (ex: prevenção de contaminação, relaxamento); desenvolver treinamento segundo as necessidades identificadas; avaliar os resultados do treinamento.
i) Aprofundar os estudos com relação à doença .	- Participação no Congresso Brasileiro de DST e AIDS de 09 a 12 de outubro, em Porto Alegre.

4.5 CRONOGRAMA

O trabalho foi desenvolvido, seguindo o cronograma mensal, estabelecido a seguir:

MÊS AGOSTO / 96

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
				Visita com enfermeira do HIJG		
18	19	20	21	22	23	24
	Apresentação da disciplina	Encontro Interfases e reunião com orientadora, e GAAP	Elaboração do projeto com orientadora	Elaboração do projeto com orientadora	Elaboração do projeto com orientadora	
25	26	27	28	29	30	31
	Elaboração do projeto com orientadora	Elaboração do projeto com orientadora	Reunião no HIJG com GAAP	Elaboração do projeto com orientadora	Elaboração do projeto com orientadora	

MÊS SETEMBRO

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
1	2	3	4	5	6	7
	Preparação p/ apresentação do projeto	Apresentação dos projetos	Apresentação dos projetos	Objetivo 1	Objetivo 1 Isolamento	
8	9	10	11	12	13	14
	Objetivo 1	Objetivo 1	Objetivo 1 Contexto Social IV	Objetivo 1	Objetivo 1	
15	16	17	18	19	20	21
	Objetivo 1 Reunião com supervisora	Objetivo 1	Objetivo 2 Isolamento	Objetivo 2	Objetivo 2 Isolamento	
22	23	24	25	26	27	28
	Objetivo 2 Reorganização do setor	Objetivo 2 Contexto Social IV	Objetivo 2 Isolamento Reunião com orientadora	Objetivo 2 Video, reflexão com familiares	Objetivo 7 Planejamento hospital dia	
29	30	31				
	Objetivo 2	Objetivo 3				

MÊS OUTUBRO

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
		1	2	3	4	5
		Objetivo 2, 3, 4	Aprimoramento científico	Feriado	Objetivo 7	
6	7	8	9	10	11	12
	Objetivo 2, 3, 4	Objetivo 2, 3, 4	Congresso	Congresso	Congresso	Congresso
13	14	15	16	17	18	19
	Aprimoramento científico	Objetivo 2, 3, 4 Reunião GAAP	Objetivo 2, 3, 4	Objetivo 2, 3, 4 Atividade c/ Desenho	Objetivo 2, 3, 4	Visita domiciliar
20	21	22	23	24	25	26
	Visita ao Lar Recanto do Carinho	Objetivo 2, 3, 4	Objetivo 7	Objetivo 2, 3, 4	Objetivo 7	
27	28	29	30	31		
	Objetivo 7 Contexto Social IV	Objetivo 5 Reunião com GAAP	Seminário HIV/AIDS Pediátr alunas 5º U. C.	Objetivo 5		

MÊS NOVEMBRO

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
					1	2
					Objetivo 7	Visita domiciliar
3	4	5	6	7	8	9
	Objetivo 2, 3, 4	Contexto Social IV Reunião c/ GAAP	Objetivo 2, 3, 4 Contexto Social	Objetivo 2, 3, 4 Contexto Social	Visita Domiciliar	
10	11	12	13	14	15	16
	Objetivo 2	Objetivo 5 Reunião c/ GAAP Contexto Social IV	Objetivo 5 Visita ao Lar Recanto do Carinho e Contexto Social	Objetivo 5 Contexto Social	Feriado	
17	18	19	20	21	22	23
	Término do Projeto Assistencial	Elaboração do relatório	Atividade educativa com funcionários do HIJG	Atividade educativa com funcionários do HIJG	Elaboração do relatório	
24	25	26	27	28	29	30
	Elaboração do relatório	Elaboração do relatório	Elaboração do relatório	Elaboração do relatório	Elaboração do relatório	

MÊS DEZEMBRO

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
1	2	3	4	5	6	7
	Elaboração do relatório	Elaboração e entrega da primeira versão do relatório			Entrevista com a banca	
8	9	10	11	12	13	14
	Correção do relatório segundo orientação da banca	Correção do relatório segundo orientação da banca	Apresentação do relatório	Apresentação do relatório		
15	16	17				
		Entrega do relatório final				

5. APRESENTAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO ASSISTENCIAL

Este capítulo corresponde ao relato das atividades desenvolvidas no projeto assistencial. Apresentando assim, os resultados dos objetivos, a partir da implantação das estratégias previstas e efetua as avaliações pertinentes.

5.1 Buscando conhecer e compreender o cotidiano, a dinâmica do tratamento e do cuidado e as interações, presentes no ambiente ambulatorial..

Para a apresentação do projeto realizou-se uma reunião com os membros do GAAP . Participaram dois médicos pediatras, infectologistas, a enfermeira supervisora , da Comissão de Infecção Hospitalar, a enfermeira orientadora, a assistente social e a psicóloga do programa. Tomaram conhecimento dos objetivos e estratégias previstas, se colocaram a disposição para colaborar, enfatizaram a necessidade de atuação e ampliação das atividades do enfermeiro no trabalho ambulatorial e ofereceram sugestões como: a) realização de pré e pós consulta para as famílias / crianças; b) elaboração de rotinas para o futuro hospital dia; c) participação no trabalho do Lar Recanto do Carinho, em termos de supervisão da administração de drogas e na observância das precauções universais e ainda treinamento de funcionárias segundo as necessidade identificadas .

Para reconhecimento e adaptação ao ambiente físico do hospital, observou-se a dinâmica do atendimento médico, de psicologia, da assistente social e das funcionárias de enfermagem do ambulatório e realizou-se visitas às unidades de internação e isolamento.

5.1.1 Buscando conhecer e compreender a criança com HIV/AIDS.

A criança chega ao ambulatório, para a consulta, acompanhada pelo familiar responsável ou funcionário do Lar Recanto do Carinho . Vêm normalmente encaminhada de unidades de saúde ou das próprias unidades de internação do HIJG. Em alguns casos a família já conhece o diagnóstico; em outros comparecem ao ambulatório para comprovação de casos suspeitos.

As consultas são previamente agendadas em intervalos de 1 a 3 meses ou menos, em casos de intercorrências clínicas. A seguir a criança é pesada e encaminhada a sala de espera, onde aguarda a chamada para a consulta médica.

A sala de espera está localizada na área “ A” do Hospital Infantil Joana de Gusmão, na entrada do mesmo. É um corredor largo, de aproximadamente 6 x 2 metros. Dispõe de cadeiras para uso dos clientes.

Durante o período de espera, psicóloga e assistente social interagem com os responsáveis e criança (conversam, apoiam, aconselham, avaliam necessidades e auxiliam na obtenção de passagens, alimentação, hospedagem, medicamentos e recursos como encaminhamentos para INSS). Não há Enfermeiro para desenvolver algum trabalho na sala de espera.

O Serviço de psicologia coloca brinquedos à disposição das crianças como estetoscópios, seringas, equips de soro, termômetros, boneco anatômico (onde aparece o coração, os pulmões, as costelas, rede venosa); carrinhos, bonecas, brinquedos de montagem, lápis e papel.

Mesmo as crianças mais apáticas e debilitadas, reagem com entusiasmo ao ver as outras crianças brincando e aceitam o convite para brincar. Mostram grande interesse pelos brinquedos terapêuticos. Tocam nos bonecos com delicadeza e cuidado, aplicam injeções, infusões venosas, curativos, como se fossem nelas mesmas, demonstrando conhecer seu uso.

Algumas crianças se apresentam com boa aparência física, semelhante às crianças de sua faixa etária. Outras estão com sinais de desnutrição, visíveis pelo déficit de peso, de altura e de desenvolvimento (atraso significativo na linguagem, nas habilidades motoras, como a dificuldade de caminhar). As crianças na idade escolar, por apresentarem altura e peso significativamente diminuídas, parecem ter bem menos idade, daquela esperada para a faixa etária. .

Apresentam ainda outros sinais da manifestação da doença como: estado de prostração, agitação, candidíase, lesões de pele provocadas por fungos, herpes labiais e corporais e outras

lesões de pele com sinais de dificuldade de cicatrização, estado febril, tosse persistente e produtiva e dispnéia.

No consultório, o médico entrevista o familiar sobre a evolução da criança, faz exame físico, requisita exames, encaminha para a farmácia para obtenção de medicamentos e/ ou para ser medicada.

5.1.2 Buscando conhecer e compreender o familiar.

Os familiares são geralmente do sexo feminino, predominando mães e avós. Várias crianças são adotadas e estão acompanhadas pelos novos pais. As mulheres portadoras do HIV são na maioria jovens, de boa aparência, às vezes com grande beleza física. É comum utilizarem roupas da moda como mini saias, mini blusas, calças justas. As sintomáticas apresentam-se mais retraídas / apáticas e emagrecidas. Sintomatologia respiratória como tosse produtiva e dispnéia são comuns. Queixam-se também de candidíase laríngea, o que lhes acarreta dor durante a alimentação, e dos efeitos colaterais das drogas (náuseas, vômitos, diarreia, anemia e mal estar geral). Algumas referem ter deixado de tomar a medicação e se sentem melhor sem ela .

Os familiares que adotaram a criança, manifestam em geral, maior tranquilidade e maior interesse em interagir e trocar informações com a equipe e outros familiares. Alguns familiares não permanecem na sala de espera, entrando no ambiente somente quando são chamados; evitam qualquer abordagem mesmo sobre outros assuntos. Alguns estão apáticos e conversam quando estimulados. Certos pais, por sua vez, desde o primeiro contato falam da situação por completo revelando inclusive questões íntimas ou que tem envolvimento legal / moral .

Percebeu-se que o sentimento mais comum é o do conformismo, que se transforma em ansiedade / depressão, quando algo se altera ou aparecem dificuldades no seu viver (alguém piora, falta dinheiro, falta remédio, ocorrem conflitos familiares, falta passe de ônibus, necessidade de um retorno não previsto).

Parece, que em vários momentos, se instala um cansaço na família e como consequência um “relaxamento ” do tratamento: adiam os exames laboratoriais, adiam a busca dos remédios, se desmotivam para procurar outros recursos. As causas deste cansaço parecem decorrer tanto da inevitabilidade da morte / como pelo cansaço na espera de soluções definitivas que não

ocorrem, quanto as dificuldades impostas na viabilização do tratamento (falta de medicamento no dia da consulta, coleta de exames específicos somente pela manhã quando a consulta é a tarde, falta de ambulância para clientes de outra cidades, entraves burocráticos que levam a perda da consulta, dificuldade de vínculo do GAAP com outros especialistas para tratamento de urgência em caso de infecções oportunistas).

5.1.3 Buscando conhecer e compreender o familiar na unidade de internação

As acadêmicas de enfermagem acompanharam três crianças portadoras de HIV / AIDS, internadas, com intercorrências clínicas na unidade de isolamento e visitaram outras crianças internadas em unidades de clínica médica.

Na unidade de isolamento, manteve-se a proposta de aplicação do processo de enfermagem, orientado pelo referencial teórico de Imógene King. Nestes casos, a internação facilitou o desenvolvimento do processo de enfermagem, em função do tempo de permanência da família no hospital, privacidade encontrada no isolamento e, com isso, a facilidade de criação de vínculos.

As famílias valorizam muito o cuidado prestado na unidade de isolamento: “lá não há discriminação, as pessoas não tem medo da doença, não discriminam e pode-se ficar mais à vontade com a criança....”

5.1.4 Buscando conhecer e compreender a família em seu domicílio

Realizaram-se três visitas domiciliares à famílias indicadas pelo GAAP, em função da sua necessidade de maior orientação e interesse da equipe em conhecer o seu cotidiano, para que pudesse assistir com base em suas condições da vida. Duas das famílias visitadas, moram no bairro Ipiranga em São José, e outra no Roçado também em São José.

As três famílias autorizaram a visita e, com uma, agendou-se a data da mesma. As acadêmicas elaboraram previamente, com a equipe, uma lista de questões a serem esclarecidas e a serem reforçadas às famílias, tais como:

- verificação da condição sócio econômica;
- verificação das condições de cuidado domiciliar;

- dificuldades na adesão ao tratamento;
- existência de redes de apoio familiar e comunitária;
- relacionamento familiar.

Numa das famílias, se observou problemas em todos os itens acima referidos. A pobreza, a precariedade e desinteresse no tratamento e cuidados, a falta de informação em saúde, as dificuldades de compreensão, configuraram um quadro de pouca resposta da criança ao tratamento.

Nas outras duas famílias visitadas, as acadêmicas foram surpreendidas positivamente: haviam boas condições de cuidado domiciliar e dos membros; o tratamento estava sendo seguido corretamente, apesar de condições sócio econômicas deficientes; havia busca de recursos na comunidade e de informações sobre a doença. Nestes casos, constatou-se que a evolução negativa da doença não estava ligada ao processo de viver da família .

Numa destas famílias, a mãe estava se mobilizando junto à comunidade, para criar um grupo de familiares dos portadores de HIV/ AIDS, que possa viabilizar recursos financeiros para o tratamento e para outras necessidades, incluindo as de natureza psicológica.

Conforme proposta do projeto, nas visitas, as acadêmicas desenvolveram etapas do processo de enfermagem, conforme a realidade encontrada.

5.1.5 Buscando conhecer e compreender a equipe assistencial

Os membros do GAAP orientam seu trabalho dentro de uma filosofia de apoio à família e educação em saúde. O trabalho está permeado por dificuldades como: falta de estrutura de planta física, falta de um corpo de profissionais específicos responsáveis pelo setor, falta de recursos financeiros para implementação dos tratamentos necessários, falta de apoio de instituições de saúde e outras.

Em função do aumento crescente e contínuo dos casos, os recursos disponíveis e a estrutura física para atender a clientela tem se tornado insuficiente. Outra dificuldade encontrada, é a falta de recursos humanos, sobrecarregando os profissionais disponíveis, com consequentes dificuldades para uma assistência de qualidade. Os profissionais ficam insatisfeitos com o acúmulo de tarefas, baixos salários e a precariedade de recursos físicos e materiais.

Apesar das dificuldades enfrentadas, possuem interesse pela clientela, lutam pelos seus direitos em busca de recursos, tanto no aspecto social e econômico, quanto medicamentos, exames laboratoriais, entre outros. Por ser uma equipe interdisciplinar possuem maior integração e força. Aguardam melhores condições de trabalho e maior apoio governamental, quando da instalação efetiva do Hospital - Dia.

