

ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA UMA PESSOA INFECTADA PELO HIV

Cristina Arreguy Sena*

Emilia Campos de Carvalho**

Lídia Aparecida Rossi**

Márcia Caron Ruffino**

ARREGUY-SENA, C.; CARVALHO, E.C. de.; ROSSI, L.A.; CARON-RUFFINO, M. Estratégias de implementação do processo de enfermagem para uma pessoa infectada pelo HIV. *Rev.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 27-38, janeiro 2001.

Buscando valorizar a utilização de estratégias como os métodos de ensino e de aprendizagem, a técnica de relaxamento e o "coping" é relatado um estudo de caso de uma pessoa infectada pelo HIV e portadora da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) que se encontra hospitalizada. Adotou-se, como referencial teórico, o modelo conceptual de Dorotheia Orem (OREM, 1985), a proposta de Risner para a condução do raciocínio diagnóstico e a Uniformização do Diagnóstico de Enfermagem proposta pela NANDA (NANDA, 1996). Dos diagnósticos identificados foram selecionados três para exemplificar as fases de planejamento, implementação e avaliação do processo.

UNITERMOS: enfermagem, soropositividade para HIV, diagnóstico de enfermagem e estratégias

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da prática assistencial de enfermagem com a utilização de um suporte teórico metodológico a lhe dar sustentação faz com que a atuação de tais profissionais tenha um caráter previsível e coerente quanto ao alcance de metas e padrões assistenciais mínimos para o desempenho profissional.

O processo de enfermagem norteia o raciocínio profissional, permitindo o resgate da cientificidade do cuidado e direcionando ações de enfermagem a serem executadas. A valorização e a aplicação dessa metodologia de assistência têm sido foco de estudiosos nacionais e internacionais (YURA & WALSH, 1978; HORTA, 1979; GRIFFITH-KENNEY & CHRISTESEN, 1986; FERNANDES, 1988; CAMPEDELLI et al., 1989; FERNANDES, 1989; CHRISTESEN & KENNEY, 1990; CRUZ, 1990; MARIA, 1990; JESUS, 1992; ROSSI, 1992; DIAS, 1994; RODRIGUES & CARVALHO 1996, dentre outros).

As etapas do processo de enfermagem incluem: a coleta de dados, a elaboração de um julgamento a respeito do cliente a partir destes dados, a escolha, definição e implementação de conduta(s) terapêutica(s), a avaliação do impacto de tais decisões sobre a saúde do indivíduo e o estabelecimento de metas. Cada referencial teórico pode adotar uma nomenclatura, embora todos eles explicitem como deverá ser a atuação profissional, por trazer embutido concepções acerca do homem, do processo saúde-doença, da profissão e suas relações internas, das relações institucionais e da interação desses elementos num contexto histórico, econômico, político e social no qual estão inseridos (CARPENITO, 1993; STREUBERT & CARPENTER, 1995).

Decidir pela utilização do processo de enfermagem e escolher um referencial teórico para subsidiá-lo na prática assistencial, no ensino ou na pesquisa implica também em identificar nossos paradigmas, distinguindo-o daqueles adotados por outras pessoas.

* Docente da Faculdade de Enfermagem da UFJF, Doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e Bolsista do PICDT-UFJF

** Docentes do Departamento de Enfermagem Geral e Especializado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Endereço: Av. Bandeirantes, 3900 - Monte Alegre - 14040-902 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil

As propostas de implementação da sistematização da assistência de enfermagem em saúde precisam ser construídas coletivamente e conter a intencionalidade das metas institucionais pretendidas. Há necessidade que estas propostas contemplem também uma coerência com o perfil da clientela atendida, a disponibilidade e o comprometimento dos envolvidos.

A aproximação da pesquisa com a prática profissional, sua incorporação nas atividades assistenciais e o resgate do compromisso social das atividades acadêmicas junto a pessoas portadoras do HIV são preocupações mencionadas compartilhadas por ARREGUY-SENA (1991) e COLER & PÉREZ. (1994) com as quais concordamos. Atuando na assistência e no ensino, convivendo com pessoas infectados pelo HIV e doentes da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e refletindo sobre a possibilidade de inclusão de outras técnicas na implementação da assistência de enfermagem, inquietou-nos vislumbrar a oportunidade de beneficiar essa clientela com a aproximação de referenciais teóricos pertinentes às necessidades dos grupos vulneráveis. Assim sendo, pretendemos descrever a utilização da técnica do relaxamento, do ensino, da aprendizagem e do “coping” como estratégias que permitam viabilizar a aplicação do processo de enfermagem na perspectiva do referencial teórico do autocuidado em um estudo de caso de um cliente infectado pelo HIV e doente da AIDS em regime de internação convencional.

Tal fato justifica-se na medida em que: permite uma aproximação entre teoria e prática; individualiza a assistência; cria espaço para que o cliente exerça sua cidadania, participando das propostas terapêuticas disponíveis; subsidia a avaliação do impacto da assistência de enfermagem prestada e possibilita a criação de um sistema de registros detalhados no prontuário do cliente a respeito das ações da equipe de enfermagem.

REFERENCIAL TEÓRICO

Adotou-se como referencial teórico o modelo conceptual de Dorothea Orem, conforme apresentado por OREM (1985); GEORGE (1993) e MARRINER (1986), que considera graus distintos de dependência de uma pessoa para exercer o autocuidado, bem como as condições e os requisitos para que os mesmos sejam

atendidos e reassumidos progressivamente. Esse referencial subsidiou a trajetória do processo de enfermagem neste estudo cuja construção do instrumento de coleta de dados contém os principais tópicos do mesmo; tais considerações também foram aplicadas na avaliação da assistência prestada ao cliente.

A construção do raciocínio diagnóstico de enfermagem foi estruturada nos parâmetros propostos de Risner conforme aplicado por CHRISTESEN & KENNEY (1995); CARVALHO (1992) e CARVALHO (1995). Os registros dos problemas de enfermagem foram descritos de acordo com a uniformização do diagnóstico de enfermagem segundo a Taxonomia I revisada da NANDA 1997-1998 (North American Nursing Diagnoses Association) que adota os padrões de resposta humana de competência profissional do enfermeiro (NANDA, 1996).

O termo estratégia é concebido, segundo VALLS (1996), como condutor da execução de uma atividade, objetivando alcançar determinadas metas, as quais se justificam como meios a serem atingidos. Sua característica é a flexibilidade, permitindo sua adaptação ao contexto em que será empregada. Adotamos as seguintes estratégias para facilitar a efetivação do processo de enfermagem e viabilizar um cuidado melhor: 1) o “coping”; 2) as técnicas de relaxamento; 3) o processo de ensino e 4) o processo de aprendizagem.

Embora existam muitas concepções para o “coping”, destacam-se aquelas citadas por Lazarus & Folkman apud FERRAZ (1988, p.13) referente “aos esforços comportamentais e cognitivos para dominar, tolerar ou reduzir as demandas internas e externas e conflito entre eles”. Ou seja o “coping” pode ser considerado como uma maneira através da qual um indivíduo controla as demandas da relação pessoa-ambiente consideradas estressantes e as emoções daí desencadeadas, enfatizando tarefas adaptativas rotineiras ou automatizadas. Acrescenta MILLER (1992) que o “coping” refere-se ao fato do indivíduo ser capaz de lidar com situações consideradas ameaçadoras para si, removendo sentimentos desconfortáveis como a ansiedade, o medo, o pesar e a culpa, através do enfrentamento de situações ou problemas que os desencadeiem e sendo essa a abordagem adotada neste estudo.

