
INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL PSICOSOCIAL
COM PACIENTES COM AIDS

VICTÓRIA J. SCHINDLER*

TRADUÇÃO E REVISÃO DE:

CLÁUDIA M. S. MARTINEZ

M. LUISA GUILLAUMON EMEL

The American Journal of Occupational Therapy, August,
1988, vol. 42, nº 8, pp. 507-512.

SUMÁRIO

AIDS, tem sido identificada como um problema difundido mundialmente e uma doença altamente debilitante e fatal. A epidemiologia e o quadro clínico da AIDS foram descritas. A doença usualmente ataca pessoas no início de seus 20 anos e até a metade dos 40 e influencia e interrompe fortemente o desenvolvimento regular das tarefas deste período. Com o foco da Terapia Ocupacional em promover a independência em tarefas desenvolvimentistas, o papel do nosso profissional está emergindo como um papel vital.

* Tradução autorizada pela autora.

A avaliação e a intervenção em Terapia Ocupacional, usando a base do comportamento ocupacional como referência, pode ser aplicada à população de AIDS. Na avaliação o terapeuta avalia formalmente o desempenho de papéis, via três subsistemas, com uma ênfase naquelas áreas onde o paciente quer permanecer sob controle.

Uma vez que metas realistas são estabelecidas, o terapeuta dirige a intervenção ajudando o paciente a caminhar através de processo de exploração de competência nas tarefas físicas, cognitivas e psicossociais. Esse processo foi assinalado nesse artigo com exemplos de casos que focalizaram a intervenção psicossocial.

Trabalhar com pessoas com AIDS também aumentam muitos problemas e preocupações do terapeuta. Esses problemas foram mencionados e métodos realistas de explorá-los foram fornecidos.

Com todos os aspectos físicos, psicossociais e cognitivos da doença AIDS, trabalhar com a população aidética pode ser um papel vital para terapia ocupacional. Contudo, após assumir com sucesso esse papel, o Terapeuta Ocupacional necessita se tornar bem informado a respeito de aspectos médicos e psicológicos da doença, explorar a aplicação de teorias de Terapia Ocupacional e tratamento com essa população e discutir os muitos medos e preocupações no trabalho com pacientes com AIDS. Através de aplicação

de seu conhecimento o terapeuta ocupacional pode demonstrar o valor de seu serviço para essa população desafiante.

O papel da Terapia Ocupacional psicossocial com pacientes com AIDS é pesquisado. O quadro clínico é definido, informação a respeito da transmissão, incidência, diagnóstico e tratamento é apresentada e o impacto da doença no ciclo desenvolvimentista da vida é discutido. A base do comportamento ocupacional é usada para guiar a avaliação e intervenção e são fornecidos exemplos de casos. Finalmente medos e problemas que afetam o trabalho dos terapeutas com esses pacientes são explorados.

A Organização Mundial de Saúde, em novembro de 1983 reconheceu a Síndrome da deficiência imunológica adquirida (AIDS) como um problema mundial. Relatos precisos tem sido seguidamente feitos nos Estados Unidos desde 1981 e até 01 de março de 1988, 54.233 casos foram apresentados pelo Centro para o "Controle das Doenças em Atlanta" (Gasble, Barnard, Norko, & O'Connell, 1986; Center for Disease Control, Atlanta, personal communication, march 1988).

AIDS é um processo de doença complexo, caracterizado por um colapso do sistema imunológico natural do corpo. Um vírus, agora rotulado Vírus da imunodeficiência humana (HIV), foi recentemente descoberto por pesquisadores como estando ligado com a AIDS (New York State Department of Health, 1987).

A maioria dos casos de AIDS foram encontradas em áreas metropolitanas; já foram registrados casos em todos os 50 estados americanos (e em todos os grupos étnicos). A AIDS ocorre mais freqüentemente entre homens homossexuais, bissexuais e usuários de droga intravenosa. Contudo, é também encontrado em mulheres, companheiras sexuais de homens com AIDS ou que são de alto risco para AIDS; crianças que adquiriram AIDS no nascimento através de infecção materna ou pessoas com hemofilia que receberam transfusão de sangue infectado ou produtos sanguíneos. A maioria das pessoas com AIDS estão entre o começo dos 20 anos e a metade dos 40 - uma faixa de idade que não supõe o desenvolvimento de uma doença terminal (Christ & Wiener, 1985; New York State Department of Health, 1987).

