

O PROCESSO DE CUIDAR DE CLIENTES COM AIDS, SUBSIDIADO PELO MODELO HOMEODINÂMICO¹

The process of caring of the clients with AIDS, using a homeodynamics model

Alcione Leite da Silva²

RESUMO

Neste trabalho, descrevo e analiso as informações obtidas no processo de cuidar de clientes com AIDS, subsidiado pelo Modelo Homeodinâmico (elaborado a partir do sistema conceitual de Martha E. Rogers), o qual foi publicado em número anterior desta Revista. Esta prática foi realizada, inicialmente, com quatro clientes internados no hospital da cidade de Florianópolis - SC e, posteriormente, se estendeu à nível ambulatorial e domiciliar. Da análise desta prática, concluo que o Modelo Homeodinâmico (marco referencial e processo de enfermagem) foi operacionalizável no processo de cuidar destes clientes, conferindo a este processo uma forma mais humanística, avançada e efetiva, quando comparada ao modelo biomédico. Acredito na possibilidade de operacionalização deste modelo em qualquer situação do processo saúde-doença e recomendo a sua aplicação, objetivando "reavaliação" e maior aprimoramento do mesmo.

UNITERMOS: modelo homeodinâmico, cuidado de enfermagem, cliente com AIDS.

ABSTRACT

This work describes and analyses the experience of taking care of clients with AIDS (using a Homeodynamic Model of Martha E. Rogers), which was published in a previous issue of this admitted journal. This practice was developed, initially, with four clients admitted to a hospital, in the city of Florianópolis - SC, and later extended to homes and out patient clinics. From the analysis of this practice I concluded that the Homeodynamics Model (framework and nursing process) was possible to be used in the process of caring for clients with AIDS, conferring it a more humanistic, advanced and effective approach as compared to the biomedical model. I believe it is possible to operationalize this nursing process in any situation of the health-illness process, and I recommend its application in order to further evaluate and improve of it.

KEY WORDS: homeodynamic's model, nursing care, client with AIDS.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho trata da aplicação do Modelo Homeodinâmico (marco referencial³ e processo de enfermagem), elaborado a partir do sistema conceitual de Martha E. Rogers, no processo de cuidar de clientes com AIDS (Silva, 1993), publicado no número anterior desta Revista. Deste modo,

neste momento, analiso e discuto a realidade detectada a partir das informações obtidas no processo de cuidar, estabelecendo uma correlação entre o modelo teórico e a prática.

Inicialmente, cabe aqui tecer algumas considerações sobre o desenvolvimento do processo de cuidar, visando uma melhor compreensão deste por parte do leitor. Em primeiro lugar, o referencial desenvolvido, ou seja, o marco referencial e o processo de enfermagem, não sofreram adaptações e modificações, tendo, portanto, sido mantidos todos os componentes do referencial operacionalizados nas diversas etapas deste trabalho. Em segundo lugar, embora a análise e discussão sejam embasados no processo de cuidar desenvolvido neste trabalho com

1 Elaborado a partir da dissertação de mestrado apresentada ao Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, 1990.

2 Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda, Prof.^a Assistente III do Departamento de Enfermagem UFSC.

3 O termo marco conceitual foi substituído pelo termo marco referencial, por ser esta terminologia mais correta para o referencial desenvolvido (Silva, Neves-Arruda, 1993).

quatro clientes (Andréa - 23 anos, Carol - 36 anos, Ricardo - 45 anos, Davi - 53 anos)⁴, os resultados apresentados são reforçados com as informações obtidas com outros clientes, com os quais venho trabalhando. Em terceiro lugar, essa prática foi inicialmente desenvolvida com clientes internados no hospital na cidade de Florianópolis - SC e, posteriormente, foi estendida à nível ambulatorial e domiciliar. Finalmente, no desenvolvimento do processo de cuidar utilizei, além das técnicas tradicionais de enfermagem, algumas terapias alternativas, dentre elas, visualização (Simontn, 1987), imposição das mãos (Krieger, 1982) e musicoterapia (Lingerman, 1990⁵; Silva, 1992). Utilizei também técnicas de comunicação terapêutica (autenticidade, não julgamento, ouvir reflexivamente, permanecer em silêncio quando necessário, dentre outras) e o processo intuitivo (Agan, 1987; Benner, 1987; Rew, Barrow, 1987; Young, 1987; Rew, 1986; Burden, 1975).

O processo de cuidar dos clientes, aqui relatado, teve início em 20 de março de 1989 se estendendo até 15 de dezembro de 1989, em encontros diários. Após uma interrupção para o desenvolvimento da dissertação de mestrado, este processo continua sendo desenvolvido em encontros semanais junto a clientes, em diferentes situações do processo saúde-doença, dentre eles, os com AIDS.