5.1.6 As acadêmicas de enfermagem da VIII U .C.

Atuaram junto aos familiares, tanto na sala de espera, quanto no local de administração de medicamentos, aplicando o processo de enfermagem, orientado pelo Marco Referencial e a Teoria de Alcance de Objetivos de Imógene King. Nas terças e quintas feiras, após as atividades de sala de espera, acompanhavam as famílias até a sala de medicação, onde prosseguiam a assistência, desenvolvendo as seguintes atividades:

- recepção da criança e acompanhante;
- consulta ao prontuário ;
- preparo da medicação;
- punção venosa;
- instalação da infusão, com os cuidados previstos como: o gotejamento de 15 gotas na 1ª meia hora, aumentando para 50 gotas caso não ocorresse reações, supervisionando a administração;
- atividades de recreação com a criança;
- continuação do processo de enfermagem.

5.1.7 A criança e os familiares na unidade de tratamento do HIV/AIDS

As crianças com intercorrências clínicas e aquelas com redução do CD4 (exame de sangue), eram encaminhadas para receber imunoglobulina, antibióticos, antifúngicos, antivirais, conforme necessidade.

Antes da punção venosa, as crianças permaneciam tranquilas, comunicativas e brincavam. Porém, quando percebiam que seria puncionado sua veia, ficavam assustadas, choravam, debatiam-se. Somente após o procedimento concluído elas se acalmavam e procuravam o aconchego do familiar.

As famílias demonstravam angústia/ ansiedade/ medo, no momento da punção venosa, que se acentuava quando ocorria insucesso. Instalada a medicação, cuidavam intensamente para que a criança não realizasse movimentos que colocasse em risco a punção. A maioria dos familiares permanecia o tempo todo com a criança no colo, acalentavam, consolavam, brincavam, ofereciam alimentação e esperavam ansiosamente o término da infusão.

Em média, a duração da infusão era de duas horas e ao final da tarde, a criança, a família e a equipe demonstravam desejo de que tudo acabasse logo, isso gerava muita ansiedade, sendo um grave estressor para todos.

5.2 Aplicando o Marco teórico no cuidado de enfermagem à família com HIV/ AIDS

O processo de enfermagem foi desenvolvido dentro das etapas :

- **Coleta de dados:** buscou-se conhecer percepções, situação de crescimento e desenvolvimento, imagem corporal , espaço / tempo, interações, comunicação, transações, os papéis e o estresse da família, relacionadas ao viver com HIV/ AIDS. Para tanto aplicou-se informalmente, um questionário com perguntas abertas (anexo 6), visando as respostas para os pontos desejados.
- **Diagnóstico de Enfermagem:** procurou-se identificar distúrbios, problemas, preocupações e estresse da família com HIV/AIDS, ou seja, condições que demandariam assistência de enfermagem.
- **Planejamento da assistência :** procurou-se definir com a família os objetivos e as formas de se ajudar e ser ajudada, no sentido de manter seu estado de saúde e facilitação do viver com HIV/AIDS.
- **Implementação do cuidado:** procurou-se desenvolver o cuidado de enfermagem (acadêmicas e família) integrando ações com a equipe interdisciplinar, buscando alcançar os objetivos delineados.
- **Evolução de enfermagem:** procurou-se verificar se os objetivos da família e acadêmicas / equipe foram alcançados e houve efetividade do cuidado de enfermagem.

Optou-se por organizar o processo de Enfermagem, de acordo com os conceitos do Marco Teórico, na forma proposta por ROCHA (1991), em sua tese sobre a Assistência de Enfermagem a clientes traumato- ortopédicos, que utilizou a mesma teorista, Imógene King.

Algumas etapas do processo de enfermagem foram desenvolvidos principalmente na sala de espera e sala de quimioterapia, extendendo-se às unidade de isolamento, unidade de internação e domicílio de certas famílias .

As situações utilizadas para desenvolver a coleta de dados foram: relatos espontâneos; questionamentos; observações; respostas em debates e outras atividades como filmes, desenhos e experiências compartilhadas; durante a execução da terapêutica, no acompanhamento da consulta médica.

A cada 3^{as} e 5^{as} feiras, no período vespertino, na sala de espera, as acadêmicas de enfermagem apresentavam-se aos familiares desconhecidos e retomavam o diálogo com os conhecidos.

Para auxiliar e complementar as etapas do processo, realizamos uma consulta de enfermagem informal, isto porque não havia uma sala disponível, que oferecesse privacidade. As consultas eram feitas na sala de espera e sala de medicação, onde eram abordadas as necessidades de cada família; recebiam orientações e encaminhamentos.

Certos aspectos norteavam a escolha das famílias, com os quais se pretendia desenvolver o processo de enfermagem:

- Consulta ao prontuário buscando conhecer aspectos da evolução do quadro com existência de intercorrências, anotações que referiam necessidade de cuidado, situações sócio econômicos da família.
- Comportamentos que refletiam certos estados psicológicos como: isolamento, desconforto, ansiedade, impaciência, apatia, expressão facial refletindo desejo de comunicar-se ou necessidade de ajuda.

Frente a abordagem, alguns familiares não demonstravam interesse no diálogo, respondendo pouco as perguntas; neste caso, a atitude das acadêmicas era esperar que a família indicasse, em outro momento, que desejava a interação.

Certos familiares iniciam o diálogo e preferencialmente abordam temas do cotidiano ressaltando o bom desenvolvimento da criança. Nestes casos, o tema AIDS surge como resposta aos questionamentos das acadêmicas. Para outros, não há uma etapa anterior, falam de seus problemas diretamente e buscam orientação.

Optou-se pela utilização de recortes, dos diálogos e interações com a família, como forma de registro da etapa de coleta de dados. Entendeu-se que uma descrição detalhada não seria oportuna, pelo grande número de pessoas envolvidas no processo assistencial e pela brevidade de certos contatos, que impediam uma elaboração integral da história. Buscou-se nos recortes preservar-se a essência dos dados, além desta forma de registro, garantir o sigilo dos envolvidos.

5.2.1 Conceitos aplicados no cuidado de enfermagem a família com HIV/ AIDS

a) SELF

Coleta de dados aplicando o conceito “self”

“Antes ele ia pra escola, mas, quando se feria, as professoras não queriam ajudar; tinham medo de tocá-lo e os outros alunos não poderiam saber. Achamos melhor tirá-lo da escola”.

(Ametista, 40 anos, mãe adotiva)

“Quando ela soube da doença ficou deprimida, e, por causa disso, morreu em seis meses; o maior medo dela era “ficar deformada”, só que ela morreu com a mesma beleza”.

(Pérola, 38 anos tia)

“Ele está muito fraco, tem seis meses e pesa só quatro quilos, e está com pneumonia, mas os olhos são bem vivos e espertos”.

(Rubi, 47 anos, mãe adotiva)

“Me sinto a pior pessoa, quando vou lá na mãe, eles se reúnem e ficam falando mal de quem tem AIDS. Por isso não tenho coragem de contar para ninguém”.

(Água Marinha, 25 anos).

Diagnóstico de enfermagem aplicando o conceito “self”

- Medo da deformação física;
- Contraste entre a debilidade física e a vontade de viver da criança;
- Medo de que a aparência física denuncie o diagnóstico;
- Vergonha do corpo;
- Sentimentos como: depressão, insegurança, tristeza, timidez, desconfiança, medo, impotência, inutilidade, desmoralização;
- Desmotivação para o auto cuidado;
- Isolamento social;
- Raiva de ter a doença / Revolta com a vida;
- Sente-se abatido física e psicologicamente;
- Sente-se rejeitado pela atitude dos outros ao demonstrarem preconceito.

Planejamento da assistência aplicando o conceito “self”

Após a identificação do diagnóstico, relacionadas ao self, acadêmicas e família, estabeleceram os objetivos a serem alcançados, considerando cada família e situação particularmente, isto é, interagindo, discutindo sobre os sentimentos que se manifestam negativamente, no sentido de ajudar a família com HIV/AIDS a:

- reforçar seu valor como ser humano;
- aprender a amar seu próprio corpo;
- aumentar o interesse de se cuidar;
- elevar seu auto conceito;
- vencer as limitações impostas e superar as dificuldades;
- manter-se sociável, evitar o isolamento, superar os preconceitos, crenças, medos e sentimentos de culpa.

Implementação da assistência aplicando o conceito “self”

Antes de expor o que se pensava e o que deveria ser feito, ouvia-se atentamente o cliente. Buscou-se definição de sua participação ativa, na reconstrução e fortalecimento do self.

As ações visavam reforçar as qualidades, estimulando a exteriorização de sentimentos para outras pessoas, sua auto imagem, acreditar em si mesmo, e assim vencer limites.

Fizemos lembrar que o que se pensa e acredita sobre si mesmo, é o que determina sua auto imagem. Assim devemos orientar nossa forma de pensar e agir, bem como o que dizemos a nosso próprio respeito.

Evolução no processo de enfermagem aplicando o conceito “self”

Na implementação das ações de Enfermagem, o processo de interação facilitou nossa percepção, relacionadas ao self de cada família, e com isto foi possível observar as mudanças.

Como se trata do “eu” pessoal, ficou difícil obter mudanças imediatas e esperadas. É um processo difícil, dependente de vários outros conceitos.

De forma lenta e gradual, o “eu” pessoal que estava em conflito vai entrando em harmonia, tomando consciência da necessidade de encontrar seu “eu” real, de reestruturar seus planos de vida. Em alguns casos, a melhora da auto imagem funcionou como estímulo para cuidar-se superando os limites.

Avaliação do emprego do conceito “self” no processo de enfermagem

Para nós, encontrar formas aceitáveis de lidar com os sentimentos, impulsos, conflitos, atitudes emocionais, dúvidas e questões que emanam do seu interior, foi muito difícil, pois são questões íntimas e que já a acompanham a algum tempo.

Os contatos eram breves, às vezes únicos ou ocorriam somente depois de um mês, o que impedia que se fosse trabalhado profundamente, uma vez que quando retornavam já apresentavam novos problemas.

b) PERCEPÇÃO

Coleta de dados aplicando o conceito “ percepção”

“Essas crianças tem Aids ? Não parece. São tão gordinhas.....”

(Granizo, segurança do HIJG)

“Quando descobri fiquei mal, muita depressão, parecia que tudo tinha acabado. Rolei de hospital em hospital até que descobrissem a doença”.

(Jade, 33 anos, HIV positivo, mãe de três filhos com AIDS).

“Como pode estar grávida? É um crime, uma irresponsabilidade, colocar no mundo mais uma criança doente”.

(Granizo, segurança do HIJG).

“Vê a cara dela , tá apavorada. Ela mora perto da minha casa, têm o nariz empinado, mal fala com a gente, agora tá nessa situação. O que adianta achar que é melhor que os outros?”.

(Quartzo, funcionária do HIJG).

“Não conto prá ninguém que minha filha tem AIDS. Quando perguntam, digo que é leucemia”.

(Diamante, 34 anos).

“Quando saio de casa, as pessoas ficam olhando para mim e para as crianças com pena, parece que eles sabem o que nós temos.

(Mármore, 28 anos).

“Antes de descobrir, tudo que via na TV é “AIDS MATA”. Isso me assustava muito, eu não tinha muita informação porque não me interessava.

(Brilhante, 19 anos).

“Não conto prá ninguém Eles não iam entender... Se gente da cidade não entende, imagina quem mora no sítio”.

(Brilhante, 19 anos).

“Para mim esta é a pior doença, eu queria ter tudo, menos isso...”.

(Água Marinha, 25 anos).

“Eu tenho muita fé que ele vai negativar e vai ficar bom...”.

(Esmeralda, 36 anos, mãe adotiva).

“Ele já tem dois anos e meio e não anda, só fica de joelhos. Quando eu ponho ele de pé, ele chora, eu acho que tem medo ou sente dor”.

(Ardósia, 55 anos, avó).

“O que ela pensa que é? Que a criança dela é melhor que as outras? Que nariz empinado, ela não vê que estão todos no mesmo barco?”

(Quartzo, funcionária do HIJG).

“Eu gostei muito do atendimento aqui do isolamento, não existe discriminação, preconceito. Todo mundo chega, brinca, abraça e beija”.

(Pérola, 38 anos, tia)

Diagnóstico de enfermagem aplicando o conceito “ percepção”

- Está imersa/ amarrada pelo silêncio /segredo dentro da família extensa; acham que não serão entendidas;
- Utilizam mentiras para explicar o quadro clínico da criança - geralmente o câncer;
- Sentem que são ofendidos e magoados, e se distanciam;
- Têm medo de ser reconhecidos em certos ambientes e que se revele que são portadores;
- A TV imerge a família no desespero; ela tem AIDS e a TV avisa que ela vai morrer;
- Pessoas do interior parecem ter perdido o rumo: tem pouca noção da doença e não conseguem entender como foram atingidos por ela. Percebiam a doença como produto urbano ligada aos artistas e ao uso de drogas. Então como chegou a eles ?
- O choro aparece pouco nos familiares; o olhar triste, o ausentar-se para dentro de si mesmos surgem em certos temas;
- Expectativas frustradas de que as pessoas da cidade fossem mais esclarecidas e menos discriminadoras.
- Atraso no desenvolvimento psicomotor, devido a traumas da doença e superproteção.
- Pânico perante a possibilidade da contaminação através do beijo, abraço, etc....

Planejamento da assistência aplicando o conceito “ percepção”

Ao realizar o diagnóstico relacionado à percepção, acadêmica e família estabeleceram objetivos a serem alcançados. Para tanto, num primeiro momento, observamos a família, tentando entender seu contexto e sua vivência com a doença.

Os objetivos visavam que a família fosse capaz de:

- interagir com outras pessoas, de forma natural, sem a preocupação quanto à discriminação;
- conhecer as formas de tratamento e se conscientizar da importância de segui-lo;
- conhecer informações verdadeiras sobre HIV/AIDS;
- identificar comportamentos de risco, desmistificar a doença;
- concentrar energia no tratamento e qualidade de vida;
- procurar ajuda para não ficar angustiado.

Implementação da assistência aplicando o conceito “ percepção”

As ações de enfermagem para o conceito percepção incluíram:

- encaminhar as famílias à grupos de apoio;
- localizar dentro de seu ambiente social os contatos que podem ser feitos;
- ouvir as queixas, medos e demonstrar interesse em ajudar;
- orientar de forma clara sobre o tratamento e seus benefícios;
- esclarecer, sem sensacionalismo, as dúvidas sobre a doença;
- apoiar e incentivar a busca de recursos;
- incentivar o sexo seguro, com o uso de preservativos, comportamento responsável e consciente das medidas preventivas contra a doença.

Evolução no processo de enfermagem aplicando o conceito “ percepção”

Na implementação das ações de enfermagem, no processo de interação com a família, as percepções facilitaram a forma de ver, sentir e entender o outro, o meio e os fatos.

As mudanças positivas de cada cliente, ocorriam de maneira natural, uma vez que conseguiam perceber a realidade após os esclarecimentos, informações e orientações adequadas.

De um modo geral, todos conseguiram perceber a importância de modificar algo em sua vida, para melhorar sua situação, convivendo positivamente com a doença. A convivência destas famílias com outras na mesma situação, as faz perceber que nem tudo está perdido, e assim buscam forças para continuar lutando.