Dentre as técnicas de relaxamento divulgadas na literatura, adotamos o relaxamento guiado por imagem (RGI), proposto por Donovan na década de 80, que recomenda o uso da sugestão de imagens para se obter o relaxamento e o bem estar, conforme descrito por AURIOL (1985).

Já o processo de ensino, segundo DIAZ-BORDENAVE & PEREIRA (1998) é um processo

intencional e deliberado, que visa facilitar que uma outra pessoa ou um grupo de pessoas possam crescer e aprender nas mais diversas dimensões de seu ser. A(s) atividade(s) utilizada(s) para esse fim deve(m) ser planejadas, proporcionando experiências relevantes ao aprendiz, a ponto de desencadear modificações desejáveis. Ainda segundo os mesmos autores, a aprendizagem consiste numa atividade que envolve múltiplas dimensões do ser humano através da qual uma pessoa amplia sua capacidade para compreender sua realidade e sente-se melhor preparada.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de intervenção obtido a partir do processo de enfermagem aplicado à prática assistencial de enfermagem tipo estudo de caso, desenvolvido em outubro de 1998, perfazendo uma carga horária de acompanhamento do caso de 96 horas atividades, sendo 44 delas de assistência direta ao cliente. De acordo com LÜDKE & ANDRÉ (1986, p.17), um estudo de caso é apresentado como uma alternativa metodológica qualitativa na qual:

o caso é sempre bem delimitado, devendo ter seus contornos claramente definidos no desenrolar do estudo. O caso pode ser similar a outros, mas é ao mesmo tempo distinto, pois tem um interesse próprio, singular (...) o interesse, portanto, incide, naquilo que ele tem de único, de particular, mesmo que posteriormente venham a ficar evidentes certas semelhanças com outros casos ou situações.

O estudo foi desenvolvido no contexto da prática assistencial de enfermagem com a integração das pesquisadoras à assistência multidisciplinar prestada pela Instituição às pessoas que se encontram no setor de internação. O local escolhido é uma Instituição hospitalar campo de atividades de ensino, assistência e pesquisa no Estado de Minas Gerais.

Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento compatível com a teoria de OREM, usando o processo de enfermagem como referencial. Para a aplicação deste instrumento empregou-se a técnica da entrevista semi-estruturada com o cliente e seus familiares associada as técnicas semióticas para a efetivação do exame físico, além de consultas ao prontuário do paciente. O resultado dessa coleta de dados consta do Quadro 1. Como a instituição de ensino escolhida utiliza um modelo próprio para o levantamento de dados em suas atividades acadêmicas/assistenciais, os mesmos foram registrados no prontuário do cliente de acordo com o modelo

institucional, visando respeitar o referencial adotado na instituição e, simultaneamente, democratizar as informações obtidas com a equipe multidisciplinar.

Buscou-se um cliente hospitalizado na referida Instituição que fosse portador de doença infecto contagiosa, especificamente AIDS.

ABORDAGEM ÉTICA

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Instituição em que se pretendia desenvolver o estudo de caso, tendo sido aprovado o parecer consubstanciado em 12 de outubro de 1998.

Os pacientes de uma enfermaria de doenças infecto contagiosas receberam o convite para participar do estudo de caso, tendo sido informados dos objetivos do mesmo e em que consistiria a sua participação, conforme previsto na Resolução 196 (BRASIL, 1997). Após tais esclarecimentos, um deles externou sua aquiescência em participar, sendo o mesmo registrado por escrito conforme modelo de termo de aceite livre e esclarecido. Reconhecendo a importância da família no processo da assistência do paciente a mesma foi consultada, externando sua concordância verbal.

Atendendo ao anonimato previsto na Resolução 196, optou-se por substituir o nome da(s) pessoa(s) envolvidas no estudo (sejam elas o próprio informante ou outras pessoas/instituições que por ventura venham a ser mencionadas) por iniciais ou nomes aleatórios, tendo sido suprimidas outras informações da identificação possíveis de permitir o rompimento do anonimato institucional e pessoal e também por serem desnecessárias para a compreensão do caso em estudo. O projeto não envolveu gastos adicionais para a Instituição, uma vez que ocorreu de forma integrada com as atividades assistenciais do setor.

APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os dados serão apresentados paralelamente com o instrumento de coleta de dados no formato de quadro comparativo, visando facilitar a visualização do referencial teórico no processo de sua operacionalização (Quadro 1). Cabe destacar que, embora não conste do presente trabalho, tivemos a preocupação de, ao elaborarmos o instrumento destinado a nortear a coleta de dados, utilizar todas as etapas propostas pelo referencial teórico de Orem e listar, para cada tópico descrito, as possíveis modalidades semiotécnicas de um profissional enfermeiro obter tais informações.