2 MARCO REFERENCIAL

Analiso e discuto, neste momento, os conceitos "campos humano-ambiental", "saúde-doença" e "enfermagem", a partir do desenvolvimento do processo de cuidar junto aos clientes com AIDS, buscando estabelecer uma correlação entre o modelo teórico e a prática.

2.1 Campos Humano e Ambiental

Ao iniciar o processo de cuidar com o primeiro cliente (Andréa, 23 anos), senti uma certa dificuldade para perceber o campo humano em sua dinâmica e contínua relação com o campo ambiental, a qual exigiu um esforço da minha capacidade de abstração. Contudo, na medida em que prosseguia o cuidado com os outros clientes, detectei que a minha capacidade de percepção se ampliava. Compreendi, então, que a minha dificuldade inicial se devia ao fato de que, para tal processo de cuidar, são necessárias novas formas de percepção quadridimensional. Estas capacidades de percepção nem sempre estão presentes, visto que, na maioria das vezes, somos condicionados a ver e interpretar os fatos a partir

de uma perspectiva tridimensional.

Na medida em que percebia o campo humano, destacou-se para mim que a mente propriamente dita, da qual o pensamento é a expressão mais elevada, constitui-se no núcleo de comando deste campo. Os sentimentos e emoções humanas, por sua vez, são forças energéticas que se irradiam, impregnando e magnetizando o campo de energia e cujo poder, maior ou menor, está diretamente relacionado ao comprimento da onda mental que a conduz. Deste modo, o poder de ação do campo humano não se restringe aos atos físicos. Pensar e sentir implica em movimentos de forças vivas, em agir, emitir e captar energias e, portanto, participar das trocas vitais, seja de forma harmônica ou desarmoniosa.

Estas percepções se traduziram na compreensão de que, em primeiro lugar os pensamentos, sentimentos e emoções promovem uma alteração da frequência do campo humano, podendo induzir a uma maior ritmicidade ou mesmo a disritmias deste, as quais se evidenciam nos diversos estádios do processo saúde-doença. Em segundo, na medida em que campos humano e ambiental são considerados sistemas abertos, estas energias provenientes do campo humano se exteriorizam, influenciando harmonicamente ou desarmonicamente o campo humano-ambiental. Assim, o redirecionamento do curso rítmico do processo vital do ser humano está principalmente ligado à promoção de formas de pensar e sentir cada vez mais harmônicas. Tal compreensão, inclusive, implica em maior responsabilidade frente às contínuas influências que exercemos no campo ambiental, através do pensar e sentir.

A percepção do padrão do "campo humano unitário" (Rogers, 1970) na sua dinâmica relação com o campo ambiental também mostrou-me que o processo de cuidar, quando direcionado somente para o aspecto biológico, não produz os efeitos desejados no redirecionamento do curso rítmico do processo vital dos clientes. Para tal, é requerido que a ação se efetue nos campos energéticos dos clientes e do ambiente como um todo, não perdendo de vista a essência destes campos. Ficou evidente que esses campos estão de tal forma interligados, que não podem ser divididos em partes, com prejuízo da essência e da qualidade dos mesmos. Vi-me, então, novamente, em uma situação bastante complicada, dentro da visão dialética, pois, ao perceber o todo, perdia de vista as partes e quando me atinha às partes, não percebia o todo. Ao mesmo tempo, quando percebia o todo, não conseguia traduzi-lo em palavras. Foi assim que, infelizmente, tive de optar por reduzir o campo humano em sua dinâmica relação com o meio ambiente, para efeito da apresentação dos dados.

Das quatro clientes relatados neste trabalho, duas (Andréa e Carol) tiveram como modo de transmissão do HIV o uso compartilhado de seringas na

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

5 Prêmio Wanda Horta, 1992; Estetoscópio de Ouro.

aplicação de drogas endovenosas, um (Ricardo) através da multiplicidade de parceiros na relação homossexual e outro (Davi), a transfusão de sangue contaminado. Todos estes clientes apresentaram um padrão semelhante de seus campos de energia, no que se refere às disritmias decorrentes das relações desarmônicas com o seu "eu" e com o meio ambiente. Contudo, estas disritmias não estiveram presentes no momento do contágio, mas ao longo dos seus processos vitais. Os dados obtidos mostram que elas podem estar presentes mesmo na vida intra-uterina, como é o caso de Andréa, ou na infância, a exemplo de Davi, Carol e Ricardo. Não posso, entretanto, descartar totalmente a possibilidade de, no caso destes outros três clientes, estas disritmias não terem estado também presentes antes do nascimento. No entanto, tal afirmativa necessitaria de maiores investigações.