AIDS não é uma doença facilmente transmissível. Dados evidentes indicam que o vírus é difundido apenas pelo contato "sangue a sangue" e "semem a sangue". Embora fosse originalmente temido que o vírus pudesse ser contraído por meio de métodos casuais, evidências indicam que a doença não pode ser transmitida através de contatos casuais como espirrar, tossir ou compartilhar utensílios de casa, com a pessoa com AIDS (New York State Department of Health, 1987; Ungvarski, 1985).

Atualmente não há um teste definitivo para diagnosticar AIDS, nem há uma vacina ou cura. Contu-

do, foi desenvolvido um teste sanguíneo que detecta anticorpos para o HIV. Algumas pessoas infectadas com o vírus absolutamente não têm sintomas, enquanto outras podem desenvolver sintomas temporais ou moderados que desaparecem poucos dias ou semanas após a exposição. Cerca de 20% dos infectados pelo vírus têm desenvolvido as formas severas e fatais da doença: o perigo de incubação da AIDS, varia de poucas semanas a muitos anos (New York Department of Health, 1987).

Porque a AIDS é um defeito imune severo, pessoas com AIDS estão expostas a um número de doenças oportunistas. Cerca de 85% têm uma ou ambas as duas doenças raras: pneumonia por pneumoagstis carinii, uma infecção dos pulmões, e o Sarcoma de Kaposi, um tipo raro de câncer que ocorre na pele ou na boca. Uma variedade de drogas antivirais estão mostrando alguma promessa de matar ou inibir o HIV, mas a maioria dos tratamentos atualmente têm como alvo as infecções oportunistas ou cânceres (New York State Department of Health, 1987).

Outra síndrome associada com o HIV é o Complexo Relacionado à AIDS (ARC). Os sintomas categorizados como ARC estão associados com o HIV mas não são componentes da definição do Centro para o Controle das Doenças para a AIDS. Alguns desses sintomas, vistos como ARC são: febre contínua, inflamação das glândulas linfáticas, surtos de diarréia e afta. Pessoas com ARC podem morrer de suas infecções sem jamais desenvolver AIDS (New York State Department of Health, 1987).

EFEITO DA AIDS NOS PAÍSES E NAS TAREFAS DA VIDA

Pacientes com AIDS necessitam de uma grande adaptação (ajuste) sobre diagnóstico da Síndrome. Eles são repentinamente colocados face a face com o perigo do contágio e devem se preocupar com a transmissão da doença a outros e a lidar com as reações e medo dos amantes, pais e outros membros da família, com parceiros de trabalho e o público. Eles devem também estar preocupados com a sua própria proteção de doenças oportunistas. Durante os 100 primeiros dias após o diagnóstico, o paciente aidético está vulnerável a sintomas psiquiátricos reativos tais como depressão, ansiedade e preocupação com a doença. Esta vulnerabilidade ao stress relacionado à AIDS é pelo menos tão séria e difundida entre os pacientes com ARC quanto o é entre os pacientes com AIDS. Em um estudo comparativo de homens homossexuais com AIDS (n= 89), homens homossexuais com ARC (n= 39) e homossexuais masculinos sem sintomas físicos (n= 149), pacientes de ARC foram pontuados pelo menos tão alto quanto, se não maior que pacientes com AIDS em parâmetros múltiplos tanto de stress em geral quanto de stress específico de AIDS. Acredita-se que isto seja secundário frente à incerteza persistente sobre o desenvolvimento de AIDS (Holland & Tross, 1985).

Outro problema pode exigir adaptações: os pacientes podem não ter resolvido problemas relativos

à sua homossexualidade ou abuso de drogas. Além disso devido ao público ser ambivalente a respeito da doença e das populações de maior alto risco que a contraem, os pacientes com AIDS tendem a ter negados alguns dos benefícios psicológicos do papel do doente, que outros pacientes com doenças terminais recebem. Por exemplo devido ao medo do contágio, pacientes aidéticos são frequentemente isolados e têm dificuldades em obter benefícios, empregos e cuidados. Além disso, medo público e ansiedade sobre a homossexualidade e vício de drogas podem contribuir para uma rejeição social dos pacientes (Christ & Wiener, 1985).