Avaliação do emprego do conceito “percepção” no processo de enfermagem

Este conceito nos instrumentalizou na busca do entendimento e conhecimento das famílias, na percepção que cada um tinha de si mesmo, da doença e do tratamento.

O comportamento não verbal foi outra forma encontrada para entender, compreender e sentir as famílias.

Entendemos ser este o conceito fundamental para realizar uma assistência de qualidade, sendo um desafio perceber o outro, sem que sua percepção interfira no processo. A percepção que cada familiar tem de si mesmo influencia todos os outros conceitos, como o self, estresse, interação, papel, crescimento e desenvolvimento.

c) CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Coleta de dados aplicando o conceito ao conceito “crescimento e desenvolvimento”

“Eu perdi um filho com dois anos. Minha família diz que eu quero substituí-lo; não importa que ele seja doente; eu já sofri mas quero fazer alguma coisa, a gente não é nada; hoje está bem e amanhã tudo acaba; por isso eu quero ajudar essas crianças, deixar alguma coisa boa para elas”.

(Rubi, 47 anos, mãe adotiva).

“Eu não aceitava, fiquei com medo, não quero nem lembrar. Mas hoje tudo bem. Hoje faço tudo por ele, por isso fico tão nervosa”

(Ametista, 40 anos, mãe adotiva).

“São crianças muito carentes de amor e proteção. A recuperação dele se deve muito a esse amor”.

(Cristal, 42 anos, mãe adotiva).

“Não temos medo da AIDS, a única coisa que surge às vezes , é a possibilidade de perdê-lo, mas enquanto nós pudermos, vamos fazer de tudo para ajudá-lo”.

(Cristal, 42 anos, mãe adotiva).

“Agora , quando fico em depressão, eu vou até o GAPA, lá tem um grupo de mulheres como eu, à gente conversa, conta os problemas, desabafa, faz crochê, assim a gente esquece um pouco.

(Jade, 33 anos , HIV positivo, mãe de 3 filhos com AIDS).

“ Tudo mudou na família , todos querem ficar com ele o tempo todo. Ele trouxe alegria pra nós, antes era uma família desunida, agora está todo mundo em casa, tem ocupação para todos.”

(Basalto, 48 anos, pai adotivo)

Diagnóstico de enfermagem aplicando o conceito “crescimento e desenvolvimento”

- Desenvolvimento do solidariedade frente a doença, a partir de uma vivência de sofrimento anterior, independentemente da possibilidade de repetição da perda;
- Colocada forçosamente diante da doença do filho adotado ,desequilibra num primeiro instante e progride em termos de aceitação e amor;
- Aspecto emocional fortalece o desenvolvimento da criança;
- Adoção de crianças trazendo novas perspectivas de vida, alegria, união, mudanças positivas.

Planejamento da assistência aplicando o conceito “crescimento e desenvolvimento”

Ao ser realizado o diagnóstico, relacionado ao crescimento e desenvolvimento, acadêmicas e família juntos, estabeleceram alguns objetivos a serem alcançados, considerando cada cliente e situação particularmente. Tais como:

- fortalecer os vínculos familiares;
- promover a solidariedade entre as pessoas;
- estimular os responsáveis a colaborar no desenvolvimento psicomotor da criança.

Implementação da assistência aplicando o conceito “crescimento e desenvolvimento”

As ações de enfermagem com relação ao conceito crescimento e desenvolvimento incluíram:

- apoiar e enaltecer o espírito solidário;
- estimular a família a dividir suas experiências;
- proporcionar envolvimento de toda a família para o cuidado;
- ensinar técnicas de massagem e exercícios que auxiliem a deambulação da criança;
- encaminhar à psicóloga e fisioterapeuta.

Evolução no processo de enfermagem, aplicando o conceito crescimento e desenvolvimento

A evolução deste conceito depende de vários fatores. Para as famílias que passaram por experiências significativas e satisfatórias e tem um ambiente propício, foi mais fácil evoluir positivamente. Para outras, o caminho é mais longo e passa por muito sofrimento.

Normalmente, o medo, a insegurança, a superproteção atrapalham o crescimento e desenvolvimento.

Por causa de metas e valores pessoais, conscientemente, uma família superprotege o filho, impedindo seu crescimento e desenvolvimento, tendo como justificativa a possibilidade da perda a qualquer momento.

Avaliação do emprego do conceito “crescimento e desenvolvimento” no processo de enfermagem

Por mais que tentássemos realmente interagir, de forma que os objetivos fossem comuns às famílias, às vezes sentíamos uma certa impotência, em ver as coisas acontecendo e não poder intervir na busca de soluções imediatas.

Em contrapartida, pudemos observar que houve em muitos casos, crescimento e desenvolvimento, onde a família aprendeu e descobriu várias coisas novas, que trouxeram resultados positivos e progresso no quadro clínico.

Muitas vezes, o resultado era visível ou então falado com orgulho e agradecimento.

d) TEMPO / ESPAÇO

Coleta de dados aplicando o conceito “ tempo / espaço”

“Tenho que usar camisinha, não é porque meu marido fez essa maldade comigo, que eu vou fazer com os outros”.

(Diamante, 34 anos)

“Ela não vai para a escola porque minha avó tem medo que outras crianças a maltratem, além disso ela chora muito”.

(Pirita, 20 anos, tia materna)

“Antes ele ia para a escola, mas quando se feria as professoras não queriam ajudá-lo, tinham medo de tocá-lo e os outros alunos não podiam saber. Achamos melhor tirá-lo da escola.

(Ametista, 40 anos, mãe adotiva)

“Minha filha é muito apegada, às vezes não quer me deixar ir trabalhar, chora, não quer comer, vomita o remédio”.

(Diamante, 34 anos)

“Eu tenho fé que ele vai negativar, nunca ficou doente, nem gripe...”.

(Cristal, 42 anos, mãe adotiva).

“Ninguém tira ele quando tá comigo, nem a mãe. Durante o dia passeamos, pego o carrinho, boto ele dentro. Só trabalho a noite, aí tenho bastante tempo.”.

(Basalto, 48 anos, pai adotivo).

“ Eu não converso com os meus vizinhos , quase não saio de casa, nem na casa da mãe eu vou. Tenho medo que eles descubram...” (Água Marinha, 25 anos)

Diagnóstico de enfermagem aplicando o conceito “ tempo / espaço”

- Consciência de seus limites, respeitando o espaço / tempo do outro;
- Superproteção dos responsáveis interferindo na expansão das crianças;
- Dependência emocional causada pela doença interferindo nos contatos e nas atividades;
- Espaço social da criança se reduz frente ao preconceito e ameaça de ver a criança sem cuidados, no ambiente escolar;
- Angústia pela espera dos testes que irão definir o diagnóstico;
- Consenso entre a necessidade de trabalho do pai com a atenção necessária ao filho;
- Isolamento das famílias.

Planejamento da assistência aplicando o conceito “ tempo / espaço”

Ao ser realizado o diagnóstico, relacionado ao tempo / espaço, acadêmicas e família juntos, estabeleceram alguns objetivos, que visavam à família ser capaz de:

- saber os limites impostos pela doença;
- respeitar o outro;
- ampliar o espaço social da criança / família;
- não permitir que o medo e o preconceito limitem seu território;
- conciliar as atividades para benefício de todos.

Implementação da assistência aplicando o conceito “ tempo / espaço”

As ações de enfermagem para o conceito tempo / espaço, visaram:

- informar o cliente sobre seus direitos e deveres, esclarecer suas dúvidas;
- discutir a importância da prevenção para não disseminar a doença;
- incentivar a não desistência da escola, do contato com outras pessoas;
- incentivar passeios em parques, zoológicos, e atividades que preservem e aumentem o seu convívio social.
- estimular o reajuste das atividades para que sobre tempo de distrair-se, cuidar-se, visitar familiares.

Evolução no processo de enfermagem aplicando o conceito “ tempo / espaço”

As sugestões dadas pelas acadêmicas eram ouvidas com atenção; discutiam-se as possibilidades e sempre foi possível encontrar uma alternativa para as questões colocadas.

Quando se trata de tempo e espaço, trata-se de uma questão sócio-cultural e espiritual.

As famílias que conseguem encarar com compromisso e responsabilidade de viver com HIV/AIDS, sabem lidar melhor com as questões de preconceito, discriminação, morte e contaminação.

Avaliação do emprego do conceito tempo/espaço, no processo de enfermagem

Neste conceito, apesar de toda problemática da doença, as famílias se adaptam à nova realidade, entendem seus limites, buscam novos horizontes, isto não é fácil, é conseguido com muito sacrifício e dedicação.

e) INTERAÇÃO / COMUNICAÇÃO

Coleta de dados aplicando o conceito “ interação / comunicação”

Relato de um encontro:

“* Moça tem um remédio para dor de cabeça ?

OBS: A pergunta surge de uma mulher de aproximadamente 40 anos, presente na sala de medicação. Estava com o olhar carregado/triste , encolhida num canto do sofá.

-Só um pouquinho que eu já conversei com a senhora. (acabei o que estava fazendo, me aproximei dela). Tá com dor de cabeça?

- É , estou.
- - Faz tempo?
- *Não, começou agora.
- - O que aconteceu para ficar com dor de cabeça?
- *E que o médico me falou uma coisa, que fiquei encucada.
- - Quer conversar um pouco? Vamos ali fora?..... Vocês são de onde?
- *De Joinville.
- -Vem sempre aqui ? Como?
- *Viemos uma vez por mês, de ambulância.
- - O que aconteceu?
- *Tinha um menino de dez anos que estava bem, ele sempre vinha com a gente, e ele morreu.
- - E ele morreu hoje?
- *Não, faz um mês, mas só hoje eu fiquei sabendo, porque o médico me contou. Eu tô preocupada.
- - Preocupada porquê?
- *Porque a gente tem um filho na mesma situação, e ele não tá bom . Hoje tá tomando esse remédio (imunoglobulina). Eu até pedi para o meu marido vir junto, porque fiquei com medo de acontecer alguma coisa.
- - Como assim?
- *T. ficou doente, aí liguei pra cá e eles mandaram eu vir; provavelmente ele teria que tomar o remédio. Agora, ainda fico sabendo da morte do outro.
- - Não fique nervosa.
- *É , o T. é meu filho adotivo . Eu fiquei dezessete anos casada, não pude engravidar, aí resolvemos adotar. Peguei ele com seis meses, depois de três meses fiquei sabendo da doença.
- - E qual foi a reação?
- *Eu não aceitava, fiquei com medo, não quero nem lembrar. Mas hoje tudo bem. Hoje faço tudo por ele, por isso fico tão nervosa. E ainda faz só dois meses que meu sogro morreu, era eu quem cuidava dele.
- - É, a morte pega a gente de surpresa.

- *É, a gente nunca tá preparado. Oh! O T. tá chorando, antes ele não tinha medo de injeção, agora ele chora.
 - - Eu acho que a senhora tá com mais medo do que ele.... Sabe o que é esta medicação?
 - *Não, o médico disse que ele não tava muito bom, e ia ter que tomar essa.....
 - - É imunoglobulina. (foi orientada sobre a medicação).
 - OBS: A criança veio chorosa até a mãe, mostrou-lhe o local de tentativa de punção; a criança foi consolada pela acadêmica e incentivada para nova punção; após o sucesso da punção o diálogo prosseguiu.
 - - E a dor de cabeça, ainda quer o remédio?
 - *Dor de cabeça?.....Passou.....
 - - Foi bom conversar então?
 - *É, foi. Sempre é bom conversar, ainda mais quando a conversa é boa.
 - OBS: Após a conversa , se mostrou participativa no cuidado ao filho , conversou com todos, caminhou pela sala e tomou lanche, ou seja, houve uma mudança de atitude e de aparência.
- (Ametista, 40 anos, mãe adotiva)

Diagnóstico de enfermagem aplicando o conceito “ interação / comunicação”

- A indicação da necessidade de diálogo surge a partir do pedido da mãe, que somatiza os problemas que está vivenciando;
- Falta de clareza nas informações;
- Falta de privacidade dificulta interações.

Planejamento da assistência aplicando o conceito “ interação / comunicação”

Ao ser realizado o diagnóstico relacionado ao conceito de interação/ comunicação, acadêmicas e famílias juntos, estabeleceram alguns objetivos a serem alcançados. Os objetivos visavam que o cliente fosse capaz de:

- sentir confiança e respeito para falar;
- ter seu estresse aliviado para ter mais interação com os outros;
- melhorar sua compreensão e entendimento;- ter acesso a informações claras e adequadas.

Implementação da assistência segundo o conceito de interação / comunicação

As ações de enfermagem, em relação ao conceito interação/comunicação visavam:

- promover privacidade;
- ouvir o paciente;
- demonstrar vontade de ajudar e sigilo das informações;
- ensinar formas de combater o estresse;
- oferecer informações necessárias a cada cliente;
- apoiar e incentivar as decisões da família;
- apoiar a procura de recursos, grupos de apoio;
- estimular a troca de experiências com outras famílias que tenham o mesmo problema;

Evolução no processo de enfermagem aplicando o conceito “ interação / comunicação”

A interação se inicia quando, através da comunicação, as acadêmicas e famílias trocam percepções. A comunicação pode ser verbal ou não verbal, o que requer muita atenção, para que o comportamento, as reações e expressões não se percam.

De uma forma ou de outra, a interação/comunicação ocorrem entre acadêmicas/família. Normalmente se conseguem combinar os objetivos, ficando a operacionalização destes a cargo da transação.

O grande medo dos portadores de revelar sua condição, interfere na interação, pois na maioria dos casos eles serão isolados, perderão o apoio financeiro e emocional, de que mais precisam neste momento.

Nos resultados positivos, parece que não se sentem tão sozinhos, evoluem para uma comunicação crescente, buscando sempre mais relacionamentos.

Avaliação do emprego do conceito “ interação / comunicação” no processo de enfermagem

Este conceito proporcionou uma grande satisfação, pois quando ocorriam mudanças, a família ficava com imensa gratificação e vontade de lutar cada vez mais para melhorar sua condição. Em encontros posteriores, buscavam ainda mais a comunicação e já relatavam suas dificuldades.

Entretanto, em seu contexto social, as famílias possuem grande dificuldade em seus relacionamentos, sofrem pelo preconceito e a falta de informações sobre o contágio, provocando isolamento.

f) TRANSAÇÃO/TOMADA DE DECISÃO

Coleta de dados aplicando o conceito “transação/tomada de decisão”

“Ela ficou internada três dias e o médico não queria atendê-la, não chegava nem no quarto. Acho que as pessoas são mal informadas, me perguntam se não tenho medo de cuidar dela. Dizem para mim não ficar no quarto com ela, mas eu sei dos cuidados que tenho que tomar, por isso eu beijo e abraço à vontade”.

(Pérola, 38 anos, tia)

Na consulta médica, ele recomendou, ao saber de sua 2ª gravidez:

“- Eu vou mandar fazer uma camisinha de ferro para você”.

“- Pode mandar fazer, porque eu não vou usar mesmo”.