As semelhanças nas disritmias do campo energético dos quatro clientes, detectadas ao longo dos seus processos vitais, foram em relação ao padrão de personalidade, com destaque para os pensamentos desarmônicos, o padrão de sentimentos e emoções desarmônicas, padrão de autoimagem e auto-estima afetados negativamente e o pequeno desenvolvimento do padrão espiritual. Dos quatro clientes, somente Andréa apresentava um padrão menos disrítico em relação à auto-estima. Detectei que este fator contribuiu muito para o redirecionamento do seu processo vital. Outro aspecto que se destacou foi a presença de fatores imunossupressores no processo vital dos quatro clientes, mesmo antes de se contaminarem com o HIV. Em relação a Andréa e Carol haviam as drogas, contaminações freqüentes nas aplicações das mesmas, a diminuição do ritmo alimentar e do sono durante o período em que usavam drogas e os traços desarmônicos de personalidade, sentimentos e emoções, incluindo-se no caso de Andréa o fumo. Em se tratando de Davi, havia o distúrbio dos carboidratos, proteínas, gorduras e insulinas decorrentes da diabetes mellitus, o inefetivo controle da mesma, o estresse freqüente em função do seu estilo de vida, os traços desarmônicos de personalidade, sentimentos e emoções. Ricardo, por sua vez, apresentava conflitos freqüentes acerca da sua condição de homossexual, estresse, diminuição do ritmo do sono e alimentar após o início dos problemas financeiros, exposição freqüente ao esperma de diferentes parceiros e traços desarmônicos de personalidade, sentimentos e emoções.

As relações estabelecidas pelos quatro clientes com o campo ambiental, ao longo dos seus processos vitais, se deram predominantemente de forma desarmônica. No caso de Andréa, esta relação se deu desde a vida intra-uterina, com a rejeição de seu pai e os conflitos vivenciados por sua mãe. Estendeu-se, a seguir, na sua infância e

adolescência, onde limites não foram estabelecidos e todas as suas vontades eram satisfeitas e, posteriormente, na convivência com usuários de drogas, acarretando-lhe, assim, um estilo de vida mais desarmônico. Com Davi, por sua vez, esta relação esteve mais presente na morte de sua mãe durante sua infância, prosseguindo com a convivência, inicialmente desarmônica com sua madrasta, os conflitos com seu pai, posteriormente com a esposa, e até mesmo na falta de controle do sangue e seus derivados por parte do banco de sangue. Em se tratando de Carol, ressaltaram-se a relação irregular entre seus pais, o suicídio de sua mãe, os maus tratos impingidos pela madrasta e irmãos, a relação conflituosa com o pai, o convívio com usuários de drogas, o casamento de certa forma não desejado, o assassinato cometido pelo marido e a perda de seus bens materiais. Com Ricardo evidenciaram-se a representação social do homossexualismo, a omissão de sua condição de homossexual pelo receio de não ser aceito pelos familiares e a dificuldade de conseguir um emprego. Todos estes aspectos, decorrentes da relação entre os campos dos clientes e o ambiente, estiveram presentes antes da contaminação pelo HIV. Deste modo, observo que o campo ambiental dos quatro clientes, apresentavam uma certa semelhança, no que se refere à presença de disritmias.

A condição de portadores da AIDS acentuou as disritmias nos campos energéticos dos clientes e, conseqüentemente, nas suas relações com o campo ambiental. Estas disritmias se estenderam aos seus campos somáticos e, apesar da especificidade da manifestação da doença, todos apresentaram alterações nos padrões de sono e repouso, nutrição, sexualidade e do sistema neurológico.

Considerando o campo ambiental, as disritmias, no caso de Davi e Carol, foram de tal modo acentuadas, que se expressaram na rejeição destes clientes pela esposa e pelos familiares, respectivamente. Na situação específica de Ricardo, as disritmias se evidenciaram na sua incapacidade para redirecionar o curso rítmico do seu processo vital, com vistas a continuar vivendo nesta dimensão, pelo fato de ter de assumir perante os familiares a sua condição de homossexual e portador da AIDS. Já no caso de Andréa, houve possibilidades de alterar a freqüência das vibrações do seu campo e do meio ambiental, tornando-os cada vez menos disríticos. Assim, dos quatro clientes, Andréa foi a única que contou com o apoio integral do noivo e dos familiares. Este aspecto foi de fundamental importância para que ela conseguisse redirecionar o curso rítmico do seu processo vital. Vejo, conseqüentemente, que o amor e o apoio dos familiares, em se tratando aqui mais especificamente dos clientes com AIDS, são fatores que os ajudam a mobilizar as suas energias e a superar as grandes dificulda-

dificuldades de conviver com esta doença.