Quadro 1 - Instrumento de coleta dos dados e apresentação dos resultados obtidos

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL	
A serem levantados	Obtidos
Nome, idade, sexo, estado civil, profissão e atividade. Naturalidade. Instituição onde encontra-se e vínculo de atendimento. Data de nascimento, cor, grupo sanguíneo, religião.	CSA, 40 anos, sexo masculino, solteiro. Desempregado, anteriormente exercia atividade de ensino e funcionário público. Natural de "X" e residente em "Y". Internado numa instituição "A" de saúde que atende a rede do SUS. Data de nascimento: 20-09-1957, branco. Mãe: CCE e Pai já falecido. Grupo sanguíneo: O positivo. Religião: católico.
II. AUTO CUIDADO	
1. Auto cuidado	
Dados a serem levantados	Dados obtidos
História da saúde anterior e atual pessoal e ou familiar relacionado a ações executadas pelo próprio indivíduo para manter sua vida, saúde e bem estar (relacionado a situações de saúde anterior e atuais).	Não tabagista, nega drogadição. Gosta de ir ao cinema, teatro e ler (não expressou preferência por um tipo de literatura específica). Tem preferência pela natação como atividade esportiva. Refere ter muitos amigos. Tem formação universitária. Trabalha na Secretaria da Fazenda em outra cidade. Informa que, enquanto morava com a mãe, tinha hábitos regulares para se alimentar.
História de saúde: atividades iniciadas ou executadas pelo cliente em seu próprio benefício para a manutenção da vida, saúde e bem estar relacionada a superação de fatores estressantes de origem pessoal, ocupacional e familiar	Ao perder o cargo junto à secretaria da Fazenda num período de mudança política procurou outras atividades empregatícias, tendo trabalhado no ensino de 2º grau e lecionado em cursos de pré- vestibular. Pela família discordar de sua orientação sexual, relata que mudou-se para outro estado onde teve liberdade para assumir a homossexualidade.
Processo familiar- relacionamento familiar, capacidade de participação no auto cuidado e compreensão de identificação de situações que exijam participação, condições para gerar relacionamento terapêutico, capacidade de reajustamento de funções e papéis, capacidade de manutenção da individualidade, liberdade e autonomia dos membros familiares, participação no processo decisório e capacidade de compreensão de opções e valores adotados.	Possui família constituída de mãe e três irmãos com saúde, que o apoiam, proporcionando-lhe condições financeiras e emocionais para o seu bem estar. Informa que possui dificuldade para manutenção da individualidade (relacionamento afetivos) e autonomia, devido a necessidade de auxílio para o auto cuidado. Com relação à alimentação, ao mudar-se para outro estado, passou a alimentar-se irregularmente e a ter que "aprender a se virar". Nessa ocasião refere ter aprendido a cozinhar. Considera que atualmente possui dificuldade de ter um bom relacionamento, devido a dependência que possui de outras pessoas.
Filosofia de vida, práticas e/ou rituais religiosos e posicionamento ético relacionado com o significado e os costumes adotados.	É católico não assumindo o compromisso de ir à missa todos os domingos. Busca atender a essa necessidade quando sente vontade. Prioriza o prazer como um estilo de vida.
Condições para auto cuidado: habilidade para assumir responsabilidade em práticas básicas de saúde, em áreas que permita continuar atividades que atendia anteriormente e para manter a qualidade de vida.	Possui inabilidade parcial para assumir responsabilidade em práticas básicas de saúde por restrições físicas, não assegurando seu auto cuidado em padrões funcionais básicos (como por exemplo no processo de higiene). Não consegue manter atividades anteriormente realizadas. Lábios com secreção, dentição em precárias condições de conservação, aparecendo raízes de dentes e outros com desgastes.
2. Atividade de auto cuidado	
Dados a serem levantados	Dados obtidos
Condições emocionais: sentimentos, emoções e auto-avaliação apresentada sobre capacidade para assumir tomada de decisão. Falta de controle sobre situações ou ocorrências de acontecimentos repentinos, mudança na percepção de si e interesse pelos outros.	Demonstra cansaço do ambiente hospitalar e desejo de retornar a sua casa. Sente-se insatisfeito por não estar podendo tomar sol o que lhe provoca mudanças na sua auto-imagem. Emocionalmente, considerou que a fase mais difícil que passou em sua vida foi o momento do conhecimento de sua soropositividade para HIV, quando ficou "sem saber para onde se virar". Afirmou: "detesto solidão". Sente-se satisfeito com o comportamento de apoio dos familiares.
Condições culturais: relacionado com o nível de informação, conhecimento, participação e interesse sobre o seu estado de saúde, recursos disponíveis da comunidade, maneiras sobre possibilidade de obtenção de informações e conflitos de valores.	Possui formação universitária. Expressa com coerência demonstrando vocabulário elaborado, formação correta das estruturas das frases e clareza na comunicação. Delega aos familiares (tia e mãe) responsabilidades de se informarem sobre os recursos disponíveis na comunidade para o seu tratamento.
Condições sócio econômicas: relacionar com renda familiar, com número de pessoas que a utilizam, recursos físicos, financeiros e humanos disponíveis e/ou necessários para o desempenho de atividade de auto cuidado.	Mantém-se, financeiramente, com aposentadoria da mãe (R\$ 300 por mês em 1998) e ajuda dos irmãos com dificuldades. Foi perguntado se recebeu orientação a respeito do pedido de auxílio-doença ao que afirmou ter ouvido falar sobre o assunto (há registro do Serviço Social no prontuário a este respeito). Segundo informações obtidas com a tia, a mãe e CSA moram com ela, uma vez que a casa deles é em outra cidade.

II. AUTO CUIDADO	
3. Exigência Terapêutica para o auto cuidado	
Dados a serem levantados	Dados obtidos
Condições ambientais, habitacionais e terapêuticas relacionadas a fatores externos e ou internos predisponentes a injúria e manutenção das condições de saúde.	Mora em casa de alvenaria com saneamento de água e de esgoto e coleta de lixo. Considera que a casa onde mora tem um ambiente tranquilo. No ambiente onde se encontra atualmente (hospitalar) considera que possui cama de altura desfavorável para a sua segurança, expondo-o a risco de queda.
Condições pessoais: pessoa de apoio e/ou familiares para gerenciar o auto cuidado, mantendo uma qualidade de vida.	Possui como referencial para a realização do seu auto cuidado a tia (casa que lhe acolhe atualmente) e a mãe. Seus irmãos participam somente fornecendo infra-estrutura financeira para o seu tratamento.
4. Requisitos para o auto cuidado	
4.1. Universais	
Dados a serem levantados	Dados obtidos
Manutenção da ingesta suficiente de ar: relacionar com o padrão respiratório, permeabilidade das vias aéreas, ambiente arejado, condições de inspiração, ventilação e aeração ambiente, hábito de fumo (quanto a quantidade, frequência, duração e qualidade) e alergias respiratórias.	Encontra-se com limitação de atividades físicas devido a dispnéia. Nariz simétrico em relação a face e sem secreção aparente. Nega alergias respiratórias. FR = 20 mov resp/min. Respiração regular, abdominal, com expansão torácica assimétrica (diminuição à esquerda). Dreno torácico à esquerda. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular preservado à direita e estertor em 1/3 médio inferior esquerdo e os 2/3 restantes com murmúrios vesiculares diminuídos. Presença de resistência para a realização da percussão devido a algia local. Reenchimento sub-ungueal diminuído. Cianose de rápida instalação. Palidez cutânea e cianose discreta em extremidades. Durante garroteamento dos MMSS para verificação da rede venosa, foi detectado má perfusão tissular e instalação rápida de cianose. Apresenta inabilidade para expelir secreções detectadas na ausculta pulmonar. Ambiente hospitalar arejado; enfermaria ampla com sistema de ventilação natural.
Manutenção da ingesta de líquidos (volume habitual de ingesta nas 24 horas, tipo de líquidos ingeridos, horários preferenciais de ingesta) e alimentos (quantidade nas 24 horas, uso de dietas específicas, preferências e aversões alimentares, apetite e alergias alimentares).	Com relação a alimentação considera que está inapetente, quando afirma que “está ruim para se alimentar”, sentindo-se insatisfeito ao ver a comida. Acuidade olfativa (reconhece o cheiro dos alimentos). Tem dificuldade com a forma como a comida é servida no hospital (recipientes descartáveis), embora experimente de tudo o que lhe é servido, deixando a metade. A mãe leva diariamente comida para o filho no hospital, a qual aceita totalmente. Nega alergias alimentares. Tem preferência por ingerir sucos, embora aceite bem água nos intervalos das refeições. Utiliza suplemento alimentar. Abdome com ruídos hidro-aéreos distribuídos nos quatro quadrantes, conformação escavado, sem queixa de dolorimento à palpação superficial ou profunda, normotenso.
Provisão de cuidados associados ao processo de eliminações e excreções (fezes, urina, vômitos, fluxo vaginal e anal, suor, amamentação e perdas internas, quanto à frequência, tipo, qualidade, característica, local, etc.) bem como condições para manter as condições higiênicas	Saídas ordinárias: Encontra-se com urina escurecida “cor de guaraná” sendo recolhida por dispositivo externo do tipo “jontex”. Mantida periodicidade e volume urinário de acordo com registros em prontuário. Exsoneração diária com fezes moldadas escurecidas (em uso de sulfato ferroso). Saídas invisíveis- embora refira apresentar suor apenas em dias quentes, no momento da coleta de dados, quando a temperatura estava em $\cong 20^{\circ}$ (amena), o paciente encontrava-se com suor em corpo, roupa pessoal e de cama. Saídas extraordinárias- não apresentando episódio de vômito, nem queixa de náuseas. Dreno torácico à esquerda com secreção esverdeada em pequena quantidade no momento (em 24-10-98 volume de 55ml nas 24 horas). Apresenta incapacidade para chegar até o sanitário, dar descarga, regular o fluxo da água, ter acesso a roupas de uso pessoal e de cama e a escova e dentifício.
Manutenção de um equilíbrio entre as atividades físicas, lazer (tipo, intensidade, frequência, local de realização da atividade física), adesão e aquiescência para atividades propostas e o estado físico e emocional após sua realização. Descanso/ sono e repouso (relacionar com horário, rituais, duração, alterações, frequência, tipos de sonhos, etc.)	Embora goste de ir ao cinema, ao teatro e de ler como atividade de lazer, não tem podido atender suas preferências devido restrições impostas pelo estado de saúde. Atualmente seu lazer restringi-se a ver televisão, ler (acuidade visual preservada- conseguiu ler e comentar sobre o termo de consentimento livre e esclarecido e outros textos). Ausência de secreção ocular e estrabismo discreto. Recebe visitas de familiares uma vez ao dia. Dorme no hospital após a novela (21 horas) até aproximadamente às 06 horas. Nega insônia. Sono tranquilo com episódios de pesadelos ocasionais. São proporcionados contatos com colegas no ambiente de televisão do setor com o paciente em cadeira de rodas.