Pacientes com AIDS também necessitam lutar com as funções de declínio no funcionamento físico, psicossocial e cognitivo. Problemas físicos gerais, incluem perda de peso, fraqueza progressiva e diminuição da resistência. Deuton (1987) demonstrou que 40% dos pacientes com AIDS manifestam danos nefrológicos tais como paraparesias, alterações na percepção sensorial, neuropatias periféricas e disfagia. Adicionalmente, recentes estudos indicam que o HIV afeta diretamente o sistema nervoso central e pode causar sintomas psiquiátricos, tais como humor disfórico, apatia, problemas de concentração e memória e ansiedade, além de outros sinais de deficiência imunológica, danos cognitivos ou anormalidades imunológicas emergem. Por exemplo, pacientes com AIDS que têm se adaptado relativamente bem e não têm desenvolvido his

tória psiquiátrica desenvolveram depressão, maior desordem afetiva e psicose, além de adquirirem outras condições médicas associadas à AIDS/ARC (Perry & Jacobsen, 1986).

O fato dessa doença geralmente atacar pessoas no começo da metade da vida adulta, tem um impacto no desenvolvimento das tarefas desse período. Acima de tudo, é esperado do jovem adulto (25-45 anos) que assuma novos papéis no trabalho, na casa e na sociedade e desenvolva valores, atitudes e atribua interesses para seus papéis (Christ & Wiener, 1985; Murray & Zentner, 1979).

Nos relacionamentos familiares espera-se que o jovem adulto seja independente dos cuidados dos pais, embora ele ou ela possa receber alguma assistência indireta. O trabalho se torna um foco importante e é esperado que o adulto jovem escolha uma ocupação que proverá uma subsistência para ele ou para ela própria e possivelmente para seus dependentes. Muito tempo e energia é concentrado nesse processo e o trabalho torna-se uma parte central do auto-conceito que o adulto faz de si mesmo. O lazer é agora visto como um tempo de recreação ganho e relaxamento do trabalho e freqüentemente assume a forma de exercícios, esportes e hobbies (Murray & Zentner, 1979).

Durante a fase de jovem-adulto, uma pessoa alcançou seu funcionamento mental e motor ótimos. Pensar e aprender são objetivos realistas e centrados

em problemas, e a pessoa pode cogrutivamente combinar ou integrar passos, além de considerar alternativas e sintetizar informações. Emocionalmente o jovem adulto está na crise desenvolvimentista de Erickson (como discutida por Murray & Zeutner, 1979) da intimidade versus o auto-isolamento, na qual ele ou ela formará um intenso compromisso com outra pessoa, casa ou instituição, ou se retiram, tornam-se solitários e centrados em si mesmos. A sexualidade é poderosa e existe uma necessidade de encontrar experiências sexuais satisfatórias e adequadas (Murray & Zeutner, 1979).

Pacientes diagnosticados com AIDS ou ARC são subitamente atirados a um período desenvolvimentista muito mais tardio, sem oportunidade adequada para dominar as tarefas da vida de adulto-jovem. Numa época em que se espera que o jovem adulto seja independente de seus pais e estabeleça uma ocupação, ele ou ela está agora encarando menor independência financeira com o aumento da dependência dos outros. Além disso os pacientes freqüentemente não têm energia ou as capacidades física ou mental para manter seu desempenho no trabalho. O lazer, o tempo que foi reservado para alívio do trabalho, agora se torna o ponto mais importante do horário da pessoa; ainda que a participação em algumas das atividades recreativas podem não ser mais possíveis por causa do estado físico debilitado do paciente. Todas essas mudanças podem causar

um efeito negativo sobre o conceito que a pessoa faz de si mesma.

Fisiologicamente o paciente com AIDS é frequentemente muito fraco e doente, numa ocasião em que ele ou ela deveriam estar funcionando com eficiência total. Cognitivamente, os processos de pensamento podem estar severamente comprometidos se houver qualquer manifestação neurológica da doença. Emocionalmente o paciente pode não ter a energia ou oportunidade para procurar e formar relações íntimas e pode se sentir isolado, solitário e marginalizado. Embora a sexualidade seja poderosa neste estágio, a pessoa com AIDS pode ter um impulso sexual enfraquecido ou pode experimentar culpa ou sentimentos conflitantes sobre a prática das relações sexuais, uma vez que ela é um método importante de transmissão da doença.

Todas essas mudanças interrompem cada faceta da vida para o jovem adulto com AIDS/ARC. O jovem-adulto é forçado a um período de desenvolvimento, geralmente experimentado por pessoas que são 20 ou 40 anos mais velhas; ele ou ela tem que encarar a aposentadoria do trabalho, separação e/ou perda de relações íntimas e o funcionamento mental e fisiológico debilitado.