A relação entre os clientes e o campo hospitalar também se mostrou disrítmica. As disritmias comuns a todos os clientes foram: restrição de espaço, isolamento e solidão, alteração do ritmo de sono e nutricional e acentuação do estresse e depressão. Estas disritmias detectadas na relação entre os campos dos clientes e hospitalar induzem a questionamentos sobre a efetividade destas Instituições como local de tratamento e recuperação, no caso, os clientes com AIDS. Elas evidenciam também a necessidade urgente de reformulação das normas e rotinas que norteiam o funcionamento das instituições.

A relação dos clientes com a equipe de saúde, por sua vez, nem sempre se processou de forma harmônica. Com relação a Andréa, as disritmias detectadas foram: atitude de preconceito em relação aos usuários de drogas, restrição de visitas, prognóstico desfavorável da evolução da sua doença e omissão aos clientes dos resultados de exames quando solicitados. Em relação a Davi se destacaram: insegurança em relação ao tratamento ministrado, demora no atendimento médico, pouca atenção por parte do pessoal de enfermagem, incompreensão de alguns elementos da equipe de saúde acerca da solidão e depressão provocadas pelo ambiente hospitalar, relação profissionais-clientes inefetiva. Em se tratando de Carol foram observadas: ansiedade pela falta de orientação do processo saúde-doença da AIDS, insegurança em relação ao tratamento ministrado e pela desatenção por parte do pessoal de enfermagem e restrição de visitas. No caso de Ricardo foram: ansiedade e preocupação pela possível falta de sigilo da situação pessoal e relação profissional-cliente inefetiva. As disritmias comuns aos clientes foram: falta de orientação acerca do processo saúde-doença da AIDS e relação inefetiva entre os clientes e alguns profissionais da Instituição.

As disritmias detectadas na relação entre os campos dos clientes e hospitalar parecem decorrer em grande parte da opção pelo modelo biomédico, por parte da equipe de saúde. A partir deste referencial, os clientes são vistos como um organismo cujo modelo de funcionamento é o mecânico. Deste modo, os clientes passam a ser vistos como um mecanismo do tipo bio-psico, entendido como soma de partes, soma de órgãos. Em decorrência, perde-se de vista a totalidade dos clientes, as suas vivências qualitativas e até mesmo a condição deles participarem de forma efetiva no seu processo saúde-doença. Este modelo, por sua vez, não fornece instrumentos para avaliações mais precisas e, conseqüentemente, intervenções mais eficazes e efetivas no processo saúde-doença. Desta maneira, pode contribuir, como foi detectado neste processo, para o afastamento de profissionais, na medida em que estes se sintam impotentes diante de determinadas situações.

Considero ainda o fato de que, por ressaltar a doença e não o doente, por não relevar o poder de auto-cura do organismo humano, acabam por fazer dos medicamentos a única forma de tratamento. Estes medicamentos, por outro lado, nem sempre atuam de forma harmônica no organismo, acarretando inúmeros efeitos colaterais, às vezes drásticos para o mesmo. Desta forma, muitas vezes são suspensos, levando os profissionais a se sentirem desarmados diante de determinadas situações, como foi observado por mim em diálogos mantidos com os mesmos.

A partir das observações realizadas ficou evidente que a relação entre os campos dos clientes e o ambiental (familiar e hospitalar) sofre inúmeras disritmias, as quais interferiram de forma acentuada no redirecionamento do curso rítmico dos seus processos vitais. Estas disritmias se mantiveram presentes ao longo do processo, o que me leva a considerar que as mudanças no campo ambiental se processam de forma lenta, quase imperceptíveis.

2.2 Saúde - Doença

O conceito de saúde-doença, desenvolvido por Rogers (1970), fornece uma visão mais abrangente para a compreensão deste processo, principalmente no que se refere à prevenção da doença em si. A partir deste referencial, a doença se constitui em disritmias do campo humano, decorrentes da sua relação desarmônica com o seu "eu" e com o meio ambiente. Esta compreensão implica em uma nova forma de investigação, de tratamento e até mesmo de prevenção. Isto porque, a partir de uma perspectiva tridimensional, a doença se faz presente quando se evidenciam manifestações desarmônicas no campo somático do ser humano. Entretanto, quando a perspectiva quadridimensional é considerada, a doença, ou seja, as disritmias no campo humano, já estão presentes bem antes da sua exteriorização no campo somático. Assim, a medida em que estas disritmias são detectadas, é possível o redirecionamento do curso rítmico do processo vital do ser humano, bem antes da manifestação das mesmas no seu campo somático.