II. AUTO CUIDADO

4. Requisitos para o auto cuidado

4.1. Universais

Dados a serem levantados	Dados obtidos
Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação pessoal e social. Relacionar com interações interpessoais entre familiares, amigos, vizinhos, parceiros sexuais, colegas de trabalho ou de enfermagem e profissionais de saúde com busca de confirmação de ser desejável, sentimento de pertencer a um grupo e de ter privacidade, alteração no relacionamento com pessoas significativas e a influência destes fatores nas condições de saúde.	Nas relações interpessoais refere ter muitos amigos. Demonstra interesse em ter “feed- back” sobre ser desejável e aceito entre amigos e familiares. Apresenta-se inconformado com algumas reações de colegas de quarto. Demonstra satisfação quando recebe visita de familiares, o que o faz expressar-se com entusiasmo. Informa ter sido bem acolhido pela mãe (fato que lhe surpreendeu favoravelmente). Refere-se aos membros da equipe de saúde pelo nome ou categoria profissional. Demonstra muita preocupação com a disfunção sexual pela impossibilidade de manter o padrão de sexualidade anterior e pela impossibilidade de manter padrão de preferências sexuais devido conflito familiar a esse respeito. Detectado cuidado excessivo com a limpeza da região genital. Expressa receio de não poder amar, refere “ausência total” da libido, informa ter tido relações bissexuais com preferência para a orientação homossexual. Nega relações sexuais com profissionais do sexo. Relatou ter tido dois parceiros fixos subsequentes.
Prevenção de riscos à vida humana, ao funcionamento humano e ao bem estar humano, relacionar com uso de álcool, drogas legalizadas ou por auto determinação (quantidade, qualidade e frequência) e desejo de auto extermínio direto ou indireto. Caracterização de ambiente com risco para acidentes.	Etilista social de “bebidas fortes” ou seja uisque vodca, pois “bebidas fracas são diuréticas”. Nega drogadição e informa ter hábito de auto-medicação, fato este constatado, quando disse: “o que é bom para os outros, é bom para mim”. Nega alergias medicamentosas conhecidas. Nega presença de instrumentos de agressão em domicílio (arma de fogo). Afirmou desconhecer se os antigos parceiros sexuais tinham conhecimento de sua soropositividade.
Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano em grupos sociais conforme potencial humano: relacionar com estereótipos e limitações humanas conhecidas e o desejo de se integrar ao grupo.	Menciona não contar sobre sua soropositividade para os amigos, temendo o impacto discriminatório que esta atitude poderá gerar. Prefere “não comunicar para não escutar e não se aborrecer”. Diz que “nem cinco amigos sabem de sua situação de doença”. A princípio, sua mãe considerava a Aids uma “doença de promiscuidade”, tendo tido trabalho para persuadi-la do contrário. Seus familiares, embora saibam que ele está doente, não têm certeza de que doença se trata (não é explicitada a situação). Esta é uma dúvida que o paciente demonstra indiretamente desejar manter: (o nível de conhecimento real dos irmãos a respeito de sua doença).
4.2. Desenvolvimento	
Adaptação as novas situações de trabalho, de mudanças físicas (cor do cabelo, contorno do rosto) e mudanças de condições associadas a algum evento.	Demonstra conflito com a soropositividade, sua repercussão sobre a aparência e o estilo de vida atual. Cabelos grisalhos. Longilíneo.
4.3. Desvios de saúde	
Descrição das condições de saúde atual do cliente (início, duração, características dos desvios de saúde em torno da queixa principal- época em que teve início, evolução em relação a outras queixas e ao conjunto de reações apresentadas no momento atual) e de seus familiares (antecedentes pessoais e familiares relacionados a déficit do auto cuidado e a diagnósticos de enfermagem anteriores e atuais).	Refere ter tido duas internações anteriores, quando foi detectado a tuberculose e a soropositividade para HIV respectivamente. A atual internação ocorreu devido à instalação de sintomatologia de dor torácica respiratório dependente à esquerda de grande intensidade (8 pontos numa escala numérica de zero a 10), de caráter contínuo, hipertemia termostata (39°C) e presença secreção nas vias aéreas tipo “catarral”. Refere uma melhora significativa desde o dia da atual internação (14-09-1998), persistindo a dor intensa no local do dreno e “um pouco de fraqueza”. Possui história familiar de pai falecido de “infarto” e mãe em “boas condições de saúde”, mas segundo relato da tia a mesma está em tratamento de “isquemia”. É filho de uma prole de quatro, sendo 03 homens e 01 mulher (ASC é filho gêmeo heterossigótico). Estado geral precário, aspecto de cronicamente doente, fácies hipocrática. Acamado, idade aparente superior a real, caquético (SIC 1,80m e aproximadamente 50Kg). Apresenta cicatrizes hipocrômicas em braço direito e antebraços direito e esquerdo. Unhas foscas, espessas com presença de massa sob e sobre elas; nos pés unhas grandes. Posição predominante de decúbito dorsal acamado. Presença de alopecia e cabelos de textura fina. T axilar = 35,8°C, FC = 120 bat/min, Pulso regular cheio nas quatro extremidades, PA = 100X65 mmHg (às 16:00 horas de 23-10-1998). Sobrancelhas escassas. Ausculta cardíaca regular em dois tempos: Foco Aórtico normofonético, Foco Pulmonar e Tricúlide hiperfonéticas e Foco Mitral normofonética. MMII com massa muscular e força diminuídas. Sinais de caxifo tibial negativo, ausência de edema. Raiz da unha do hálux esquerda com hiperpigmentação.