(Bauxita, 17 anos)

“Ninguém tem culpa, só o meu marido, porque sabia e não me contou. Tinha medo que eu o deixasse, mas eu não faria isso...”.

(Água Marinha, 25 anos)

“Viu como eu engordei ?...Comi de tudo, tomei o remédio, minhas veias já estão mais gordinhas. Hoje vai ser mais fácil você achar uma veia gordinha”.

(Jade Oriental, 5 anos)

“Sempre que tem que ficar internado, eu peço para ela ficar no isolamento, porque lá eles atendem bem e posso ficar mais a vontade com ela”.

(Diamante, 34 anos)

Diagnóstico de enfermagem aplicando o conceito “transação/tomada de decisão”

- falta de conscientização de sua realidade, com tomada de decisões incorretas;
- processo de educação impulsionando o auto cuidado;
- precariedade de informações, gerando escolhas inapropriadas.

Planejamento da assistência aplicando o conceito “transação/tomada de decisão”

Uma vez feito o diagnóstico, em relação ao conceito transação / tomada de decisão, acadêmicas e famílias juntos, estabeleceram os objetivos que visavam que as famílias fossem capazes de:

- enfrentar sua realidade, adotar condutas mais reais;
- fortalecer as relações e interações para ocorrer a transação;
- realizar mudanças de atitude, a partir de novas percepções;
- tentar superar suas dificuldades;
- comunicar-se; estabelecer metas e objetivos a serem alcançados;
- compreender e aceitar o outro.

Implementação da assistência aplicando o conceito “transação/tomada de decisão”

As ações de enfermagem eram:

- compartilhar com a família as informações que dispõe;
- informar a família sobre a problemática da doença;
- estimular o diálogo, a compreensão e a expressão dos sentimentos;
- ouvir as sugestões de cada familiar e adequar para ter uma vida mais saudável;
- buscar junto à família, atividades que possa exercer a fim de se relacionar melhor com as pessoas, diminuir o estresse, funcionando como estímulo para enfrentar a vida, bem como manter-se ocupado;
- procurar, junto à família, valores mais significativos e lutar para consegui-los.

Evolução no processo de enfermagem aplicando o conceito “transação/tomada de decisão”

Este conceito, por depender de outros conceitos, como a percepção, o estresse, a interação, tempo, espaço, papel é difícil de ser atingido frequentemente por familiares.

É um processo longo, que precisa ser estimulado continuamente, no momento adequado e de forma gradual, segundo seu contexto vivencial e forças da família.

Quando consegue-se encontrar o momento adequado para se fazer uma atuação, a transação realmente ocorre, os resultados são surpreendentes e rápidos.

Um exemplo de transação significativa ocorreu quando, após orientações sobre alimentação, tratamento e comportamento, dadas em um 1º encontro à uma criança de 5 anos, foram lembradas um mês depois, de forma espontânea e entusiasmada, mostrando os resultados. Além dos comentários feitos por ele, as mudanças eram visíveis.

Avaliação do emprego do conceito “transação/tomada de decisão” no processo de enfermagem

Por necessitar de interações graduais para ocorrer a transação, os resultados demoram a aparecer e dependem de empatia, mudanças de comportamento e atitudes.

As acadêmicas não podem forçar a transação, o estabelecimento de objetivos mútuos e a determinação de estratégias foi um difícil trabalho. Algumas vezes, a tendência de denominação despertava a vontade de fazer tudo sozinhas, ainda mais quando as famílias estavam numa atitude passiva e não queriam assumir seu papel.

A tomada de decisão, costumeiramente não convida ou solicita a participação da família, ficando a cargo da equipe de saúde.

g) PAPÉIS

Coleta de dados aplicando o conceito “papeis”

“Eu vou lutar muito para ficar com ele e prá que melhore , não importa as dificuldades ; espero ter forças para enfrentar o que pode vir de pior se ele ficar mais doente”.

(Esmeralda, 36 anos, mãe adotiva)

“Mudou tudo na minha vida, corro com ele em hospitais, a gente fica sempre assustada quando ele piora...Não cuidei mais da minha saúde, tenho um problema na coluna, meus pés doem e estão sempre inchados. Além de transtornar a vida dos outros filhos, atrapalhando o trabalho deles, porque preciso de ajuda para traze-lo ao médico”.(Ardósia, 55 anos, avó).

Diagnóstico de enfermagem aplicando o conceito “papeis”

- mudança de papéis: de vó/ tia/ irmã para mãe;
- papéis profissionais ou sociais interrompidos;
- sobrecarga nos papéis desempenhados;
- construção da maternidade que aceita desafios, prevê dificuldades e a própria morte do novo filho.

Planejamento da assistência aplicando o conceito “papeis”

Após a realização do diagnóstico aplicando o conceito papéis, acadêmicas e famílias juntos, estabeleciam os objetivos, que visavam à família ser capaz de:

- revezar-se no cuidado;
- entender as mudanças ocorridas;
- refletir sobre o que está lhe faltando e impedindo a definição de seu papel;
- reativar seus papéis do cotidiano.

Implementação da assistência aplicando o conceito “papeis”

As ações de enfermagem, em relação ao conceito papéis, foram:

- demonstrar interesse de identificar os principais papéis do cotidiano da família;
- ouvi-los com atenção, valorizando seus pontos de vista;
- esclarecer dúvidas e sugerir alternativas para solucionar ou amenizar os problemas;
- encorajar a família a mudar os papéis, quando inadequados;
- motivar a família a refletir sobre o que lhe impede de definir com segurança e convicção, papéis significativos, que leve a auto-realização.

Evolução no processo de enfermagem aplicando o conceito “papeis”

Quando se oferece bastante recursos, sugestões, apoio, isto favorece a retomada dos papéis perdidos ou necessários. Este conceito está sujeito a alterações muito dinâmicas. Em alguns casos, não ocorre somente a perda do papel, mas principalmente a confusão do desempenho, não sabem se são pais, avós ou tios das crianças.

A retomada do papel depende, em grande parte, da recuperação e estabilidade da saúde da criança.

Avaliação do emprego do conceito “papeis” no processo de enfermagem

A experiência por nós vivenciada permitiu refletir sobre o que significa para as famílias a interrupção de papéis, assim como a dependência, por vezes financeira.

O cliente tem necessidade de expressar seus sentimentos a respeito do não desempenho das suas funções, para isto é preciso que oportunidades a eles sejam oferecidos.

h) ESTRESSORES DA FAMÍLIA

Coleta de dados aplicando o conceito de “estressores”

“Me disseram para usar luva cada vez que for trocar as suas fraldas. Mas isso eu não faço, senão que tipo de mãe eu vou ser ? sem poder tocá-lo ? Assim eu estou transmitindo preconceito.”

(Rubi, 47 anos, mãe adotiva)

“Tinha um menino de dez anos que estava bem, ele sempre vinha com a gente, e ele morreu faz um mês, mas só hoje eu fiquei sabendo, porque o médico me contou. Eu tô preocupada. Porque a gente tem um filho na mesma situação, e ele não tá bom .”

(Ametista, 40 anos, mãe adotiva)

“ Nem todos da família sabem da doença; selecionamos alguns porque tem pessoas que não entendem; que iam discriminar; então é melhor não ficarem sabendo.”

(Ametista, 40 anos, mãe adotiva)

“No início ela chorava muito, não comia, não queria nem tocar no bebê, porque dizia que a culpa era dela”.

(Safira, adolescente, tia)

“Os meus filhos me preocupam mais, apesar de que estão bem. Só que eu sofro por ter que ficar separada de dois que estão no Recanto. Toda segunda feira, quando eu os levo par lá, eles choram muito e eu também”.(Ônix, 27 anos)

“Lá em casa não se fala muito nisso, eu faço e penso que não tenho a doença, para não me preocupar, assim a gente não lembra e não sofre”.

(Ônix, 27 anos)

Diagnóstico aplicando o conceito de “estressores”

- Dificuldade de uma família em vias de adoção, por não ser apoiada em sua decisão pelos demais membros da família;
- ser obrigado a criação de mentiras, desculpas e silêncio em função do medo de ser rejeitado e para proteger a criança/família;
- busca do quando e como se contaminaram;
- perda de crianças amigas ou conhecidas;
- separação de mãe e filhos;
- falta de recursos / dependência financeira;
- medo de ser rejeitado;
- expectativas de cura;
- alteração nos planos de vida;
- conflitos familiares;
- debilidade física dificulta a busca de recursos/trabalho;

Planejamento da assistência aplicando o conceito de “estressores”

Uma vez feito o diagnóstico, em relação ao conceito estresse, famílias e acadêmicas juntos, estabeleceram os objetivos a serem alcançados, conforme cada situação em particular, ou seja, eles interagiram frente os fatores estressantes, no sentido de anulá-los ou reduzi-los, proporcionando assim alívio das tensões. Os objetivos visavam que a família fosse capaz de:

- verbalizar seus sentimentos quanto à falta de apoio, as perdas, as separações, o preconceito;
- reestruturar seus planos de vida;
- tentar formas de encontrar-se com os filhos distantes;
- entender e encarar sua situação financeira, visando a busca de recursos;

- analisar suas atitudes, medos e mentiras;
- não alimentar falsas esperanças, amenizar o sofrimento emocional;
- tentar compreender as outras pessoas;
- resolver seus problemas de forma racional, para que não afetem ainda mais sua situação;
- estimular o tratamento e retorno ao trabalho.

Implementação da assistência aplicando o conceito de “estressores”

A implementação da assistência de Enfermagem, em relação ao conceito estresse, incluíram:

- favorecer a livre expressão dos sentimentos e estar disponível para ouvi-los;
- estimular a família à utilizar suas forças interiores, a fim de controlar possíveis sentimentos negativos;
- estimular a família visitar seus filhos, alterando o horário de trabalho;
- ouvir a família, encorajar a procura de instituições, profissionais, trabalhos manuais para reforçar a renda familiar;
- estimular a procura de grupos de apoio, para que sua experiência seja dividida e entendida por várias pessoas;
- dar informações realistas e verdadeiras, de forma clara, respeitando o entendimento da família;
- reforçar as informações necessárias a cada família;
- ouvir as queixas conflituosas, demonstrando interesse em ajudá-lo a encontrar uma forma de promover entre eles a interação;
- fazer acreditar no sucesso do tratamento, nos cuidados com sua saúde, para fortalecimento e volta mais rápida ao trabalho e sua vida cotidiana.

Evolução do processo de enfermagem aplicando o conceito “estressores”

Uma série de estressores são comuns às famílias com HIV/AIDS. O fato de apenas se ouvir os estressores já refletia uma suavidade nas expressões faciais e corporais, quando se dava informações e orientações, dedicavam atenção especial.

As acadêmicas procuravam adequar as sugestões à realidade das famílias, buscando as condições para a transação.

Os encaminhamentos realizados, obtiveram na sua maioria o sucesso, tanto pelo empenho dos profissionais como pela necessidade das famílias.

O grupo de apoio mais procurado foi o do GAPA. Percebia-se a satisfação e o alívio dos estressores nas famílias que o freqüentavam, devido aos encontros terapêuticos, atividades de crochê, passeios, relaxamento e outros.

O fator estressante que não tem uma boa evolução é a aceitação pelo tratamento. Os adultos preocupam-se mais com as crianças e não se tratam; sonham muito com a possível cura e se acomodam, relaxando no tratamento e nas formas mais saudáveis de viver.

Avaliação do emprego do conceito “estresse” no processo de enfermagem

A experiência vivenciada por nós no cuidado às famílias com HIV/AIDS, permitiram refletir sobre inúmeros estressores presentes nestas circunstâncias. As famílias têm necessidade de expressar seus sentimentos, libertar-se da sua ansiedade e reduzir as tensões que o perturbam. Daí a necessidade de oferecer oportunidade para que eles falem, chorem, ou mesmo que fiquem em silêncio.

A assistência de Enfermagem fundamentada em um marco de referência segundo KING, oferece subsídios para minimizar os efeitos de tais estressores.

Um exemplo prático desta análise, é que no primeiro encontro já se criava uma interação, que se reforça positivamente nos encontros seguintes e possibilitava a continuidade da assistência.

i) ORGANIZAÇÃO

Coleta de dados aplicando o conceito de “organização”

“Outro dia, eu vim porque ele estava com o ouvido inflamado, o médico não quis atender, disse que não tinha vaga, que era para ir na emergência. Pôxa !!! Mas ele já conhece e trata o menino há mais tempo, tive vontade de pular e esganar ele. Porque a gente tem que agüentar isso?”.

(Jade, 33 anos.)

Diagnóstico de enfermagem aplicando o conceito de “organização”

- metas da organização, impedindo o atendimento das urgências.

Planejamento da assistência aplicando o conceito de “organização”

Após a realização do diagnóstico, em relação ao conceito organização, estabelecemos alguns objetivos que visavam:

- agilizar o atendimento;
- priorizar o atendimento às urgências

Implementação da assistência aplicando o conceito de “organização”

As ações de enfermagem para o conceito organização visavam:

- conhecer as normas e rotinas, bem como a dinâmica do atendimento;
- sugerir algumas alterações que auxiliassem o paciente.

Evolução no processo de enfermagem, segundo o conceito “organização”

Este conceito, por ser muito complexo, dependente de questões burocráticas e administrativas se torna difícil ser modificado.

A dinâmica e funcionamento do setor estão assim organizadas há muito tempo, mudanças implicariam em conflito com metas pessoais e organizacionais.

Algumas reflexões foram feitas, sendo estudadas e analisadas para serem implantadas junto ao Hospital Dia.

Avaliação do emprego do conceito “organização” no processo de enfermagem

Às vezes, por motivos alheios à nossa vontade, as falhas da organização podem gerar prejuízos enormes para a saúde dos clientes, contrariando o princípio de trabalhar em prol da saúde e interesses desta clientela.

5.3 Colaborando com o planejamento do Hospital Dia para pacientes e familiares com HIV /AIDS

Para fundamentar a elaboração do planejamento realizou-se a leitura da Portaria do Ministério da Saúde referente a implantação de “Hospitais Dia ” e outras normas e rotinas já existentes do hospital . O material elaborado consta em anexo (7)

Assim elaborou-se :

- rotina para verificação de sinais vitais
- norma de bio - segurança para os profissionais da saúde
- precauções universais para hospitais pediátricos
- métodos de desinfecção :para procedimentos , superfícies e materiais
- guia de administração de medicamentos EV , específicos no tratamento do HIV / AIDS pediátrico
- guia de administração antibióticos EV

Para orientação teórica do trabalho do ambulatório algumas normas puderam ser aplicadas imediatamente como a de “precauções universais para hospitais pediátricos” , “ guia de administração de medicamentos EV , específicos no tratamento do HIV / AIDS ”.

A implantação do hospital dia não tem data definida ; aguarda-se ainda equipamento e recursos humanos.