Considerando os quatro clientes aqui apresentados, pude perceber que estas disritmias estiveram presentes bem antes deles apresentarem a AIDS, as quais se constituíram em interferências existentes nos campos dos clientes e do ambiente (ver Quadro 1). As interferências comuns aos quatro clientes foram: padrão desarmônico de personalidade, de pensamentos, sentimentos e emoções, lacuna na aprendizagem e relação desarmônica cliente-família. Estas interferências evidenciaram que as disritmias presentes no campo humano contribuem para as disritmias na sua relação com o campo ambiental, ao passo que o inverso nem sempre é verdadeiro. O processo vital de Andréa, por exemplo, mostrou que, na medida em que se processou o redirecionamento do curso ritmo do mesmo, as interferências do campo ambiental, no caso a dis-

QUADRO 1
INTERFERÊNCIAS DISSONANTES NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DOS CLIENTES

ANDRÉA	CAROL	DAVI	RICARDO
Rejeição pelo pai durante vida intra-uterina	Suicídio da mãe.	Inefetivo controle de Diabetes Mellitus	Conflitos interiores decorrentes da homossexualidade.
Relação desarmônica cliente-família	Relação desarmônica cliente-família.	Relação desarmônica cliente-família.	Relação desarmônica cliente-família.
Padrão desarmônico de personalidade	Padrão desarmônico de personalidade.	Padrão desarmônico de personalidade.	Padrão desarmônico de personalidade.
Padrão desarmônico de pensamento, sentimentos e emoções.	Padrão desarmônico de pensamentos, sentimentos e emoções.	Padrão desarmônico de pensamento, sentimentos e emoções.	Padrão desarmônico de pensamento, sentimentos e emoções.
Convívio com pessoas que usavam e vendiam drogas.	Convívio com pessoas que usavam e vendiam drogas.	Alimentação rica em colesterol e gorduras saturadas.	Relações sexuais com diversos parceiros.
Uso de drogas injetáveis.	Uso de drogas injetáveis.	Estresse emocional constante.	Estresse decorrente da dificuldade financeira e profissional.
Uso compartilhado de agulhas na aplicação da droga.	Uso compartilhado de agulhas na aplicação da droga.	Infarto do miocárdio.	
Diminuição do ritmo alimentar e do sono, após o uso de drogas.	Diminuição do ritmo alimentar e do sono, após o uso de drogas.	Falta de controle da qualidade do sangue e seus derivados por parte dos bancos de sangue.	Diminuição do ritmo alimentar e do sono, após dificuldade financeira e profissional.
Uso de bebidas alcoólicas e fumo.			
Infecção pelo HIV.	Infecção pelo HIV.	Infecção pelo HIV.	Infecção pelo HIV.
Lacuna na aprendizagem.	Lacuna na aprendizagem.	Lacuna na aprendizagem.	Lacuna na aprendizagem

criminação e preconceito por parte dos membros da família do noivo, vizinhos e amigos, que inicialmente provocaram disritmias em seu campo, deixaram de fazê-lo posteriormente. Por outro lado, detectei que quanto mais disrítico o campo humano em sua relação com o campo ambiental, maiores são as possibilidades de contaminação com o HIV e desenvolvimento da AIDS. Esta colocação foi destacada pelos campos do noivo de Andréa e da esposa de Davi, que apesar de manterem relações sexuais durante um longo período após a contaminação dos clientes, não se tornaram soro-positivos.

Embora cada ser humano experencie a doença de maneira única, o processo de cuidar dos clientes com AIDS mostrou algumas semelhanças entre eles. Estas semelhanças se destacaram em relação às perspectivas de vida e em relação à auto-imagem. Em se tratando das perspectivas de vida, todos os clientes, após o diagnóstico da AIDS, apresentaram tendência de isolamento, sofrimento e morte. Ao meu ver estas perspectivas, que diariamente observo nos clientes com AIDS, são geradas pela representação social da doença - "AIDS MATA" - e repassada ao público pela impen-

sa falada, escrita e até mesmo pela maioria dos profissionais da área da saúde. Assim, estas perspectivas dificultam sobremaneira a participação efetiva dos clientes no seu tratamento e, conseqüentemente, no redirecionamento do curso rítmico dos seus processos vitais, com fins a permanecerem nesta dimensão. Estas mesmas perspectivas foram detectadas nos familiares de Andréa, Davi e Carol. No caso específico de Andréa estas perspectivas se evidenciaram na atitude dos seus familiares ao estimular o noivo da cliente a abandoná-la, procurar outra pessoa e também na fala de sua mãe:

"Eu tô preparada pra aceitar né, minha filha. O que é que eu vô fazê. Eu disse pra ela: morrê, todos nós vamos um dia".