II. AUTO CUIDADO	
4.3. Desvios de saúde	
Dados a serem levantados	Dados obtidos
Condições de adaptação a alterações no estado de saúde transitórias ou definitivas.	Demonstra preocupação na aceitação do seu diagnóstico, fato constatado com contradições (1- a doutora “X” me falou da minha doença, relato de um momento e 2- os médicos não me dizem que estou com AIDS, eles falam de infecções que eu tenho- relato de outro momento). Expressar com dubiedade ao referir-se à sua soropositividade para HIV, preferindo “acreditar que “não vou estar com isto, para não cair no abismo de não poder gostar de ninguém e pelo medo das pessoas descobrirem e me isolarem”.
Busca e garantia de assistência à saúde adequadas.	Considera que a assistência que tem recebido na dimensão religiosa é “voltada para a parte doutrinária e não direcionada para os seus problemas”. Demonstra o desejo de conversar mais intimamente sobre a sua situação particular, alegando que “um psicólogo talvez o ajudasse a se expressar melhor”. Afirmou que quem toma conta dos remédios são: sua mãe e sua tia. Busca a vinculação dos familiares a si, dando-lhes atribuições tais como vigiarem horários de medicações, trazerem alimentos de sua residência diariamente.
Conscientização e atenção aos efeitos e resultados de condições e estados patológicos.	Utiliza-se de tempo inspecionando seu corpo para detectar alterações (fato observado por exemplo durante as ações de higiene, quando inspecionou seu rosto e suas feições ao barbear-se). Percebe-se como estando e querendo melhorar.
Execução efetiva de medidas prescritas pela equipe de saúde.	Faz uso de esquema triplice de quimioterapia anti-retroviral. Não soube informar o nome dos remédios.
Modificação do auto-conceito e auto-imagem, na aceitação de si como estando numa situação especial de saúde e necessitando de formas específicas de cuidados de saúde.	Cabelos com bom corte. Presença de vesículas escassas em região da mandíbula. Usa de mecanismo de defesa (negação de sua soropositividade), em alguns momentos. Expressão fisionômica apresentando olhos arregalados, abatido, fixo às vezes alheio ao ambiente e freqüentemente triste.
Conscientização e atenção ou regulagem de efeitos desagradáveis ou maléficos de medidas prescritas em tratamentos de saúde.	Suspensão medicamento por ausência de veia visível e compatível com punção. Rede venosa periférica com cicatrizes de punções anteriores. Característica das veias: de pequeno calibre e de fácil rompimento/transfixação. Mostra-se indiferente ao tipo de efeitos adversos que os anti-retrovirais podem desencadear.
Aprendizagem da vida associada aos efeitos e condições-estados patológicos, medidas diagnósticas e tratamentos de saúde num estilo de vida que promova o desenvolvimento do indivíduo.	Ao tentar vincular pessoas a si, CSA adota atitudes de regressão, como por exemplo, urinar no leito (em vez de pegar ou solicitar local apropriado para urinar), evacuar na cama (ao invés de solicitar uma comadre) Tais comportamentos reforçam o processo de dependência.

ANÁLISE DOS DADOS: DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Tendo como referência os dados coletados pudemos chegar a alguns diagnósticos “primários”, ou seja àqueles que se forem foco de intervenção das atividades do profissional da equipe de enfermagem poderão desencadear melhoras em outras situações que, a primeira vista, poderiam ser erroneamente priorizados no atendimento. Para efeito de apresentação do presente trabalho, destacamos apenas três diagnósticos para exemplificarmos a aplicação da proposta de Risner apud CHRISTESEN & KENNEY (1995), a descrição do planejando e implementando a assistência de enfermagem, nas quais utilizamos as técnicas de relaxamento, “coping”, de ensino e de aprendizagem como estratégias. Esses diagnósticos são: 1) Dor

relacionada a agentes de injúria físico caracterizada por comunicação verbal de dor, comportamento defensivo e protetor, focalização limitada (isolamento de contato social) e expressão facial de dor, 2) Déficit do conhecimento relacionado a falta de interesse em aprender caracterizado por comportamento inapropriado ou exagerado, verbalização do problema e desempenho incorreto de teste e 3) Estratégias ineficazes de resolução individual relacionada a cronicidade da condição e/ou a regimes complexos de auto-cuidado caracterizadas por verbalização da incapacidade de enfrentamento, uso inapropriado de mecanismo de defesa, alteração na participação social e doenças freqüentes.

Para se chegar ao diagnóstico “Dor relacionada a agentes de injúria físico caracterizada por comunicação verbal de dor, comportamento defensivo e protetor, focalização limitada (isolamento de contato social) e

expressão facial de dor”, utilizamos o raciocínio de Risner apud CHRISTESEN & KENNEY (1995), Quadro 2, e a técnica do relaxamento segundo AURIOL (1985) e GIFT (1992) como estratégia de implementação do processo

de enfermagem, visando reduzir o impacto negativo das reações psicossomáticas sobre o organismo e favorecer a adoção de respostas mais adequadas às situações de dor vivenciada conforme o Quadro 3.

Quadro 2 - Apresentação do processo de raciocínio de Risner apud CHRISTESEN & KENNEY (1995) para a obtenção da impressão diagnóstica de enfermagem

Categorização	Lacunas	Agrupamento	Comparação	Inferência	Relação Causal
***		<ul style="list-style-type: none"> ☒ Apresentou resistência para a realização da percussão devido algia local (hemitórax lateral à esquerda) ☒ Persistindo a dor intensa no local do dreno ☒ Instalação de sintomatologia de dor torácica respiratório dependente à esquerda de grande intensidade (8 pontos numa escala numérica de 0-10), contínua. ☒ Expressão fisionômica apresentando olhos arregalados, abatido, fixo às vezes alheio ao ambiente e freqüentemente triste. 	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Ausência de dor é o esperado entre as pessoas. ☒ A dor constitui uma sinalização de alteração do organismo. 	DOR	A presença de estrutura invasiva no organismo por agente físico como um dreno pode traumatizar tecidos subjacentes desencadeando manifestação de dor.
Impressão diagnóstica (Diagnóstico de Enfermagem)		Dor relacionada a agentes de injúria físico caracterizada por comunicação verbal de dor, comportamento defensivo e protetor, focalização limitada (isolamento de contato social) e expressão facial de dor.			

Quadro 3 - Aplicação da estratégia do relaxamento na implementação do processo de enfermagem