5.4 Buscando integração com a equipe interdisciplinar

Inicialmente, a participação das acadêmicas na equipe, tinha como meta a construção conjunta da proposta assistencial para o Hospital Dia . Percebeu-se que a equipe , em função da falta de definição de data da implantação , canalizava seus esforços para ocupação do local destinado , entendendo que as demais etapas poderiam ocorrer após a sua abertura .

As reuniões do GAAP aconteceram no próprio ambulatório , após as consultas médicas . A pauta principal normalmente referia-se a problemática da clientela, possibilidades de intervenções e soluções . E ainda , as necessidades e dificuldades atuais do grupo e de estrutura de apoio e tratamento da clientela .

As reuniões são permeadas pelo respeito mútuo e aceitação de que a problemática da AIDS só pode ser enfrentada em equipe interdisciplinar.

As acadêmicas de enfermagem participaram de todas as reuniões que ocorrerem, em geral as terças e quintas feiras, durante os meses de setembro e outubro e novembro. A participação ocorreu na forma de depoimentos sobre a clientela, inclusive das visitas domiciliares, dificuldades encontradas e sugestões frente as questões colocadas.

A experiência nessa participação foi muito positiva, uma vez que o trabalho de enfermagem das acadêmicas era valorizado e solicitado e as opiniões acatadas.

5.5 Buscando compreender o processo de viver com HIV/AIDS da família, durante atividades de educação em saúde (vídeos e desenhos)

Durante a permanência da família na sala de espera, ofereceu-se papel, lápis de cor, canetas coloridas, à criança para desenhar livremente. Observaram-se os desenhos, ouviram-se os relatos espontâneos e solicitou-se algumas explicações. Os desenhos mais comuns, foram relacionados à família, animais ou coisas da natureza. Em alguns desenhos, surgiu a temática da contaminação e doença, e os sentimentos expressados estavam ligados ao contexto do momento. Se havia expectativas e mudanças, os desenhos expressavam alerta e medo; se não haviam mudanças, a doença não assumia conotação ameaçadora, era um evento a mais de sua vida.

Foi realizada uma sessão de vídeo, destinada ao familiar. Três filmes curtos foram utilizados, tratavam de depoimentos sobre a contaminação, dificuldades de se conviver com o HIV/AIDS, os preconceitos vigentes e exemplos de superação das dificuldades, e ainda continham informações sobre o sexo seguro.

Os participantes prestavam muita atenção, às vezes demonstravam surpresa e preocupação com o que viam. Depois de apresentação dos vídeos, efetuaram depoimentos, que expressavam preocupação com o avanço da doença x desconhecimento da população, dos riscos que está correndo. Tinham muitas perguntas à cerca de como cuidar da criança, do número de vezes que um teste necessita ser feito para confirmar casos negativos, sobre os medicamentos que são utilizados e possibilidades de cura.

5.6 Colaborando na atualização dos funcionários do Lar Recanto do Carinho

Inicialmente as acadêmicas realizaram uma visita ao Lar Recanto do Carinho , conheceram suas instalações e aspectos do cotidiano . Expuseram à direção os objetivos do projeto que se referiam ao Lar Recanto do Carinho , ou sejam *observar e levantar as necessidades junto à direção e funcionários do LAR quanto ao conhecimento da doença , tratamento e auto cuidado ; desenvolver treinamento segundo as necessidades identificadas* .

As acadêmicas solicitaram a permissão para desenvolvê-los e colocaram-se a disposição para trabalhar frente a outras necessidades do LAR .

A direção colocou que não seria possível desenvolver estas atividades no Lar Recanto do Carinho, uma vez que haveria choque frente a sua proposta de funcionar realmente como um “ LAR / CASA ” , evitando o caráter de institucionalização , num perfil de doença / hospital. Quando as crianças ficam doentes não receberiam tratamento no Lar, sendo encaminhados para o hospital. O tema HIV/AIDS é mantido afastado, no sentido de proteger as crianças.

Assim, o objetivo do projeto referente ao Lar Recanto do Carinho não foi alcançado. De certa forma, entendemos a preocupação da direção , em preservar as crianças, diminuindo assim seus estressores. Porém, a tentativa de protegê-las não é efetivamente conseguida: certas crianças foram abandonadas, outras perderam seus pais e muitas passam pelos sofrimentos das intercorrências clínicas. A localização do LAR, junto à uma avenida movimentada com um ponto de ônibus em frente, próximo à hospitais facilitam o acesso das pessoas às crianças e as tornam alvo fácil da curiosidade, indagações inoportunas, preconceito e discriminação. As pessoas fazem perguntas sobre a doença, oferecem balas, doces, mostram - se penalizadas. Assim, a criança conhece sua situação mesmo de forma indireta e às vezes de forma muito traumatizante. As crianças que estão ingressando na adolescência, não possuem informação de que é portador de HIV, de como enfrentar os desafios e limites impostos pela doença, como praticar o sexo seguro, evitar a gravidez, e manter hábitos saudáveis de vida, isto .

Por essas razões continuamos a achar que o trabalho de educação e saúde envolvendo crianças e funcionários é necessário. •

Usualmente a mesma funcionária do Lar Recanto do Carinho acompanha as crianças para a consulta e tratamento. Tem muitas dúvidas sobre administração de medicamentos, normas de

bio segurança, precauções universais e a doença como um todo. O GAAP também se mostrava preocupado, uma vez que nenhum funcionário do LAR tinha formação na área da saúde.

Uma vez que não foi possível o acesso das acadêmicas para desenvolver o trabalho no Lar Recanto do Carinho, procuramos orientar sua funcionária, nas suas dúvidas sobre a doença e cuidados, nos momentos em que estava no hospital.

5.6.1 Colaborando na atualização dos funcionários e Equipe de Enfermagem do ambulatório do HIJG

Equipe de enfermagem da quimioterapia do ambulatório do HIJG, atende na parte com pacientes de cancer e a tarde, nas terças e quintas feiras com a clientela do GAAP e também da quimioterapia. Durante o período de estágio, em geral dispunha de uma funcionária (uma técnica de enfermagem ou uma enfermeira). Observamos que há excesso de trabalho para um único funcionário que desempenha funções como: preparo, punção venosa e administração dos medicamentos usados em HIV/ AIDS e quimioterápicos para os pacientes com câncer (neste caso com paramentação específica); organização do setor; preenchimento de vários formulários relativos a medicação e evolução. A punção venosa usualmente é um procedimento estressante para funcionários, crianças e familiares, demanda tempo, pois pacientes desnutridos e febris tem fragilidade venosa o que acarreta insucessos nas punções.

Como consequência do excesso de trabalho, pudemos perceber que se cria uma situação de estresse, desgaste físico, deterioração da saúde, no funcionário, que se manifesta por impaciência, nervosismo, desmotivação no trabalho, queixas frequentes, licenças de saúde, desinteresse pela aplicação de medidas de segurança.

Em função da necessidade de dispor-se um setor de atendimento para a clientela com HIV/ AIDS, a partir de 1995, que continuamente vem crescendo, criou-se uma condição improvisação, ainda mantida, da planta física e recursos humanos não expandidos e sem o devido treinamento.

Identificou-se através da observação e diálogo, com os funcionários do setor e de outras unidades do HIJG, lacunas no preparo e condução do cuidado da clientela com HIV/ AIDS, tais como:

- desconhecimento de manejo do cuidado em situações com diarreia , monilíase , banho .
- falta de aplicação das medidas de precaução universais
- insegurança quanto a forma de abordar as questões psicosociais da problemática
- comportamentos que traduzem pena , pavor e discriminação o que acarreta: demora no atendimento da criança e queixas e impaciência dos acompanhantes , impossibilidade de manter a ordem no setor , estresse do funcionário

Enquanto se fazia a atuação na sala de quimioterapia, as técnicas eram realizadas dentro de um modelo, no qual, era implementado as medidas de precaução universal, explicações e orientações informais adequadas ao momento .

Foi realizado duas oficinas, nos dias 20 e 21 de Novembro, onde foi abordado o manejo à criança com HIV/AIDS e precauções universais. Foram convidados os funcionários de todo o hospital e do Lar Recanto do Carinho. No primeiro dia, participaram 4 pessoas, sendo 2 funcionárias do isolamento e 2 do ambulatório; inicialmente expusemos transparências do conteúdo e a partir disto, iniciou-se um debate dinâmico, no qual surgiram muitas dúvidas, tais como: “como o vírus age no organismo?”, “como o medicamento age no vírus?”, “a vacina está perto de ser descoberta?”, “mordida pega?”, “sexo oral também pega?”.

No segundo dia, 13 pessoas participaram, sendo que não eram apenas os funcionários do hospital, mas também acompanhantes de crianças internadas. Foi realizado na sala de quimioterapia e não dispusemos de recursos audio - visuais, porém foi mais dinâmico e participativo, além das dúvidas, contribuíam compartilhando suas experiências. Dentre os questionamentos, surgiram: “na troca de fraldas, tem que usar luvas?”, “tem vírus no ar , na saliva, no suor, num abraço e num beijo pode pegar?”, “quando se faz barba no barbeiro, pode pegar?”, “quanto tempo o vírus sobrevive fora do corpo?”, “quando a gente vai num restaurante, se tem uma pessoa com a boca machucada, como se deve limpar os talheres?”, “num banheiro público, se sentar no vaso, tem perigo de pegar?”, “...meu amigo disse que tem um tratamento com mel que cura a Aids, e os médicos aprovaram ...”, “tuberculose só dá em que tem Aids?”, “no Dentista tem perigo de pegar?”, “porque que a criança com Aids, em estado terminal, fica com o abdomen inchado?”.

No debate, muitas questões foram analisadas, como o uso de luvas nos procedimentos, o risco de acidentes com objetos pérfuro - cortantes e as medidas imediatas que devem ser

tomadas, o direito do paciente ao sigilo, a importância do tratamento para controle da doença e medidas que garantam um sexo seguro.

Ao analisar os resultados destes debates, percebeu-se que o HIV/AIDS, ainda é cercado de muitos medos e dúvidas, apesar de todo empenho em tentar esclarecer pelos meios de comunicação e instituições de saúde. As perguntas ainda são básicas, corriqueiras, simples, denunciam que as informações são insuficientes, as vezes não chegam às pessoas, e quando chegam não são claras adequadas. Para quem já está contaminado, não existe apoio de como enfrentar a doença, as informações são voltadas à prevenção, causando forte impacto no lado psico - emocional.

5.7 Aprofundando os estudos com relação à doença e cuidado

Participamos do VI Congresso Brasileiro de DST/AIDS e I Congresso Pan - Americano e do Mercosul de DST/AIDS, realizado em Porto Alegre, RS, no período de 09 a 12 de Outubro de 1996. Em função disto tivemos a oportunidade de assistir conferências efetuadas por personalidades reconhecidas internacionalmente na área de DST/AIDS, como o francês Luc Montaigner, Carmen Carrington (USA), Fernando Zacarias (USA) e Norma Rubini (RJ).

Os temas que achamos mais significativos foram: “situação atual e perspectivas futuras à cura da AIDS”; “alterações psico sociais nas DST/ AIDS”; “AIDS: tratamento com múltiplas drogas”; “o manejo da criança HIV/ AIDS”.

A surpresa e de certa forma a decepção ocorreu pela ausência de trabalhos na área do cuidado de enfermagem. A única enfermeira palestrante apresentou seu tema centrado na terapia medicamentosa e orientações de rotina. Sentimos falta da abordagem de um papel do enfermeiro, na área psico - social e de aspectos da assistência advindos das terapias alternativas (ex: combate ao estresse, reequilíbrio energético, programação neuro lingüística).

Frente às conferências assistidas, pudemos constatar que o HIJG está atualizado e avançado no tratamento e diagnóstico do HIV/AIDS. Igualmente, que os aspectos pediátricos da AIDS, não parecem estar sendo alvo importante de pesquisas.

5.8 Realização de atividades não previstas

Realizaram-se algumas mudanças na sala de quimioterapia, a fim de organizar melhor o setor, agilizar seu funcionamento, oferecer conforto e espaço para os usuários. Contou-se com a

colaboração e apoio da técnica de enfermagem e das Enfermeiras do setor. Modificou-se a distribuição das macas, trocou-se o armário existente por outro, organizou-se a disposição de materiais, aperfeiçoou-se as instalações elétricas, e modificou-se o sistema de acondicionamento de papel toalha.

Elaborou-se ainda, um mural com desenhos e textos que ensinavam as pessoas como lidar com o estresse. (anexo 8).

A convite da orientadora, desenvolveu-se um seminário a cerca da Aids pediátrica, para a quinta unidade curricular, do curso de graduação em Enfermagem. Procurou-se estabelecer, conforme solicitação da orientadora, a relação entre a teoria e a realidade vivenciada no campo. Houve a participação ativa das colegas, colocaram suas experiências e dúvidas. Avaliaram positivamente o encontro.

Outra atividade realizada, foi a apresentação dos temas emergentes da prática assistencial, na disciplina de Contexto Social IV, onde discutimos as questões psicosociais do HIV/AIDS, com os colegas da VIII Unidade Curricular. Foram feitas muitas perguntas sobre a Aids na infância. Vários depoimentos de colegas manifestaram surpresa pela escolha da área e questionavam sobre nosso estado emocional. Parece que a questão Aids e criança está envolta de grande sofrimento com grande desgaste dos cuidadores. Nossas respostas enfocaram os aspectos positivos e gratificantes do contato com a criança e família, além de ser mais fácil lidar com a autenticidade da criança.

6. CONSIDERAÇÕES PARA ENFERMAGEM

Nossa vivência e observação, ao longo do desenvolvimento deste projeto assistencial nos levou a construção de recomendações referentes ao cuidado da criança e família com HIV/AIDS.

Para os cursos de Graduação em Enfermagem

- É fundamental que os cursos de graduação propiciem, no ensino de enfermagem pediátrica, conhecimentos e habilidades específicas ao cuidado da criança e família com HIV/AIDS, principalmente porque há pouca disponibilidade de bibliografia que fundamente o cuidado nesta área;

- Que os cursos de graduação e pós graduação desenvolvam estudos/ pesquisas que venham a se constituir como suporte da prática, principalmente em função de que AIDS se constitui num problema recente e de dimensões cada vez mais significativas;

- Que considere a possibilidade de continuidade de estágios e projetos, já que a interrupção e o tempo curto dos projetos pode se constituir numa frustração de possibilidades recém criadas;

- Recomenda-se também, que os cursos de graduação favoreçam o estudo, análise e o teste das teorias, o mais precocemente possível, enfatizando sua importância para o projeto da VIII Unidade Curricular.

Para a profissão enfermagem

- Se envolva mais com a problemática do HIV / AIDS, considerando seu compromisso no desempenho de papéis tais como informação, orientação, educação e conscientização das

peças na prevenção da contaminação, evitando a disseminação ou melhorando a sua convivência com a doença;

- Divulgue suas experiências, compartilhando as informações e ampliando as oportunidades de preparo profissional no cuidado da HIV/AIDS;

- Que reveja seus valores e crenças à cerca do HIV/AIDS, constituindo-se num verdadeiro apoio /assistência humanizada, à esta clientela, discriminada pelo preconceito, até nos próprios serviços de saúde.