Apesar dos fatos alarmantes com relação à doença, estudos têm mostrado que pacientes com AIDS estão sobrevivendo por períodos de tempo bastante significativos depois do diagnóstico. Um estudo com 178

pacientes, conduzido na Grã Bretanha entre 1982 e 1985, mostrou que 3/4 dos pacientes morrem até 28 meses após o diagnóstico. Com o desenvolvimento da nova droga AZT, esses períodos de tempo estão aumentando (Guiles & Allen, 1987). Conseqüentemente, pacientes sobreviverão freqüentemente por uma considerável extensão do tempo depois do diagnóstico e freqüentemente estarão suficientemente bem, para viver fora do hospital com variados níveis de assistência (Guiles & Allen, 1987).

Porque a síndrome tem um efeito tão debilitante na habilidade do paciente em realizar os aspectos físicos e psicosociais do trabalho, lazer, interação social e cuidado consigo mesmo e porque o paciente precisa se adequar a essas mudanças por dois ou mais anos, a intervenção da Terapia Ocupacional é de grande benefício.

INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL

Minha revisão da literatura sobre Terapia Ocupacional revelou que apenas três artigos sobre AIDS foram publicados (Caastle, 1986; Denton, 1987; Guiles & Allen, 1987). Incorporei a informação desses artigos com a literatura de outras profissões de saúde aliadas sobre AIDS. Durante a revisão, eu também descobri que o modelo do comportamento ocupacional que tinha sido previamente incorporado com pacientes terminais pode ser usado no tratamento de pacientes com AIDS.

PRINCÍPIOS DO COMPORTAMENTO OCUPACIONAL

Kielhofner define ocupação como uso proposital do tempo por humanos para preencher suas necessidades internas no sentido de explorar e dominar seu meio ambiente, que ao mesmo tempo preenche os requisitos do grupo social ao qual eles pertencem e as necessidades pessoais para a sua auto-manutenção. (Kielhofner, 1980, p. 659).

Através do curso do desenvolvimento normal, as pessoas exploram seu ambiente e fazem escolhas, entretanto a doença terminal interrompe esse processo. A habilidade de controlar e dominar situações de vida cessa e os objetivos de vida podem ser abandonados. O ajuste temporal a um espaço de vida encurtado e ao presente com seus problemas pode ser difícil. Incapacidades físicas, psicossociais e cognitivas podem limitar a habilidade de uma pessoa em explorar e dominar seu meio ambiente. Este é especialmente um problema para pacientes com AIDS uma vez que a maioria deles, estão no começo de seu período da vida adulta média e escolheram ou estão começando a escolher uma ocupação e formaram ou estão começando a formar relações duradouras. Os mais jovens entre eles estão ainda solidificando sua identidade. Ainda mais, não somente eles podem ser parcialmente ou completamente incapazes de preencher os requisitos de seu grupo social, como podem ser evitados por membros da sociedade, não somente por suas doenças sé-

rias, mas também porque sua doença rotula-os como pessoas tendo uma orientação sexual diferente ou tendo um vício.

Por exemplo, A., 35 anos, homossexual, masculino, 2 anos após ter recebido o diagnóstico de AIDS estava severamente magro e tinha neuropatia periférica e estava confinado numa cadeira de rodas. Ele estava engajado num grupo de suporte semanal de pacientes não-hospitalizados (outpatients), para pessoas com AIDS, que era co-liderado (ou co-conduzido) por um psiquiatra residente e por um terapeuta ocupacional. Por causa da fraqueza muscular generalizada, ele não tinha força e paciência para cuidar de qualquer uma de suas necessidades e requeria uma ajuda de saúde na casa por 24 horas. Esse homem que tinha sido comediante até 4 anos antes, agora ficava em casa o dia todo limitando suas atividades em assistir televisão e tornou-se muito depressivo. Ele era evitado pelos membros de sua família, que estavam magoados e bravos após saberem sobre sua homossexualidade no momento do diagnóstico. Muitos de seus amigos tinham morrido de complicações da AIDS. Este homem não era capaz de explorar e dirigir seu meio ambiente e ele era evitado ou perdia contato com seu pequeno grupo social.