"Tava todo mundo lá conversando que ela tá lutando pela vida, né. Apesar de tudo ela tá lutando".

"Até era bom que ela descansasse porque ela tá sofrendo".

Em todos os clientes pude observar que a auto-imagem ficou bastante afetada após a doença. No caso de Andréa, pela perda acentuada de peso e queda

dos cabelos. Em Davi, pela perda de peso e incapacidade para se auto-cuidar. Em se tratando de Carol, a auto-imagem estava afetada pela perda de peso, queda dos cabelos e déficit motor nos membros superior e inferior esquerdos. Já no caso de Ricardo, pela perda de peso, manchas violáceas no corpo. O fato de também serem portadores da AIDS afetou a auto-imagem de todos os clientes indistintamente. Todos estes fatos apresentados evidenciam que, para os clientes que recebem o diagnóstico de AIDS, não resta outra alternativa senão a morte, visto que o campo ambiental, na sua quase totalidade, não lhes aponta nenhuma esperança ou perspectivas de sobrevivência. Desta forma, a ausência de perspectiva de sobrevivência se constitui, ao meu ver, em uma interferência de destaque, com implicações significativas para grande número de clientes que, diariamente, se desligam dos seus campos somáticos. Vejo, assim, a necessidade urgente de reformulação do conceito saúde-doença, ora vigente e também das formas como a ciência, a saúde e a educação vêm sendo praticadas.

2.3 Enfermagem

De acordo com Rogers (1970), a enfermagem existe para cuidar de pessoas; sua responsabilidade direta e última é para com a sociedade. No entanto, esta finalidade maior da existência da enfermagem só pode realmente ser alcançada, na medida em que os enfermeiros busquem avaliar continuamente o processo de cuidar e desenvolver formas cada vez mais efetivas de atuação. O enfermeiro, enquanto ser integrante do processo evolucionário, tem um papel importante a exercer nas dinâmicas e contínuas transformações que são processadas no campo pessoal-profissional e ambiental. A partir do referencial rogeriano, posso considerar que este campo apresenta um padrão e manifesta características que são diferentes de suas partes e não podem ser preditas do conhecimento de tais partes. Estas considerações implicam, em primeiro lugar, que os campos pessoal e profissional do enfermeiro, em sua dinâmica relação com o meio ambiente, não podem ser dicotomizados, visto que fazem parte de um "continuum". Segundo, assim como os clientes, os enfermeiros também apresentam diversidades de padrões dos seus campos de energia, os quais estão diretamente ligados aos estádios evolutivos dos seus processos vitais. Finalmente, estas diversidades de padrões de campos dos enfermeiros podem se traduzir na escolha de referenciais, nas formas de compromisso e responsabilidade perante os seus campos de energia pessoal-profissional e ambiental e até mesmo nos diferentes estilos de cuidar, ainda que a partir de um referencial comum, dentre outros.

A recente utilização de um referencial teórico (marco conceitual e processo de enfermagem) no processo de cuidar dos clientes, se constitui em um marco novo na história da enfermagem no Brasil. Contudo, os estudos realizados mostram a sua importância na efetividade deste processo. Este estudo vem confirmar os anteriores e evidenciar que, nós enfermeiros, necessitamos buscar formas mais humanísticas e eficazes de auxiliar o ser humano a assumir a sua responsabilidade no seu processo saúde-doença e a desenvolver formas cada vez mais harmônicas de relação com o seu "eu" e com o meio ambiente.

O momento atual mostra que a enfermagem precisa inovar e avançar, para que possa, realmente, ocupar o seu espaço nas transformações que se devem processar no mundo. Na enfermagem futurista não haverá mais espaço para acomodações e omissões. A meta da enfermagem me parece única e, para a atingirmos, necessitamos de objetivos semelhantes, união e esforço conjunto.