Para a direção do HIJG e de Enfermagem , enquanto unidade assistencial de referência da AIDS pediátrica :

- Apoie a equipe do GAAP, estabelecendo uma política assistencial e administrativa, evitando que as dificuldades impostas ao seu trabalho, contribuam para prejudicar sua disponibilidade em executar um trabalho de qualidade;

- Disponha de um enfermeiro, definitivamente, no quadro do GAAP, uma vez que este profissional da saúde, pode desempenhar inúmeros papéis assistencial / educacional, na área do cuidado familiar em situação da HIV/AIDS. O Enfermeiro, ao prestar assistência à família e à criança com HIV/AIDS, necessita ter aprimoração das suas habilidades em perceber o ser humano como um ser total, inserido em um contexto sócio-cultural; e também precisa estar bem preparado técnica e cientificamente;

- Ampliar a equipe de enfermagem que atua na administração do tratamento da HIV/AIDS, favorecendo trabalho de melhor qualidade e menor estresse;

- Promover treinamento de equipe assistencial, que atua no ambulatório e em outras unidades do hospital, para que se tornem habilitados para o cuidado, além de se tornarem efetivamente, agentes de prevenção da AIDS pediátrica;

- Supervisionar a implantação das medidas de precaução universal a nível do setor de tratamento ambulatorial;

- Disponibilizar aos funcionários, recursos anti-estresse tais como rodízios e apoio psicológico especializado, em função das inúmeras demandas emocionais que ocorrem nesta área do cuidado em saúde.

Para a direção do Lar Recanto do Carinho

-Reconsidere a possibilidade de rever sua posição quanto ao não desenvolvimento de treinamentos específicos de seus funcionários ou de desenvolvimento de atividades educativas com as crianças. Valorizamos a proposta de que o “LAR seja um LAR”. Mas na prática, a criança e os funcionários sabem que este LAR tem suas especificidades ;

- Considere a possibilidade de ter em sua equipe um profissional da área de Enfermagem, que pudesse atender várias demandas da área da saúde que a criança apresenta no cotidiano do LAR (febre , administração dos medicamentos , cuidado de ferimentos ,.. ..).

7.CONCLUSÕES

Se por um lado cuidar da família com HIV/ AIDS foi desafiador, por outro nos oportunizou um grande crescimento pessoal. Os desafios estiveram ligados principalmente: ao desconhecimento da realidade; de estar fazendo atividades traumáticas; de constatar tão grande número de crianças infectadas e que a clientela se constituía de família tão jovens. As famílias tinham muitas necessidades, desejavam respostas e soluções. Isto nos fazia sentir exaustas ou consumidas em nossa energia.

Sentir que se podia ajudar, que se fazia bem, de ser alvo do sorriso sincero das crianças, a surpresa da solidariedade das famílias, principalmente de classe pobre, que estão adotando as crianças, conscientes de sua realidade, foi a parte gratificante do trabalho. E ainda, a coragem percebida, o desejo de lutar e viver e a esperança de se restabelecer, foram forças que observamos e nos ensinaram .

A preocupação está advinda, de ver a clientela crescendo tanto e não se está tendo notícias da mudança de comportamento das pessoas; a doença parece só se tornar realidade quando acontece a nível pessoal. Outra fonte de preocupação é a da atitude de pessoas na área da saúde: é difícil aceitar que possam estar com tantas dúvidas em pontos tão primários.

Com relação ao Marco Referencial e a Teoria do Alcance dos objetivos, consideramos seus conceitos fáceis de entender, aplicáveis à clientela com HIV/AIDS, pois ultrapassam as questões biológicas e permitem avançar nas questões psico- sociais emergentes deste processo de adoecer. Vimos que os conceitos se relacionam intimamente com todo o drama e dificuldades porque passam estas famílias, tais como self, percepção, estresse, papéis.

Os conceitos do marco, também possibilitaram identificar as manifestações dos clientes e tratá-los individualmente, forma holística, interrelacionado com outros indivíduos e inserido no seu contexto social.

Outro aspecto que consideramos significativo na utilização do marco referencial e teoria do Alcance de Objetivos de Imógene King, foi a oportunidade que oferece ao cliente, de definir problemas e objetivos e caminhar em direção a autonomia. Assim vimos as família aproveitando a oportunidade de pensar, analisar, discutir e buscar soluções para seus problemas, sem que as acadêmicas tivessem que agir de maneira intervencionista, já que o objetivo era o acordo entre cuidador e família.

Com relação ao tempo previsto para o desenvolvimento do projeto consideramos insuficiente em todas as etapas: planejamento, execução e relatório. Isto dificultou finalizar o processo com satisfação, havia muito mais o que fazer, principalmente de ver os sonhos se concretizarem na prática.

Avaliando a reação das famílias e equipe do GAAP sentimos que nossa presença foi positiva, que algum produto colheram do nosso trabalho.

8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALCÂNTARA, Eurípedes. Enfim, a esperança. *Revista Veja*, nº 28, p.88-96, jul. 1996.
2. ALEXANDRINO, Aline. Crianças com AIDS um Drama Punjente. *Ciência Hoje*, São Paulo, v.11, n.62, 1992.
3. AMOEDO, Carlos. AIDS: a ciência vira o jogo. *Revista Saúde*, São Paulo, n.153, p.61-75, jun. 1996.
4. BRUNNER & SUDDARTH. *Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. p.1165-1182.
5. CARTER, Betty, GOLDRICK, Monica MC & Colaboradores. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.372-414.
6. DRESLER, D.E. & BOENER, N.R. *O significado de cuidar do paciente com AIDS: Uma perspectiva ou compreensão*. Mimeo, 1986 . p.27.
7. FILHO, J.P.P & BOMBONATTI, T.A . O sinal dos tempos. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). *Rev Bras. Clin. Terap.*,v.14, n.6, p.180-81, jun, 1985.
8. GEORGE, Julia B & Colaboradores. *Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p.174-187.
9. IANASE, Maurício Matthiesen, et al. A AIDS em Otorrinolaringologia. *Revista Âmbito Hospitalar*, São Paulo, n.80, nov.1995.

22. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Ação anti - AIDS: Cuidando das crianças*. Rio de Janeiro, n.27, 1995.
23. PEDROSONI, Elisete Silva, PIRES, Monica Adalberto & GOVER, Jelga G. AIDS: Estudo da epidemia na cidade de São Carlos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v.48, n.2, p.121- 126, abr-jun, 1995.
24. ROCHA, M.L. *Assistência de enfermagem à pacientes traumato - ortopédicos, baseada no marco conceitual de Imógene King*. Florianópolis: UFSC, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.
25. SANTOS, Sílvia M^a Azevedo. *Prática Assistencial de Enfermagem à idosos crônicos, fundamentada no marco conceitual de King*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
26. SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, *Diário Oficial da União*, n.166, Portaria n.97, p.13.265-6, ago, 1995.
27. SILVA, Alcione Leite da. *Experenciando o cuidado do cliente com SIDA, com base no sistema conceitual de Rogers*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1990.
28. SISAN: Sistema de Informações de Agravos de Notificação. *Incidência de casos notificados por áreas geográficas*. Santa Catarina, 1996.
29. SPÍNDOLA, Thelma & BORBA, Lissonja Cassilda. Aids e a Assistência de Enfermagem na percepção dos profissionais. *Revista Âmbito Hospitalar*, n.65, ago. 1996.
30. WHALEY & WONG. *Enfermagem Pediátrica*. 2^a ed, Rio de Janeiro, Guanabara, 1989, p.665.

10. KOLLER, Evelyn Marlene Pereira. *Prática do cuidar/cuidado no cotidiano da C/F sob impacto do vírus HIV*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1990.
11. LEITE, Josete Luzia, et al. *Reflexões sobre o impacto da AIDS na equipe de saúde*. Associação Brasileira de Enfermagem : 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Florianópolis, 1989.
12. LIMA, M.L., et al. *Cuidado de Enfermagem aos portadores de HIV/AIDS no hospital e domicílio*. Relatório da VII Unidade Curricular- Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.
13. MEDEIROS, Rosalva Rocha de. *Ação anti-AIDS: criança e AIDS*. Rio de Janeiro, n.27, 1995.
14. MINISTERIO DA SAUDE, Portaria nº 236, maio, 1985.
15. MINISTERIO DA SAUDE, Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAM, Programa Nacional de Incentivo ao aleitamento materno - PNIAM. *Concepção, evolução e perspectivas*. Brasília, 1991.
16. MINISTÉRIO DA SAUDE, Programa Nacional de Controle de DST/AIDS: *Aprendendo a conviver com as DST/AIDS*. Brasília, 1992.
17. MINISTERIO DA SAUDE. *Guia de condutas clínicas em AIDS- crianças*. Brasília: PN DST/AIDS, 1994.
18. MINISTERIO DA SAÚDE. *AIDS uma epidemia em mutação*. Rio de Janeiro, 1996-a.
19. MINISTERIO DA SAÚDE. *Do cenário ético, legal e administrativo das tiragens sorológicas para detecção do vírus HIV*. Brasília, 1996-b.
20. MINISTERIO DA SAUDE. *Guia de condutas clínicas nos casos de mulheres grávidas com HIV/AIDS*. Brasília, 1996-c.
21. OLIVEIRA, Maria de Coreto Campos & VIEIRA, Eloise Cristiane Boniel. *Atenção de Enfermagem na organização, tratamento e administração de Imunoglobulina em crianças portadoras de HIV*. *Revista Âmbito Hospitalar*, São Paulo, n.78, set.1995

ANEXO 1

TABELA IV
Distribuição proporcional dos casos de AIDS segundo sexo e idade
Brasil 1980-1996*

Grupo etário (Anos)	Sexo				TOTAL	
	Masculino		Feminino			
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
Menor de 1	506	0,7	481	3,1	987	1,2
1 a 4	571	0,8	545	3,6	1116	1,3
5 a 9	250	0,4	136	0,9	386	0,5
10 a 12	121	0,2	31	0,2	152	0,2
13 a 14	92	0,1	13	0,1	105	0,1
15 a 19	1441	2,1	443	2,9	1884	2,3
20 a 24	7182	10,6	2270	14,8	9452	11,4
25 a 29	14489	21,5	3415	22,3	17904	21,6
30 a 34	15300	22,7	2945	19,2	18245	22,0
35 a 39	11189	16,6	1991	13,0	13180	15,9
40 a 44	7267	10,8	1250	8,2	8517	10,3
45 a 49	4004	5,9	729	4,8	4733	5,7
50 a 54	2097	3,1	469	3,1	2566	3,1
55 a 59	1269	1,9	257	1,7	1526	1,8
60 e mais	1205	1,8	276	1,8	1481	1,8
Ignorado	538	0,8	80	0,5	618	0,7
Total	67521	100,0	15331	100,0	82852	100,0

(* 1996 (Dados preliminares até a semana 22, terminada em 01/06)
 Dados sujeitos à revisão

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE

ANEXO 2

TABELA XVII
Distribuição dos casos de AIDS e óbitos conhecidos por ano de diagnóstico Brasil. 1980-1996

Ano de diagnóstico	Adultos/Adolescentes			Crianças < 13 anos			Total		
	Casos	óbitos	proporção de óbitos conhecidos	Casos	óbitos	proporção de óbitos conhecidos	Casos	óbitos	proporção de óbitos conhecidos
1980	1	1	100,0	-	-	-	1	1	100,0
1981	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1982	9	5	55,6	-	-	-	9	5	55,6
1983	40	37	92,5	1	8	-	41	37	90,2
1984	134	109	81,3	10	8	80,0	144	117	81,3
1985	519	401	77,3	18	15	83,3	537	416	77,5
1986	1079	787	72,9	32	21	65,6	1111	808	72,7
1987	2408	1725	71,6	95	66	69,5	2503	1791	71,6
1988	3990	2873	72,0	149	99	66,4	4139	2972	71,8
1989	5426	3692	68,0	174	118	67,8	5600	3810	68,0
1990	7480	4877	65,2	269	141	52,4	7749	5018	64,8
1991	10062	5818	57,8	308	159	51,6	10370	5977	57,6
1992	12285	6290	51,2	330	145	43,9	12615	6435	51,0
1993	13524	6302	46,6	395	163	41,3	13919	6465	46,4
1994	13496	4998	37,0	481	135	28,1	13977	5133	36,7
1995	9339	2453	26,3	356	89	25,0	9695	2542	26,2
1996	419	83	19,8	23	8	34,8	442	91	20,6
Total	80211	40451	50,4	2641	1167	44,2	82852	41618	50,2

(*) 1996 (Dados preliminares até a semana 22, terminada em 01/06)

Dados sujeitos à revisão

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE.

TABELA III
Distribuição dos casos de AIDS segundo ano de diagnóstico,
faixa etária e razão por sexo - Brasil. 1980-1996*

Ano de Diagnóstico	Número de casos **						Total					
	Menores de 13 anos			13 a 49 anos			Maiores de 50 anos					
	Mas.	Fem.	M/F	Mas.	Fem.	M/F	Mas.	Fem.	M/F			
1980	-	-	-	1	-	1/-	-	-	-	1	-	1/-
1981	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1982	-	-	-	9	-	9/-	-	-	-	9	-	9/-
1983	1	1	1/-	36	1	36/1	-	-	-	40	1	40/1
1984	9	1	9/1	118	4	30/1	3	-	-	139	5	28/1
1985	15	3	5/1	453	14	32/1	36	1	1	504	18	28/1
1986	24	8	3/1	920	50	18/1	80	5	5	1024	63	16/1
1987	72	23	3/1	1933	203	10/1	168	21	21	2173	247	9/1
1988	81	68	1/1	3230	407	8/1	247	33	33	3558	508	7/1
1989	111	63	2/1	4389	551	8/1	351	71	71	4851	685	7/1
1990	157	112	1/1	6022	840	7/1	464	60	60	6643	1012	7/1
1991	166	142	1/1	7841	1415	6/1	565	102	102	8572	1659	5/1
1992	181	149	1/1	9328	2044	5/1	680	153	153	10189	2346	4/1
1993	206	189	1/1	9953	2618	4/1	728	190	190	10887	2997	4/1
1994	249	232	1/1	9843	2711	4/1	723	209	209	10815	3152	3/1
1995	165	191	1/1	6601	2095	3/1	492	150	150	7258	2436	3/1
1996	11	12	1/1	287	103	3/1	22	7	7	320	122	3/1
Total	1448	1193	1/1	60964	13056	5/1	4571	1002	1002	66983	15251	4/1

(*) 1996 (Dados preliminares até a semana 22, terminada em 01/06)

**Excluindo 618 casos de idade ignorada assim distribuídos segundo sexo : 538 do sexo masculino e 80 do sexo feminino
 Dados sujeitos à revisão

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE

ANEXO 4

US-SANTA CATARINA
 INAN-SISTEMA DE INFORMACOES DE AGRAVOS DE NOTIFICACAO
 Diretoria de Vigilancia Epidemiologica

PAGINA :
 DATA : 29/08/96

INCIDENCIA (100.000 hab) DE CASOS NOTIFICADOS POR AREA GEOGRAFICA.