AVALIAÇÃO E TRATAMENTO - MODELO DE COMPORTAMENTO OCUPACIONAL

Avaliação: na fase de avaliação o terapeuta ocupacional desempenha fortemente o papel de avaliador e endereça o tratamento para aquelas áreas nas quais os pacientes preferem manter controle. Os déficits e habilidades presentes, dos pacientes (ambos físico e psicológico) são avaliados nas áreas de trabalho, lazer, atividade de vida diária e com uma ênfase nas áreas em que o paciente quer manter ou melhorar. Se há fraqueza grande o paciente pode querer reconstruir sua força e tolerância a fim de "levar a cabo" atividades específicas. Se o paciente está depressivo, ele ou ela pode querer trabalhar para aperfeiçoar seu funcionamento psicossocial para retornar ao nível mais alto de funcionamento possível.

Avaliação também deve endereçar a três subsistemas (vontade, hábito e desempenho) delineados no momento do comportamento ocupacional. Por causa das incapacidades que resultam das doenças oportunistas físicas, neurológicas e psicológicas, os componentes dos três subsistemas podem sofrer extremas mudanças (Killhofner & Burke, 1980).

No sistema volitivo, o terapeuta pode avaliar a causa pessoal do paciente (auto-imagem dele ou dela como uma pessoa competente ou incompetente), metas estimadas e interesses. Com a interrupção na consuma

ção ou manutenção específica de marcos do desenvolvimento, tais como independência financeira, o paciente pode experienciar uma mudança negativa em seu senso de competência, metas e interesses. Em seu subsistema habitual, o terapeuta avaliaria os hábitos do paciente e os papéis internalizados. Hábitos e papéis que têm sido incorporados na vida diária podem agora ser difíceis de se efetuarem. Por exemplo, os hábitos de independência nos auto-cuidados podem estar limitados por uma deficiência física que foi resultado de uma doença oportunista ou um paciente pode não ser capaz de preencher por muito tempo papéis de vida selecionados, tais como um papel de trabalhador.

Finalmente, no subsistema "desempenho", o terapeuta avalia a habilidade presente do paciente. Aspectos motores, psicossociais, cognitivos e sensoriais das habilidades que poderiam estar em disfunção. Por exemplo, a habilidade motora limitada poderia afetar uma habilidade da pessoa completar uma tarefa de auto-cuidado. Após uma avaliação completa, o próximo aspecto seria assistir ao paciente em ver suas metas concretas e mensuráveis que refletem o tempo de restrição imposto por uma doença terminal (Pizzi, 1984).

Tratamento: apesar das mudanças severas na vida, impostas por uma doença terminal, a ocupação como a ferramenta do terapeuta ocupacional pode melho

rar a qualidade de vida para pacientes com AIDS, por assisti-los, por desenvolver habilidades, estabelecer prioridades, maximizar papéis ocupacionais e ganhar senso de competência sobre o ambiente atual, sobre si e sobre o processo da doença (Pizzi, 1984). Por exemplo, A., por causa de seu funcionamento cognitivo e linguagem ainda intactos, foi encorajado a contar seu programa de comédia num gravador. A. conseguiu ajuda de um amigo para escrever as piadas esperando tê-las impressas por companheiros comediantes ou possivelmente publicá-las. Deste modo ele pôde melhorar as habilidades que haviam sido abandonadas, maximizar seu papel como comediante e ganhar um sentido de domínio sobre os objetivos, seu ambiente e sobre a doença.

Mais especificamente, a base da referência do comportamento ocupacional (Kielhofner, 1980; Lielhofner & Burke, 1980) pode ser incorporada no tratamento da população aidética; como seria com qualquer outra população através da ajuda ao paciente a se movimentar através de um processo que começa com a exploração e conduz à competência e realização em tarefas psicossociais cognitivas e físicas (Kielhofner, 1980). Este método permite tentativa e erro, o que é essencial para o desenvolvimento da solução de problemas e habilidades na tomada de decisões (Tigges & Sherman, 1983). Este processo também se dirige a três subsistemas através de assistência ao paciente na aquisi-

ção de habilidade, formando papéis e hábitos e desenvolvendo objetivos e um sentido positivo de causa social. Eu incorporei, a base de Kielhofner (1980) com o estudo do caso descrito abaixo.