PLANEJAMENTO	METAS: CSA deverá obter melhora da intensidade de sua dor por 2 horas após a aplicação de cada sessão de relaxamento.
	OBJETIVOS: CSA deverá ser capaz de: <ol style="list-style-type: none"> 1. Após uma sessão de 30 minutos da utilização da estratégia do relaxamento mostrar-se com expressão facial tranqüila 2. Diminuir os relatos de dor, ampliar a expansibilidade da respiração, permitindo drenagem de secreção e atribuir escores menores para a intensidade de dor após uma sessão de 30 minutos de relaxamento. 3. Integrar-se as atividades com companheiros de quarto ou enfermagem e estar atento aos acontecimentos do ambiente. Diminuir o comportamento defensivo e protetor.
IMPLEMENTAÇÃO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Após realizar inspeção do prontuário sobre horários de maior utilização de analgésicos no período de 24 horas foi proposto a CSA a realização da técnica do relaxamento durante o período do banho, uma vez que apresentava-se: a) com expressão facial de dor; b) relatos freqüentes de dor, respiração superficial e dreno não pervalido e atribuindo escores de 8 pontos para a intensidade de dor numa escala de zero = ausência de dor a dez = dor máxima; c) alheio ambiente, olhar abatido e triste e com alto nível e postura de comportamento defensivo e protetor. 2. Foi salientando os benefícios que o uso da estratégia de relaxamento poderia desencadear tendo o mesmo dado a sua aquiescência para a realização. 3. Providenciado o fechamento da porta do quarto promovendo privacidade e visando reduzir estímulos externos. 4. CSA foi acomodado em cadeira higiênica com rodas para facilitar o seu deslocamento. 5. A temperatura da água foi regulada compatibilizando-a com a temperatura ambiente e com a preferência do cliente. 6. O dispositivo de jontex foi retirado assim como a fralda descartável. 7. A cadeira foi posicionada debaixo do chuveiro com incidência do fluxo maior na região dorsal e foi providenciado apoio para os pés. 8. Após a realização das atividades de higiene corporal foi introduzida conversa de conteúdo ameno e o paciente permaneceu em banho de aspersão aproximadamente por 30 minutos.
AValiação	
<p>Embora tenha concordado com a proposta de relaxamento com a utilização hídrica, CSA mostrou-se inicialmente descrente para a possibilidade de melhora. Após realizar as atividades de higiene pessoal com ajuda, pediu para que fosse reajustada a temperatura da água, participando da escolha da temperatura mais agradável à sua preferência. Quando introduzimos conversas amenas mostrou-se com fisionomia mais tranqüila, diminuindo progressivamente as queixas de dor. Seu padrão respiratório tornou-se menos superficial o que permitiu a drenagem de secreção esverdeada, espessa de odor fétido, perfazendo 55ml. Expressou uma sensação de bem estar e de melhora da dor (escores de 3 pontos para a intensidade de dor no padrão de escala anteriormente utilizada). Após tal período enxugou-se e vestiu-se sozinho, tendo tido ajuda apenas para estas atividades nos MMII. Para ampliar os efeitos do relaxamento CSA foi auxiliado a posicionar-se em uma cadeira de rodas mais confortável e conduzido para a sala de televisão onde estavam um grupo de paciente do setor ao lado. Mostrou-se indiferente ao grupo no início, chegando a sorrir e a estabelecer conversa por iniciativa própria posteriormente. Foi criada situação para que ele permanecesse sem a nossa presença (embora tenhamos nos prontificado para atendê-lo quando desejasse). Teve boa interação com o grupo, tendo solicitado para retornar ao leito somente quando o médico de plantão chegou para examiná-lo. Permaneceu com o grupo após a técnica de relaxamento com água por aproximadamente 3 horas e 20 minutos sem manifestar queixa algica nas 2 horas subsequentes. Quando estava sendo encaminhado ao leito chegou mencionar o bem estar que estava sentindo. Após ser examinado voltou a fazer focalização da queixa algica e quantificando a dor em progressivamente em 8, 9 e 10 pontos respectivamente. Foi medicado, nesta ocasião, conforme prescrição para dores fortes.</p>	

*** Como os dados foram apresentados dentro do referencial teórico de OREM, torna-se desnecessário repetir a categorização. Entretanto quando não há um referencial teórico norteando a coleta de dados esta fase é de fundamental importância no processo de ordenação dos dados. Assim sendo utilizar-se-á em todo o raciocínio diagnóstico o mesmo procedimento.

Para se firmar o diagnóstico “Déficit do conhecimento relacionado a falta de interesse em aprender caracterizado por comportamento inapropriado ou exagerado, verbalização do problema e desempenho incorreto de teste”, utilizou-se o raciocínio de Risner apud CHRISTESEN & KENNEY (1995), Quadro 4 e a técnica do ensino e da aprendizagem (Pozo apud COLL et al., 1996) e (DÍAZ- BORDENAVE & PEREIRA, 1998). A aplicação dessas estratégias visa tornar pertinente um

determinado conteúdo, pela adequação da forma de abordagem dele às características da população alvo (nível de abstração, de raciocínio e experiências prévias) e facilitar a apropriação dessas informações e conhecimentos (com possível incorporação das mesmas às dimensões do indivíduo com reflexos no comportamento e nas atitudes) desencadeados por um processo de análise crítica reflexiva, que será apresentado no Quadro 5.

Quadro 4 - Apresentação do processo de raciocínio fundamentado em Risner apud CHRISTESEN & KENNEY (1995) para a obtenção da impressão diagnóstica de enfermagem

Categorização	Lacunas	Agrupamento	Comparação com literatura	Inferência	Relação Causal
		<ul style="list-style-type: none"> ☒ Embora demonstre muita preocupação com a disfunção sexual pela impossibilidade de manter padrão de Sexualidade anterior e posição radical de impossibilidade de manter padrão de preferências sexuais (fato percebido pelo cuidado com limpeza da região genital e expressão de receio de não poder amar), refere “ausência total” da libido, informa ter tido relações bissexuais com preferência para a orientação homossexual. Nega relações sexuais com profissionais do sexo. Relatou que teve dois parceiros fixos subsequentes. ☒ Afirmou desconhecer se os antigos parceiros sexuais sabem de sua soropositividade. 	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Necessidade de proteção nas relações sexuais. ☒ Sexualidade compreendida como forma de expressão de sentimentos e não somente relações sexuais. ☒ Necessidade de auto e hetero-proteção e utilização de preservativo mesmo nas relações entre pessoas soropositivas para HIV (caracterização das cargas virais são diferenciadas de um indivíduo para o outro). 	Restrição no nível de informação sobre formas de se auto e hetero proteger.	Comportamento inapropriado pela falta de interesse em aprender por considerar erroneamente já ciente sobre assuntos referentes a sexualidade.
Impressão Diagnóstica (Diagnóstico de Enfermagem)		Déficit do conhecimento relacionado a falta de interesse em aprender caracterizado por comportamento inapropriado ou exagerado, verbalização do problema e desempenho incorreto de teste.			

Quadro 5 - Aplicação das estratégias do ensino e da aprendizagem na implementação do processo de enfermagem

Planejamento	<p>META: CSA deverá adquirir conhecimentos necessários sobre como se proteger e proteger outras pessoas nas relações sexuais.</p> <p>OBJETIVOS: CSA deverá ser capaz de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Familiarizar-se com o manuseio do preservativo durante a apresentação do mesmo. 2. Identificar os erros mais frequentes cometidos durante o processo de uso de preservativos. 3. Verbalizar ocorrência de aprendizagem até o momento da alta. 4. Relatar desejo de incorporar o uso de preservativos em todas as suas práticas sexuais.
Implementação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Escolhido horário de menor movimentação e circulação de pessoas (visando reduzir estímulos externos ao processo de ensino) p/ demonstração do uso de preservativo masculino como estratégia de redução do risco para a disseminação do HIV/AIDS. 2. Utilizado materiais didático-pedagógicos manuseáveis para o ensino do uso de preservativo (seringa de 100ml**** e os preservativos). 3. Promovida demonstração estimulando o cliente a manipular o material didático e posteriormente vestindo o preservativo na mão para desvencilhar idéias pré concebidas sobre a perda da sensibilidade e do prazer ao usar o preservativo. 4. Estimulado relacionamento e comunicação efetiva com CSA estando atenta para as reações não verbais e oferecendo feed-back as mesmas. 5. Incentivado CSA a usar mecanismos multissensoriais (tato, olfato, audição e visão) e de repetição, manuseando o preservativo, associando a experiência da demonstração a outros acontecimentos vividos anteriormente. 6. Promovida a associação do preservativo ao lúdico e ao prazer. 7. Avaliado os resultados obtidos após a utilização de estratégias de ensino e de aprendizagem.
AValiação	
<p>CSA apesar de considerar-se esclarecido a respeito do uso do preservativo, mostrou-se interessado em ver o que “de novo havia”. Ao ser apresentado ao material a ser utilizado achou-o muito criativo dirigindo sua atenção para a demonstração. Manuseou com restrições o preservativo como se fosse sujo. Em seguida, mostrou mais desenvoltura. Afirmou que já teve situações em que, usando o preservativo, o mesmo rompeu-se e associou tal situação a ter cometido um dos erros mais comuns a respeito do uso incorreto (não ter deixado espaço na extremidade). Repetiu várias vezes o procedimento e mostrou-se surpreso o preservativo não rompia a cada sugestão de testagem de sua resistência. Quando o preservativo foi calçado na mão da instrutora, houve oportunidade para que se percebesse a diferença de temperatura entre a mão da instrutora e a do paciente. Repetiu o procedimento com fisionomia de curiosidade. Foi alertado para a possibilidade de sentir os pêlos do seu próprio antebraço, estando com uma das mãos envoltas no preservativo. Para realizar esta etapa, fechou os olhos e ao sentir o pêlo de seus braços (estando com preservativo em sua mão) demonstrou expressão fisionômica de concordância sobre a necessidade de usá-lo. Mostrou-se reticente a respeito de reassumir ou negar a perspectiva de um relacionamento afetivo-sexual. Mostra-se desconfiado frente a possibilidade de reassumir práticas sexuais. Perguntou sobre o seu uso em sexo anal e colocação do preservativo com a boca (prática utilizada para associar o uso do preservativo ao prazer), tendo sido orientado. Deixamos referência de profissionais enfermeiros que atuam na instituição e possuem capacitação fornecida pelo Curso de Capacitação de Recursos Humanos de Enfermagem do Estado de Minas Gerais para esclarecimento de dúvidas/curiosidades posteriores. CSA considerou interessante e pertinente a conversa sobre o uso do preservativo, situação que julgava conhecer. O paciente expressou que adquiriu conhecimentos necessários para a auto e hetero proteção em relações sexuais.</p>	