ANO DE PROCESSAMENTO: 90 AGRAVO : 2791-AIDS
 SEM. EPIDEMIOLOGICA : 01/84 a 30/96 (Incluidos casos com semana ignorada)
 UF DE RESIDENCIA : SC - SANTA CATARINA

REGIONAL DE RESIDENCIA	No. CASOS	INCIDENCIA
IGNORADO	130	Sem Pop.
01 - AMAI - Xanxerê	3	2.33
02 - AMARP - Viderira	11	8.31
03 - AMAUC - Concordia	5	3.74
04 - AMAVI - Rio do Sul	30	13.51
05 - AMEOSC - S.M.D'Oeste	4	2.15
06 - AMESC - Araranguá	22	16.26
07 - AMFRI - Itajaí	9 ^o 860	330.55 12 ^o
08 - AMMOC - Joaçaba	18	11.28
09 - AMMVI - Blumenau	4 ^o 265	62.44 4 ^o
10 - AMOSC - Chapecó	24	7.14
11 - AMPLA - Mafra	8	8.25
12 - AMREC - Criciúma	238	88.04 3 ^o
13 - AMUNESC-Joinville	3 ^o 280	58.69
14 - AMUREL - Tubarão	103	36.27
15 - AMURES - Lages	77	28.32
16 - AMURC - Canoinhas	14	7.65
17 - AMVALI - Jaraguá do Sul	37	28.12
18 - GRANPOLIS- Florianópolis 1 ^o	1 ^o 992	162.79 3 ^o
TOTAL	3.121	70.21

FORTE: SISAN, 1996.

Incidência

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de casos} \times 100.000}{\text{população}}$$

ANEXO 5

Quadro 1

- Controlar e anotar o peso da criança
Este controle é necessário, pois através dele se estabelece a dose a ser administrada
 - Controlar sinais vitais
Devem ser observados rigorosamente, servindo de parâmetro para detecção de alterações que podem ser causadas pela droga
 - Oferecer e observar aceitação hídrica e alimentar
Para suprimento de necessidades metabólicas
 - Preparar a droga conforme dose prescrita e especificação do fabricante
A medicação deve ser utilizada imediatamente após seu preparo
 - Efetuar venopunção periférica
A medicação deve ser infundida em via exclusiva
 - Controlar o gotejamento da droga infundida
Deve ser controlado de acordo com a especificação do fabricante, pois uma velocidade incorreta pode provocar reações adversas
 - Observar presença de reações adversas e/ou efeitos colaterais
A detecção precoce vai evitar complicações tardias
 - Observar presença e características de eliminações fisiológicas
Alterações nas características de eliminações normais podem indicar efeitos colaterais
 - Oferecer apoio psicológico
O ambiente hospitalar causa ansiosos, traumas e medo aos pacientes. Devemos trabalhar o lado psicológico destas crianças com atividades (no serviço estudado este apoio é fornecido por uma equipe de psicologia) para minimizar as tensões do ambiente
 - Agendar próxima aplicação
O tratamento consiste em uma aplicação mensal
 - Encaminhar a criança para consulta ambulatorial
A consulta é importante para o acompanhamento do quadro clínico da criança
-

ANEXO 6

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

1. Porque veio ao hospital ?
2. Como está se sentindo agora ?
3. O que sabe sobre a sua doença ? ou doença do filho ?
4. Como a sua doença / do filho , mudou sua vida ?
5. O que mudou no relacionamento com a família, a comunidade e o trabalho após a descoberta da doença ?
6. O que mais lhe incomoda atualmente ?
7. O que pensa sobre você e o que pode acontecer ?
8. O que acha que pode ajudar na sua melhora ?
9. Quem poderia ajudar ?
10. Quais os recursos que dispõe e o que faz para melhorar sua condição ?
11. Houve algum aprendizado para sua vida ?
12. Qual as suas dúvidas e o que o enfermeiro pode fazer por você ?

ANEXO 7

PRECAUÇÕES UNIVERSAIS

1. Lavagem das mãos

Lavar as mãos por 10 segundos com água e sabão na água corrente, antes de tocar no paciente, e toda vez em que as mãos ficarem sujas, ou ao tocar em superfícies cutâneas contaminadas com sangue e secreções orgânicas.

2. Luvas

Calçar luvas antes de tocar em mucosa e pele não-íntegra.

Usar luvas sempre em que as mãos possam entrar em contato com secreções ou fluídos orgânicos.

3. Máscaras, aventais e protetores oculares.

Devem ser usados nos procedimentos em que gotículas de sangue e fluídos corporais, possam atingir a mucosa oral, nasal e ocular, além de sujar a roupa ou pele.

4. Agulhas e lâminas

- Desprezar em recipientes rígidos, resistentes à perfuração, o mais próximo possível. Não recobrir, manipular ou retirar as agulhas usadas da seringa.

5. A mostras Laboratoriais

- Devem ser manipuladas com grande cuidado, usando luvas.

- Ao levá-las para o laboratório, devem estar em saco plástico fechado, as que quebrarem ou vazarem, devem ser colocadas num pequeno saco plástico, e levadas diretamente para o laboratório, para serem desprezadas.

NORMAS DE BIO SEGURANÇA PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE

- Ferimentos causados por agulha ou objeto cortante contaminado, lavar bem o local com água e sabão, e comunicar ao chefe do setor imediatamente.
- Quando o profissional de saúde for limpar ou tocar em secreções ou fluídos corporais, deve sempre usar luvas.
- Equipamentos e instrumentos contaminados, devem ser colocados em solução de hipoclorito 1% ou glutaraldeído 2% antes de serem enviados para manutenção (E. etiqueta “Conserto autorizado” e “risco de infecção”)
- Roupas e lençóis contaminados, devem ser colocados em saco de alginato e saco plástico vermelho, que será amarrado e rotulado “risco de infecção”.
- Profissionais de saúde grávidas devem ser especialmente cuidadosas, aderindo às medidas de precauções universais.

ROTINA PARA VERIFICAÇÃO DOS SINAIS VITAIS

- Temperatura axilar.

Rotina \Rightarrow - Enxugar a axila do paciente .

- Colocar o termômetro, com o bulbo bem embaixo da axila .

- Manter por 7 a 10 min.

- Ler o resultado.

- Fazer a limpeza do termômetro .

Pontos Importantes.

- Observar antes de colocar o termômetro no paciente, que a coluna de mercúrio fique abaixo dos 35°C.

- Verificar a temperatura antes e após administrar medicação.

- Valor normal = entre 35°C e 37°C.

PULSO

* Pulso Apical

Rotina: - Colocar o estetoscópio no lado esquerdo do tórax, na linha claviclar no 5º espaço intercostal.

- Segurar o relógio de maneira visível e contar as batidas durante 1 minuto..

* Pulso Radial

Rotina: - Colocar os dedos indicador, médio e anular sobre a artéria, fazendo leve pressão.

- Constatar o ritmo e a tensão, procedendo a contagem, durante 1 minuto ou 15 seg, se o pulso for ritmico.

Pontos Importantes.

- Em Caso de dúvidas, repetir a operação.
- Verificar pulso antes e após administrar medicação.

Limites: adultos - 60 a 90 bpm

recémnascido - 130 a 140 bpm

1o ano - 110 a 130 bpm

3 a 5 anos - 80 a 100 bpm

6 a 11 anos - 70 a 90 bpm

RESPIRAÇÃO

Rotina: - Não deixar o paciente perceber a contagem, para não alterar o ritmo .

- Observar os movimentos resp. E contar durante 1 minuto.

Pontos Importantes

- Verificar a respiração antes e após, administrar medicação.

Limites:

- Recémnascido: 40 a 45 mpm

lactente: 25 a 35 mpm

pré escolar: 20 a 25 mpm

escolar: 18 a 20 mpm

adulto: 16 a 18 mpm

Antibioticoterapia (E.V)

Medicamento	Diluição	Tempo de administração	Estabilidade	Observação
Amnicacina (novamin)	-Reconstituir em 2ml de A.D. -Diluir no mínimo em 15ml de SG ou SF.	-De 30 a 60 minutos. -Usar bureta graduada.	24 horas em geladeira	-Infusão lenta. -Risco de toxicidade.
Ampicilina (Binotal)	Diluir em até 10 ml	-Em seringa de 5 a 10 minutos. -Infusão durante 30 minutos.	Até 6 horas em geladeira, ou 2 horas à temp. ambiente.	-Infusão lenta. -Pode ocasionar convulsões e reações alérgicas.
Cefazolina (Kefazol)	-Reconstituir cada grama em 10 ml de A.D -Diluir em 50-100ml para infusões (SG/SF).	-Na seringa de 3 a 5 minutos. -Na infusão de 15 a 60 minutos.	24 horas na temp. Ambiente e 10 dias refrigerada.	-Agitar bem para reconstituir. -Observar flebite, dor, náuseas
Cefalotina (Keflin)	-Reconstituir em 4,6 ml e e acrescentar 10 ml de SF/SG p/ cada grama. -Para infusão até 50 ml de SF/SG.	-de 3 a 5 minutos na seringa, na infusão de 10 a 30 minutos.	Após diluição 12 horas em temp. ambiente, ou 4 dias na geladeira.	-Flebite, dor, distúrbios gastrointestinais.
Cefotoxima (Claforam)	-Recontituir em 10ml de AD e -diluir em 50-100 ml de SF//SG.	-20 a 30 minutos ou na seringa em 3 a 5 minutos.	24 horas em geladeira.	-Não administrar, se apresentar coloração marron.

Cefoxitina (Mefoxin)	-Reconstituir em 9,6ml de AD, após diluir com 50-150ml de SF 0,9%.	-Administra com seringa, em 3 a 5 minutos. -Na infusão, de 15 a 30 minutos	24 Horas à temperatura ambiente, e 96 horas em geladeira .	
Ceftazidime (Fortaz)	-Reconstituir com 10 ml de AD, e após diluir com 50-100ml SG5%, SF 0,9% .	-Administrar durante 3 a 5 minutos, com seringa. -Na infusão, por 30 minutos.	Estável até 24 horas à temperatura ambiente, e 7 dias em geladeira .	-Retirar o gás no preparo se houver formação.
Ceftriaxona (Rocefin)	-Reconstituir com 10ml de AD, e acrescentar mais 10ml de soro para cada grama .	-Administrar com seringa, durante 2 a 4 minutos ou infusão durante 30 minutos.	Estável 24 horas em geladeira. (5°C), 6 horas temp. amb.	-Na IM diluir em 2 a 4ml de lidocaína. -Náuseas, vômitos.
Clindamicina (Dalacin)	-Diluir cada 300 mg em 50 ml de SG 5% ou SF 0,9% .	-Administrar com bureta graduada, em infusão durante 30 minutos.	24 horas em geladeira.	-A administração EV rápida pode causar problemas cardíacos e hipotensão.
Cloranfenicol (Quemicefina)	-Reconstituir cada grama em 10ml de AD, após retirar a dose, e diluir com soro (50 ml) .	-Administrar com seringa, durante 3 minutos, ou de 3 a 6 minutos em infusão.	24 horas em geladeira	-Precipita ao se misturar com aminofilina. -Não administrar soluções turvas.
Oxacilina (Staficillin)	-Reconstituir cada grama em 10ml de água, diluir após com 5ml de soro para cada 500mg infusão 500ml .	-Administra com seringa, durante 3 a 5 minutos. -Ou infusão em 2 a 3.	24 horas em geladeira	
Sulfamatoxaz OI + Trimetoprin (Bactrin)	-Acrescentar 25 ml de SF ou SG, para cada ml da solução ampola.	-Administrar a infusão com bureta graduada, durante 30 a 60 minutos.	Não guardar	-Efeito: náusea, vômito, febre, reações alérgicas
Aztreonam (Azactam)	-Reconstituir e diluir cada grama, em 50 ml de soro S,F e SG 5% .	-Administrar em perfusão durante 30 a 60 minutos, ou com seringa em 3 a 5 minutos .	Reconstituído: 48 horas em temperatura ambiente, e 7 dias em geladeira.	-Segundo o tipo de solução, pode aparecer uma coloração amarela ou rosada, que não afeta a potência.

Carbenicilina	Diluir em 9,6 ml para um volume total de 10 ml, e acrescentar 10 ml de diluente para cada grama.	Administrar em perfusão durante 20 minutos.	Reconstituído 72 horas em temperatura ambiente e 14 dias em geladeira.	
Sulfato de tobramicina (Tobramicina)	Acrescentar 1ml de soro para cada mg prescrita diluir em 50 a 100 ml de SG ou SF	Administrar por infusão durante 20 a 60 min.	Não guardar	-Não deve ser misturada previamente com outras drogas. -Administração rápida, aumenta sua toxicidade.
Cefuroxina sódica (Zinacef)	Dissolver em 6ml de água bidestilada, e acrescentar para cada 1,5g 50 ou 100ml de água para injeções.	Administrar durante 3 a 5 min em seringa, ou em bureta graduada quando dose superior a 1,5g durante 30 min	Após diluição 5 horas em temperatura ambiente e 48 horas em geladeira.	-As soluções do preparo recente, são amarelas. -Variações na intensidade da cor, não indicam alteração quanto sua eficácia.

Guia de Administração da Imunoglobulina E.V.

Preparo e tempo de diluição	Tempo de administração	Estabilidade	Observações
Diluir conforme prescrição médica, 20 a 30 minutos	Nos primeiros 15 minutos (10 a 20 gts/min) e aumentar gradualmente até 50 gts/min. De 2 a 3 horas	Fotossensível. Após diluição utilizar em seguida .	-Evitar infusões rápidas . -Não misturar outro medicamento. -Pode ocorrer reação anafilática, com febre, calafrios, náuseas, sudorese, dispnéia, rubor, apatia, agitação.

Guia de Administração (E.V) da terapêutica utilizada em pacientes com HIV/AIDS.

Medicamento	Diluição	Tempo de Administração	Estabilidade	Observação
Aciclovir (Zovirax)	Reconstituir no frasco e diluir com 50ml de SG ou SF.	Infusão contínua por 1 hora usar bureta	Reconstituído: 24 horas Diluído: 12 horas Temp. ambiente	Distúrbios gastrointestinais, tontura, flebite.
Ganciclovir (Cytovene)	Reconstituir 10 ml A.D, usar filtro de 5 micra na diluição C/SF ou SG (50ml).	1 Hora	Reconstituído: 12 hs em temp. Amb.diluído: 24 horas em geladeira	Cefaléia, confusão mental, convulsões, anemia. Manipular a droga com luvas e óculos, possui características teratogênicase carcinogênicas.
Anfotericina B (fungison)	Reconstituir em 10 ml de A.D, acrescentar 50 ml de SG 5% para cada ml de solução.	Infusão lenta proteger da luz de 2 a 6 horas	Reconstituído: 7 dias geladeira ou 24 horas temp. amb.	Na 1ª dose, monitorizar sinais vitais a cada 30'. Calafrios, hipotensão, náusea, vômito, cefaléia, febre, flebite. A droga é termolábil e fotossensível.
Pentamidina. (Pentacarinad, pentam)	Reconstituir em 5 ml de A.D. Diluir em 50-250 ml de Sg-5% ou SF 0,9%.	Infusão lenta proteger da luz de 2 a 6 horas	24 hs na geladeira após diluição.	Uso de luvas, mascaras e óculos na manipulação. Na via IM, pode causar abscesso. Hipotensão, hipoglicemia graves.