2.4 Processo de Enfermagem

O desenvolvimento do processo de enfermagem, no caso o processo de cuidar, evidenciou que as quatro etapas (coleta de dados, diagnóstico, intervenção e avaliação) estão de tal forma interligadas, que se fizeram presentes ao longo dos encontros diários com os clientes. Todavia, pude perceber que o processo terapêutico se dividiu em dois períodos significativos, no que se refere ao desenvolvimento destas etapas, tendo as mesmas variado de cliente para cliente. No primeiro período ocorreu o predomínio da coleta de dados e diagnóstico em detrimento da implementação e avaliação. Já no segundo período ocorreu o contrário.

A inclusão do princípio da integralidade na etapa de coleta de dados contribuiu para a ampliação da minha visão de ser humano em sua dinâmica e contínua relação com o campo ambiental. Deste modo, a partir desta perspectiva, pude me aprofundar na compreensão desta dinâmica e, conseqüentemente, obtive dados relevantes para o processo de cuidar. Detectei também que a etapa de coleta de dados fez parte de todo o processo, na medida em que os campos do cliente e ambiental estão continuamente em transformação.

A escolha de um instrumento aberto (Silva, 1993) favoreceu sobremaneira a etapa de coleta de dados, tendo em vista que muitas vezes o instrumento fechado limita esta etapa e interfere na busca da compreensão dos campos dos clientes em sua relação com o campo ambiental. Percebi que a etapa de coleta de dados, a partir do instrumento escolhido, se processou de forma distinta com os

quatro clientes, considerando a individualidade de cada um e as situações presentes.

Na etapa do diagnóstico, o princípio da ressonância auxiliou-me a perceber as vibrações rítmicas do campo humano e ambiental e a detectar as interferências nestas vibrações, as quais se traduziram em disritmias. Para tanto, a percepção do processo vital⁶ do cliente como um todo foi de fundamental importância para o efetivo diagnóstico. Neste sentido, o diagnóstico das interferências e conseqüentes disritmias foi realizado com base nas reflexões, através de diálogos intuitivos com cada cliente acerca do seu processo vital. A participação do cliente neste processo foi priorizada e estimulada. O estabelecimento das metas probabilísticas a partir do princípio da helicidade também se deu de forma idêntica ao do diagnóstico, tendo em vista que ambos estão interligados e, portanto, são interdependentes.

A etapa da intervenção revelou que, sem a participação efetiva do cliente e pessoas do seu campo ambiental, torna-se quase improvável o redirecionamento do curso rítmico do processo vital do mesmo. Para isto, o enfermeiro, primeiramente, deverá fornecer instrumentais teóricos e estimular o cliente para que ele possa efetivar este redirecionamento. Assim, enfermeiro e clientes desenvolvem, de forma sincronizada, as metas e os objetivos, até que este se torne independente e capaz de prosseguir neste redirecionamento. O desenvolvimento da capacidade do cliente para o redirecionamento do seu ritmo é um aspecto a ser sempre considerado, visto que ao longo do seu processo vital, as interferências podem sempre ocorrer, em função da dinâmica e contínua interação do seu campo com o meio ambiente. Já a intervenção no campo ambiental dos clientes (familiar e hospitalar) requereu de minha parte grandes esforços, perseverança e uma atuação mais direta e, mesmo assim, pude perceber que as mudanças do ritmo deste campo se processaram de forma lenta, às vezes quase imperceptíveis.

As terapias alternativas, aqui desenvolvidas, se constituíram em instrumentos de relevante importância para estimular o poder de auto-cura e auto-conhecimento do cliente, contribuindo para o redirecionamento do curso rítmico dos clientes. Inclusive pude detectar que as técnicas de imposição de mãos e de visualização estimulam o sistema imunológico, aumentando a contagem do número dos leucócitos.

O processo da intuição, que permeou todas as etapas deste trabalho, se revelou em um dos requisitos básicos para o desenvolvimento de formas mais efetivas e eficazes do processo de cuidar em enfermagem.

A avaliação do processo de cuidar fez-se necessária em cada encontro, para ser possível prosseguir no desenvolvimento dos objetivos. Detectei que esta avaliação só pode ser efetivada a partir da totalidade do padrão do campo dos clientes e meio ambiente. Desse modo, a avaliação das partes pode levar a conclusões errôneas da não evolução do processo vital. Isto porque, ao longo do processo vital dos clientes, se evidenciou semelhanças entre determinadas manifestações do padrão, as quais não podem ser entendidas como uma repetição das mesmas, tendo em vista que, o comportamento humano não retorna a estádios anteriores, pois o curso da vida é unidirecional.