**** A seringa foi escolhida a partir da utilização de quatro critérios: 1) por estar fazendo parte do contexto ambiental em que o cliente encontrava-se; 2) por ser bem aceita num primeiro momento por ele, 3) por constituir-se num instrumental pedagógico adequado a abordagem pedagógica e 4) por favorecer uma transposição da estrutura da seringa para a estrutura peniana.

Para a emissão do diagnóstico “Estratégias ineficazes de resolução individual relacionada a cronicidade da condição e regimes complexos de auto cuidado caracterizada por verbalização da incapacidade de enfrentamento, uso inapropriado de mecanismo de defesa, alteração na participação social e doenças freqüentes”, utilizou-se o raciocínio de Risner apud

CHRISTESEN & KENNEY (1995), apresentado no Quadro 6 e a técnica do “coping” (GORDON, 1994) como estratégia para implementação do processo de enfermagem. A técnica de “coping” auxilia no processo de enfrentamento das situações vivenciadas, objetivando a adoção de comportamento adequado a cada situação, apresentado no Quadro 7.

Quadro 6 - Apresentação do processo de raciocínio fundamentado em Risner apud CHRISTESEN & KENNEY (1995) para a obtenção da impressão diagnóstica de enfermagem

Classificação	Lacunas	Agrupamento	Comparação com literatura	Inferência	Relação Causal
		<ul style="list-style-type: none"> ☒ urina e evacua no leito em vez de solicitar ajuda. ☒ Temendo o impacto discriminatório que esta atitude (contar sobre sua soropositividade) poderá gerar neles. Prefere “não comunicar para não escutar e não se aborrecer”. ☒ Demonstra preocupação na aceitação do seu diagnóstico, fato constatado com contradições (1- a doutora “X” me falou da minha doença, relato de um momento e 2- os médicos não me dizem que estou com AIDS, eles falam de infecções que eu tenho- relato de outro momento). ☒ Expressa-se com dubiedade ao referir-se à sua soropositividade para HIV, preferindo acreditar que “não vou estar com isto, para não cair no abismo de não poder gostar de ninguém e pelo medo das pessoas descobrirem e me isolarem”. ☒ ter tido duas internações anteriores ☒ Gosta de cinema, teatro e ler e de natação não fazendo por restrições das condições de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Necessidade de adaptação a novas situações (comportamento de independência pode ser favorável para o enfrentamento do estresse). ☒ Utilização de estratégias para lidar com fatores estressantes internos e externos. 	Estratégias inadequadas para fazer frente as situações que a presença do HIV faz surgir física, sócio econômica e emocionalmente.	Cronicidade da condição de saúde e nível prolongado de dependência para atendimento do auto cuidado.
Impressão Diagnóstica (Diagnóstico de Enfermagem)		Estratégias ineficazes de resolução individual relacionadas a cronicidade da condição e ou regimes complexos de auto cuidado caracterizado por verbalização da incapacidade de enfrentamento, uso inapropriado de mecanismo de defesa, alteração na participação social e doenças freqüentes.			

Quadro 7 - Aplicação da estratégia do “coping” na implementação do processo de enfermagem

PLANEJAMENTO	<p>META: CSA deverá adquirir estratégias eficazes de resolução individual que promova o crescimento e adaptação a nova situação.</p> <p>OBJETIVOS: CSA deverá ser capaz de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalizar menor desconforto frente a doença; 2. Aumentar suas habilidades para pedir ajuda e aceitá-la; 3. Diminuir o uso do processo de negação de sua situação de doença, 4. Buscar comportamentos mais adequados para enfrentamento de seus problemas.
IMPLEMENTAÇÃO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizado processo de escuta de sua história procurando confrontar opiniões contrárias emitidas pelo próprio cliente (determinar atitude em relação à doença); 2. Auxiliado CSA a elaborar uma lista de possibilidades de enfrentamento para sua situação, discutindo cada perspectiva apresentada de forma realística, buscando esforços cognitivos do próprio cliente para analisar cada opção. 3. Destacada melhoras nas condições de saúde que já se processaram. 4. Solicitada participação do cliente em atividades compatíveis com seu estado e valorizada participação. 5. Proporcionada situações de ampliação de pessoas no convívio.
AVALIAÇÃO	
<p>CSA ao contar sua história relatou várias situações incoerentes e diante da recolocação delas pôde refletir sobre como tem se comportado/enfrentado a situação atual. Após dois dias dessa abordagem, CSA iniciou o processo de solicitação de ajuda para procedimentos em que se identificava incapaz de fazê-los anteriormente. Diminuiu a verbalização de auto piedade e de desconforto frente a doença. Chegou a entender que está utilizando mecanismo de defesa e externou o desejo de ter acompanhamento com psicólogo para ajudá-lo a identificar suas dificuldades. Mostrou maior preocupação com sua auto imagem e assumiu alguns cuidados assistenciais, percebendo-se capaz de realizá-las por si mesmo.</p>	

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo de caso focalizou a utilização das estratégias de relaxamento, do “coping” do ensino e da aprendizagem como estratégias viáveis para a aplicação do Processo de Enfermagem com um cliente infectado pelo HIV e doente da AIDS. A utilização do processo de enfermagem, segundo as diretrizes proposta por Risner para a identificação do diagnóstico de enfermagem e a aplicação da técnica do relaxamento, do “coping”, do ensino e da aprendizagem exemplificadas em três diagnósticos de enfermagem distintos (apresentadas nos Quadros 2 a 7) possibilitou resgatar abordagens científicas que subsidiaram escolhas terapêuticas mais adequadas na implementação do processo de enfermagem.