Resumo dos métodos de desinfecção preferidos para procedimentos

Local	Método preferido	Comentário	Frequência	Responsável
Mãos	devem ser lavadas imediatamente, após qualquer contaminação com sangue ou fluidos. Sabão, água e cuidados com secagem são suficientes.	A desinfecção das mãos com clorexidina é essencial, após contato com qualquer paciente, bem como os imunocomprometidos.	Antes e após e contato com o paciente.	Todos.
Preparação de pele para injeção	Apenas álcool a 70%, se a pele estiver limpa.	Lave com água e sabão, se o local estiver sujo, antes de passar o álcool.	Antes de aplicar a injeção.	Equipe de Enfermagem
Preparação de pele, para infusão E.V., coleta de sangue, etc...	Esfregue com álcool a 70% durante 30", deixe secar.	Limpar no sentido do retorno venoso.	Antes da punção.	Equipe de Enfermagem

Resumo dos métodos de desinfecção preferidos em materiais.

Equipamento ou local	métodos preferidos	comentários	frequência	responsável
Travesseiros com capa	Limpar com álcool a 70% .	Trocar a fronha e após limpar.	Entre um paciente e outro .	Equipe de enfermagem
Bandejas de curativo e carrinhos	Esfregar com álcool a 70% .		1 vez ao dia .	Equipe de enfermagem
Termômetros clínicos	Esfregar com algodão embebido em álcool a 70% .	-Se o uso for retal, lavar com água e sabão e após esfregar com álcool. -A limpeza deve partir do corpo ao bu lho.	Entre um paciente e outro .	Equipe de enfermagem ou usuário.
Estetoscópio	Esfregar com álcool a 70% .		Após o uso .	Equipe de enfermagem ou usuário
Otoscópio.	Lavar com água e sabão e após limpar com álcool a 70% .	-Se usado quando na presença de secreção, deixar em solução de água e sabão, e após fazer desinfecção.	Entre um paciente e outro .	Equipe de Enfermagem ou usuário

* LIXO CONTAMINADO: restos de curativos, sondas (SNG; SV; SA), algodão, gaze, os recipientes rígidos fechados com material pérfuro-cortante, seringas com sangue, luvas, coletores de urina e sondas, bolsa de colostomia, dispositivos intra venosos não cortantes.

* LIXO COMUM: papel toalha, papel higiênico, luvas, embalagens de alumínio, algodão limpo, gaze limpa, cascas de frutas, restos de lanches de funcionários, embalagens longa vida (embalagens em caixinhas).

* Lixo Pérfuro cortante => agulhas, escalpes, abocath, ampolas quebradas, estilete.

Resumo dos métodos de desinfecção preferidos em superfícies.

Equipamento ou local	Métodos preferidos	Comentários	Frequência	Responsável
pisos	esfregão de pano, de algodão seco para retirar a poeira. Solução com detergente.	não usar vassouras em áreas clínicas; usar hipoclorito a 1% para áreas sabidamente contaminadas.	1 vez por dia ou quando estiver visivelmente sujo.	Serventes
armários	Limpe a poeira com solução de detergente.	usar hipoclorito a 1% após respingos com fluidos corpóreos.	1 vez por dia .	Serventes
Decontaminação de fluidos corpóreos .	Descontamine o local com hipoclorito. Use luvas de borracha e limpe com papel absorvente.	não se ajoelhe , para evitar cortes. Use pá se houver vidro quebrado.	quando necessário .	Serventes
banheiros	Limpar com produto clorado, não abrasivo		1 x ao dia, e quando necessário .	Serventes
camas, macas, cadeiras e poltronas	Limpe com álcool a 70% .	Trocar o lençol e, após limpar.	Entre um paciente e outro .	Equipe de Enfermagem
pias e lavatórios	Limpar com álcool a 70% .		a cada troca de plantão .	Equipe de enfermagem

COMO LIDAR COMO

STRESS

Quando o "stress" de fato ocorre, é importante reconhecê-lo e saber lidar com ele. Aqui vão algumas sugestões. Quando começar a compreender como o "stress" o afeta, você desenvolverá suas próprias idéias de como aliviar a tensão.



Se você estiver
diante de um
problema além
de seu controle

e que não pode ser modificado no momento, não lute contra ele. Aprenda a aceitá-lo — por enquanto — até chegar o momento em que possa resolvê-lo.



Conversar com
alguém sobre seus
problemas e
preocupações ajuda.

Talvez um amigo, uma pessoa da família, um professor ou conselheiro possam ajudar você a ver seu problema sob um ângulo diferente. Se você acha que seu problema é grave, é melhor procurar a ajuda profissional de um psiquiatra, psicólogo ou assistente social. Saber quando procurar este tipo de ajuda pode evitar problemas mais graves no futuro.



Quando você
estiver nervoso,
com raiva ou
chateado,

reduza a pressão através de exercícios ou atividade física. Correr, caminhar, jogar tênis ou trabalhar no jardim são algumas atividades adequadas para isso.

O exercício físico alivia a sensação de "opressão", relaxa e ajuda a transformar as contrações faciais em sorrisos. Lembre-se de que seu corpo e sua mente trabalham juntos.



Você é especial.
Repouse o
suficiente e
alimente-se

bem. Se ficar tenso e irritável por dormir pouco, ou se não se alimentar corretamente, você terá menor capacidade de lidar com situações estressantes. Se o "stress" prejudicar seu sono continuamente, procure a ajuda de seu médico.



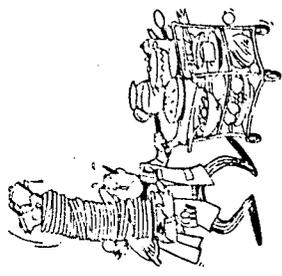
Talvez sim, mas isso é verdade. Sem "stress" a vida seria monótona e sem atrativos. O "stress" adiciona sabor, desafio e oportunidade à vida. "Stress" em demasia, entretanto, pode afetar gravemente o seu bem-estar físico e mental.

Um grande desafio neste estressante mundo atual é fazer o "stress" em sua vida trabalhar a seu favor e não contra você.

O "stress" nos acompanha quase todo o tempo. Provém da atividade mental ou emocional e da atividade física. É exclusivo e individual para cada um de nós. Tão individual, de fato, que o que pode ser relaxante para uma pessoa, pode ser estressante para outra. Por exemplo, se você for um executivo atarefado que gosta de se manter ocupado o tempo todo, "ficar ocioso" na praia, em um lindo dia, pode fazê-lo sentir-se extremamente frustrado, não-produtivo e chateado. Você pode ficar emocionalmente tenso por "estar sem fazer nada". "Stress" emocional em excesso pode produzir doenças físicas, tais como hipertensão arterial, úlceras ou mesmo doenças do coração; o "stress" físico produzido pelo trabalho ou exercício provavelmente não causa estes distúrbios. A verdade é que o exercício físico pode ajudá-lo a relaxar e a controlar o seu "stress" emocional ou mental.

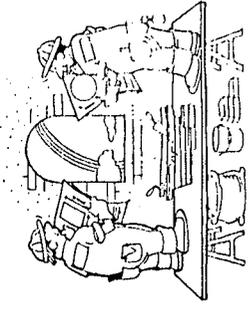
O médico Hans Selye, um especialista reconhecido nesta área, definiu "stress" como "uma resposta inespecífica do organismo a uma solicitação". O importante é aprender como nosso organismo reage a tais solicitações. Quando se torna prolongado ou particularmente frustrante, o "stress" pode tornar-se nocivo — causando angústia, ou seja, "stress" ruim.

Reconhecer os primeiros sinais de tensão e então fazer algo a respeito pode significar uma importante diferença na sua qualidade de vida e até mesmo influenciar sua sobrevivência.



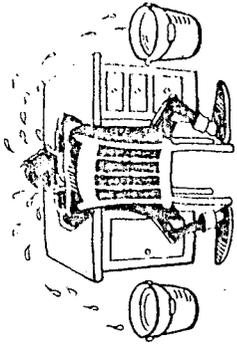
Tentar fazer tudo ao mesmo tempo pode ser estressante e, como resultado, você acaba não conseguindo fazer nada.

Ao invés disso, organize uma lista das tarefas que você tem que realizar e então faça uma de cada vez, eliminando-a da relação até completar todas. Dê prioridade às mais importantes e faça-as primeiro.

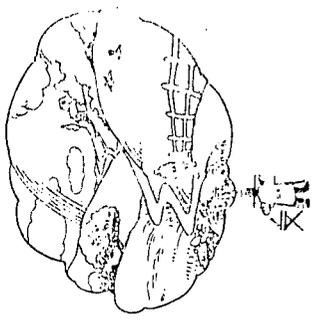


As pessoas o chateiam — principalmente quando não fazem as coisas do seu jeito?

Tente a cooperação ao invés da confrontação; é melhor do que lutar e estar sempre "certo". Um pouco de concessão de ambos os lados reduz a tensão e faz com que os dois se sintam mais confortáveis.

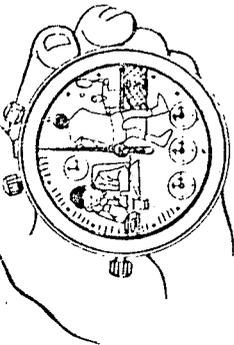


Chorar pode ser uma forma saudável de aliviar a ansiedade e pode até mesmo evitar uma enxaqueca ou outra consequência física de seu estado emocional. Procure inspirar profundamente, isto também alivia a tensão.

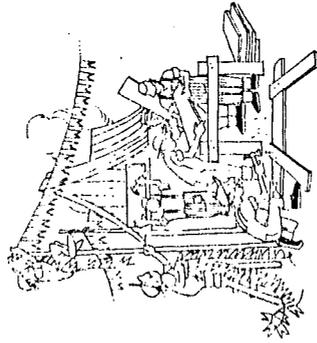


Você não pode fugir sempre dos problemas ou dificuldades, mas pode "sonhar o sonho impossível". Você pode pintar mentalmente (ou na tela mesmo) uma cena tranqüila num campo, para escapar de uma situação conflituosa ou estressante.

Mude de cenário lendo um bom livro ou ouvindo música agradável, para criar sensação de paz e tranqüilidade.



Programa tempo para o trabalho e tempo para recreação. O lazer pode ser tão importante para o seu bem-estar quanto o trabalho. Você necessita de distrações na sua rotina diária de trabalho para relaxar e evitar o "stress".



Uma forma de evitar o tédio ou se sentir triste e solitário

é ir onde as coisas estão acontecendo. Ficar sentado sozinho, sem fazer nada, pode deixá-lo frustrado. Ao invés de sentir pena de si mesmo, tente participar de algo bom e produtivo.

Envolva-se com pessoas que precisem de você. Ofereça seus préstimos à vizinhança ou participe de organizações assistenciais como voluntário. Ao ajudar os outros você está ajudando a si próprio.

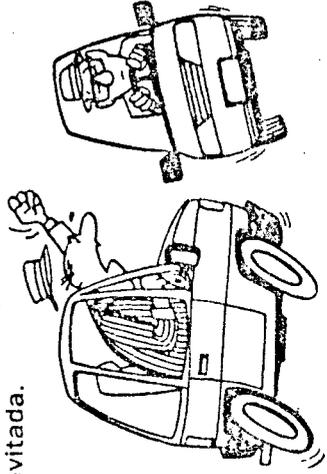
Envolvendo-se com o mundo e com as pessoas ao seu redor, você descobrirá que elas apreciam a sua iniciativa e isso abrirá portas para você fazer novas amizades e desfrutar de uma vida mais interessante.

Para usar o "stress" de forma positiva e evitar que ele se torne angústia, você deve se tornar consciente de suas próprias reações aos eventos estressantes. O organismo reage ao "stress" através de três estágios:

1) alerta; 2) resistência; 3) exaustão.

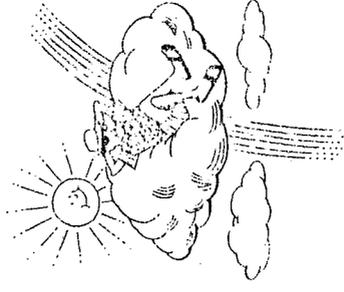
Vamos tomar o exemplo de um motorista típico em horário de grande movimento. Se um carro subitamente avança o sinal à frente dele, a reação de alerta inicial que ele tem pode incluir medo de um acidente, raiva do infrator e frustração. O organismo pode responder ao estado de alerta com a liberação de hormônios na corrente sanguínea, o que causa rubor facial, transpiração, sensação de aperto no estômago e tensão muscular nos braços e pernas.

O estágio seguinte é de resistência, no qual o organismo repara o distúrbio produzido pelo "stress". Se, entretanto, o "stress" no trânsito tiver seqüência, por contingências como a atividade cotidiana ou congestionamentos frequentes, o organismo não terá tempo suficiente para se restabelecer. O indivíduo pode se tornar tão condicionado a esperar problemas potenciais ao dirigir, que fica tenso cada vez que se sentar ao volante, podendo vir a desenvolver uma (ou mais de uma) das doenças do "stress", como enxaqueca, hipertensão arterial, lombalgia ou insônia. Embora seja impossível viver completamente livre de "stress" ou angústia, é possível evitar-se alguma tensão bem como minimizar seu impacto quando ela não puder ser evitada.



Apesar de você poder usar medicamentos para aliviar a tensão

temporariamente, lembre-se de que os remédios nem sempre removem as condições causadoras do "stress". Alguns medicamentos, na realidade, podem criar hábito e produzir, mais do que aliviar, o "stress". Remédio só deve ser tomado quando prescrito pelo seu médico.



A melhor estratégia para evitar o "stress" é aprender a

relaxar. Infelizmente muitas pessoas tentam relaxar no mesmo ritmo em que conduzem o resto de suas vidas. Por algum tempo desligue-se de suas preocupações com agendas, produtividade e com aquela filosofia de "fazer a coisa certa". Dê a si mesmo uma chance de sentir prazer em somente "ser", sem esforço. Descubra atividades que lhe dêem satisfação e que sejam boas para seu bem-estar físico e mental.

Desista de "vencer a todo custo". Concentre-se em relaxamento, prazer e saúde. **Seja bom para você mesmo.**