O processo de enfermagem se mostrou operacionalizável no processo de cuidar dos clientes com AIDS, principalmente por ter sido desenvolvido em conjunto com estes clientes. Por outro lado, o desenvolvimento das quatro etapas requereu uma condição especial, que foi a sincronização do ritmo do meu campo de energia com o ritmo do campo de cada cliente. Esta identificação implica na compreensão de que cada ser humano possui um padrão rítmico específico e que é muito maior e diferente do que a soma de seus ritmos particulares (ritmo cardíaco, metabólico, respiratório, dentre outros). Deste modo, o enfermeiro, no processo de cuidar, deve respeitar o ritmo do campo de cada cliente, aceitar e estimular as diversidades de ritmos; caso contrário, concorrerá para a inefetividade deste processo. A avaliação das diversas etapas deste processo, desenvolvidos com os clientes com AIDS, leva-me a considerar que os objetivos deste estudo foram plenamente alcançados.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em decorrência da minha experiência em desenvolver o processo de cuidar dos clientes com AIDS, a partir do Modelo Homeodinâmico, posso considerar que:

- As terapias alternativas aqui desenvolvidas, se constituem em instrumentos efetivos para o processo de cuidar dos clientes com AIDS;
- A intuição, associada ao conhecimento racional, é capacidade que auxilia o enfermeiro a atuar de forma mais harmônica, mais humanística e efetiva junto aos clientes com AIDS;
- Houve forte adequação do marco referencial às situações vivenciadas com todos os clientes que participaram deste estudo;
- O processo de enfermagem foi operacionalizável, constituindo-se em um instrumento prático e eficiente no direcionamento das ações terapêuticas necessárias ao processo de cuidar dos clientes com AIDS.

6 Processo vital é a expressão da evolução rítmica do campo ao longo de um eixo espiralado, ligado na matriz quadridimensional e sempre modelando e sendo modelada pelo meio (Rogers, 1970).

O desenvolvimento do Modelo Homeodinâmico induz a transformações no campo pessoal, profissional e ambiental do enfermeiro, que deste modo, se estendem ao campo do cliente e do seu meio ambiente. Por outro lado, acrescenta perspectivas inovadoras, mais humanistas e efetivas no processo de cuidar.

Embora este modelo tenha sido, neste trabalho, direcionado para o cliente com AIDS, acredito que, por ser abrangente, pode ser implementado em qualquer situação do processo saúde-doença.

Convicta de que o processo do conhecimento é contínuo, dinâmico e evolutivo, seria contraditório colocar neste trabalho um ponto final. O processo evolucionário não tem esta conotação - o máximo que poderá admitir é o ponto e vírgula.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 AGAN, R. D. Intuitive knowing as a dimension of nursing. *Adv. Nurs. Sci.*, v.10, n.1, p.63-70, 1987.
- 2 BENNER, P. How expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing*, v.87, n.1, p.23-31, Jan., 1987.
- 3 BURDEN, V. *O processo da intuição: uma psicologia da criatividade*. São Paulo: Pensamento, 1975.
- 4 KRIEGER, D. *The therapeutic touch: how to use your hands to help or to heal*. Englewood-Cliffs, N.T.: Prentice-Hall, 1982.
- 5 LINGERMAN, H.A. *As energias curativas da música*. São Paulo: Cultrix, 1990.
- 6 REW, L. Intuition: concept analysis of a group phenomenon. *A. N. S.*, v.8, n.2, p.21-28, 1986.
- 7 REW, L.; BARROW, E. M. Intuition: a neglected hallmark of nursing knowledge. *Adv. Nurs. Sci.*, v.10, n.1, p.49-62, 1987.
- 8 ROGERS, M. E. *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: Davis, 1970.
- 9 SILVA, A. L. da. Modelo homeodinâmico: uma abordagem para o processo de cuidar em enfermagem. Trabalho aceito para publicação pela *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.14, n.1, jan. 1993. No prelo.
- 10 SILVA, A. L. da. A música no processo de cuidar de clientes com síndrome neurológica decorrente da AIDS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.46, n.1, p.107-116, abr./jun. 1993.
- 11 SILVA, A. L. da; NEVES-ARRUDA. Referenciais com base em diferentes paradigmas: problemas ou soluções para a prática de enfermagem? Trabalho aceito para publicação pela *Texto & Contexto Enfermagem*, UFSC, v.2, n.1, jan. 1993. No prelo.
- 12 SIMONTON, O. C. et al. *Com a vida de novo*. São Paulo: Summus, 1987.
- 13 YOUNG, C. E. Intuition and nursing process. *Holistic. Nurs. Pract.*, v.1, n.3, p.52-62, 1987.

Endereço do autor: Alcione Leite da Silva
 Author's address: Av. Ivo Silveira, 2508/105
 Bairro Capociras
 88.085-970 Florianópolis - SC