A utilização do processo de enfermagem possibilita aos profissionais enfermeiros perceberem como, em sua dinâmica de atuação prática, tais conteúdos podem ser aplicados e como o raciocínio científico (atividade interna do profissional enfermeiro) é

fundamental para tornar científico o processo do cuidar desenvolvido pela equipe de enfermagem.

No caso apresentado houve uma aproximação entre a teoria e a prática. O referencial teórico proposto por Orem mostrou-se adequado a situação analisada, uma vez que, em alguns momentos, permitiu explicitar como uma pessoa que está sendo assistida pode reassumir progressivamente a responsabilidade de cuidar-se. Acredita-se que no presente caso, o conceito de cidadania pôde ser resgatado a partir de uma abordagem ético-científica, uma vez que ao nortear a atuação profissional da equipe de enfermagem permitiu a um cliente tomar a consciência da necessidade de proteger-se e proteger outras pessoas numa possível relação sexual. A descrição do presente trabalho constitui numa contribuição para o ensino de graduação e pós graduação, uma vez que os discentes e profissionais de enfermagem têm dificuldade de encontrar na literatura descrições de atividades práticas, nas quais o processo de enfermagem é implementado em todas as suas etapas.

IMPLEMENTATION STRATEGIES OF NURSING PROCESSES FOR AN HIV-POSITIVE CLIENT

Aiming at valuing the use of strategies such as teaching and learning methods, the relaxation technique and coping are described in a case study concerning a hospitalized HIV-positive person presenting the Acquired Immuno-Deficiency Syndrome (AIDS). The Conceptual Model proposed by Dorothea Orem (OREM, 1985), Risner's proposal for the conduction of diagnostic thinking and the Nursing Diagnostic Unifying System proposed by NANDA (NANDA, 1996) were use as theoretical framework. Among the identified diagnoses, three were selected in order to exemplify the planning, implementation and process evaluation phases.

KEY WORDS: nursing, HIV-positive, nursing diagnosis and strategies

ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA PARA UNA PERSONA INFECTADA POR EL HIV

Buscando valorizar la utilización de estrategias como los métodos de enseñanza y aprendizaje, la técnica de relajación y el “coping”, es relatado un estudio de caso de una persona infectada por el HIV y portadora del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) que se encuentra hospitalizada. Se adoptó como referencial teórico el Modelo Conceptual de Dorothea Orem (OREM, 1985), la propuesta de Risner para la conducción del raciocinio diagnóstico y la uniformidad en el Diagnóstico de Enfermería propuesta por la NANDA (NANDA, 1996). De los diagnósticos identificados fueron seleccionados tres para ejemplificar las fases de planeación, implementación y evaluación del proceso.

TÉRMINOS CLAVES: enfermería, suero-positividad para HIV, diagnóstico de enfermería, estrategias

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ARREGUY-SENA, C. **A relação entre o preconceito social e o comportamento de infectados pelo HIV numa instituição hospitalar, segundo a percepção desses.** Rio de Janeiro, 1991. 390p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal Rio de Janeiro.
02. AURIOL, B. **Introdução aos métodos de relaxamento.** São Paulo: Manole, 1985.
03. BRASIL. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde, abril 1997.

04. CAMPEDELLI, M.C.; BENKO, M.A.; CASTILHO, V. **Processo de enfermagem**. São Paulo: Ática, 1989. 136p.
05. CARPENITO, L.J. **Nursing diagnosis application to clinical practice**. 5. ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1993.
06. CARVALHO, E.C. Diagnóstico de enfermagem do padrão de resposta humana comunicar. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 2., João Pessoa, 1990. **Anais**. Paraíba, 1992. p. 105-13.
07. CARVALHO, E.C. A utilização do diagnóstico de enfermagem- experiência no ensino. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 1, João Pessoa, 1995. **Anais**. Paraíba, 1995. p. 81-93.
08. CHRISTESEN, P.J.; KENNEY, J.W. **Nursing process application of conceptual models**. St. Louis: Mosby, 1995. 367p.
09. COLER, M.S.; PÉREZ, V.L. de AB. AIDS... um desafio para a Enfermagem. In: SEMINÁRIO AIDS... UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM, 2, João Pessoa. **Anais**. 16 a 20 de agosto 1993. João Pessoa: Gráfica A União, 1994. 114p.
10. COLL, C.; PALACIOS, J.; MARCHESE, A. **Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia da educação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. Cap. 12, p.176-97.
11. CRUZ, I.C.F. Diagnóstico de Enfermagem e sua aplicação. Revisão da literatura **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 24, n. 1, p. 149-62, 1990.
12. DIAS, L.P.M. Pesquisa, ensino e assistência: o desafio profissional In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 7, Fortaleza, 1994. **Anais**. Fortaleza: ABEn, 1994.
13. DÍAZ BORDENAVE, J.; PEREIRA, A.M. **Estratégias de ensino- aprendizagem**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.
14. FERNANDES, M.A. **Processo de enfermagem dirigido: avaliação da segurança emocional**. São Paulo, 1988. 148p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
15. FERNANDES, R.A.Q. **Estudo da influência do processo de enfermagem na qualidade e na quantidade das anotações no prontuário**. São Paulo, 1989. 109p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
16. FERRAZ, A.E.P. **Busca de informações- uma estratégia de "coping"**. Ribeirão Preto, 1988. 149p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de Ribeirão Preto.
17. GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 338p.
18. GIFT, AG. Visual analogue scales: measurement of subjective phenomena. **Nurs. Res.**, v. 38, n. 5, p. 286-8, 1992.
19. GORDON, M. **Nurgins diagnosis: process and application**. 3. ed. St. Louis: Mosby, 1994. 421p.
- 20- GRIFFITH- KENNEY, J.W.; CHRISTESEN, P.J. **Nursing process: application of theories, frameworks and models**. 2. ed. St. Louis: Mosby, 1986.
21. HORTA, V.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 99p.
22. JESUS, C.A.C. **Assistência de enfermagem a cliente hematológico na visão sistêmica**. Ribeirão Preto, 1992. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
23. LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
24. MARIA, V.L.R. **Preparo de enfermeiras para a utilização de diagnóstico de enfermagem: relato de experiência**. São Paulo, 1990.130p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
25. MARRINER, A. **Nursing theorists and their work**. St. Louis: C.V. Mosby, 1986. p.117-30.
26. MILLER, J.F. **Coping with chronic illness. overcoming powerlessness**. 2. ed. Philadelphia: F.A. Davis, 1992. p. 19-49.
27. NANDA. North American Nursing Diagnoses Association. **NANDA nursing diagnosis: definition and classification 1997-1998**. Philadelphia: NANDA, 1996.
28. OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice**. New York: McGRAW-HILL Book, 1985. 303p.
29. RODRIGUES, C.C.; CARVALHO, E.C. Significado de planejamento de assistência para alunos de Graduação em Enfermagem e Enfermeiros. **4º SICUSP- USP**, v. 1, p. 80, nov. 1996.
30. ROSSI, L. A. **O processo de enfermagem em uma unidade de queimados: análise e reformulação fundamentadas na pedagogia da problematização**. Ribeirão Preto, 1992. 222p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
31. STREUBERT, H.L.; CARPENTER, D.R. **Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative**. Philadelphia: J.B.Lippincott, 1995. 326p.
32. YURA, H.; WALSH, M. **The nursing process assessing, planing, implementing, evolution**. 3. ed. New York: Appleton- Centery Crofts, 1978.
33. VALLS, E. **Os procedimentos educacionais: aprendizagem, ensino e avaliação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.