Outra paciente, G., de 28 anos, solteira, branca, heterossexual, sem nenhuma história psiquiátrica de internação, foi admitida em uma unidade psiquiátrica de internação de pacientes adultos com problemas agudos com a história de uma semana de delírios afetivos grandiosos instáveis e exaltados, alucinações auditivas, agitação, hiperatividade, preocupação sexual e enormes bebedeiras desgastantes. Anteriormente à admissão, a paciente tinha vivido com seu namorado em um apartamento e tinha trabalhado como farmacêutica em um importante hospital metropolitano. A condição da paciente foi inicialmente diagnosticada como desordem afetiva bipolar - fase maníaca - e ela foi tratada com uma variedade de medicamentos incluindo Lítio; nenhum dos quais teve efeitos positivos.

A medida que a paciente continuou no tratamento ela começou a desenvolver febre e perda de peso em adição à psicose e desorientação. Embora os testes médicos iniciais fossem não-conclusivos, testes posteriores mostraram pneumocistis carinii. Nessa ocasião o namorado da paciente reconheceu que ele era bissexual e tinha provavelmente transmitido o HIV à

ela. Depois que sua "mania" acalmou, G. começou a regredir psicologicamente, cognitivamente e psico-socialmente. Ela era muito atraente mas começou a perder peso e era incapaz de cuidar consistentemente de sua aparência e de suas necessidades de higiene. Embora seus períodos de regressão estivessem aumentando, ela teve períodos lúcidos nos quais tornava-se deprimida acerca de sua situação. Um olhar no espelho intensificava sua depressão. Suas roupas haviam se tornado muito largas, seu cabelo havia perdido o estilo e ela não manteve a rotina de se maquiar e fazer as unhas. No momento que ela manifestou desejo de se tornar mais feminina novamente, a meta foi fixada em aumentar sua independência em auto-cuidado e na aparência.

Poucos meses haviam se passado desde que ela havia atendido essas necessidades e nesse interim ela perdeu algumas de suas habilidades cognitivas (crítica e seqüência) necessárias para levar a cabo essas tarefas. Portanto o processo começou com exploração e experimentação com diferentes tipos de maquiagem, produtos para unhas e estilos de cabelos. Embora G. requisesse reaprendizado e assistência inicialmente, ela era capaz de se tornar mais competente com a prática. Foi planejada uma visita à loja do hospital onde G. comprou roupas apropriadas. Eventualmente G. era capaz de realizar essas tarefas independentemente e continuou a fazer assim, enquanto sua habilida-

de cognitiva permitiu. Embora sua saúde continuasse a declinar lentamente, era capaz de dominar uma meta que era importante para ela.

INFORMAÇÕES PARA TERAPEUTAS QUE TRABALHAM COM PACIENTES AIDÉTICOS

Trabalhando com pessoas com AIDS muitos medos e preocupações do terapeuta ocupacional podem aumentar. O medo do contágio, ainda não garantido presentemente, parece ser o mais difundido e persistente problema por diversas razões.

Primeiro, existe um desejo inicial de prova absoluta de ausência de risco. Em segundo lugar, torna-se difícil acreditar que um vírus capaz de causar uma doença cruel e fatal não seja facilmente transmitido. Em terceiro, porque o HIV foi isolado de outros fluidos corporais tais como saliva, lágrima e urina, há a preocupação de que o contato com estes fluidos podem levar à infecção. Contudo, a evidência atual é que somente sangue e semem estão envolvidos na transmissão do vírus. Finalmente tem havido uma ênfase muito acentuada em casos não usuais e isolados de transmissão do HIV em pessoas que trabalham com cuidados à saúde. Numa inspeção posterior desses casos, foi documentado que houve contato com sangue envolvido (AIDS: Health Prevention, 1987; Friedland & Klein, 1987).

Na realidade não há dados para sugerir que a AIDS pode ser transmitida através de uma via aérea. Também nenhum caso isolado de transmissão ocupacional fora do ambiente de cuidado de saúde foi registrado (Gerberling & Sande, 1987). Um estudo de 101 contatos domésticos de 39 pacientes com AIDS com candidíase oral, todos eles viviam na casa da família com a pessoa com AIDS, por pelo menos três meses e compartilhavam artigos domésticos e facilidades, revelou que somente um dos contatados tinha se infectado com o vírus. Esse contato era uma criança de 5 anos que contraiu o HIV no período perinatal. O estudo concluiu que contatos domésticos que não eram parceiros do sexo de, ou nascidos de pessoas com AIDS eram no mínimo de nenhum risco de infecção do HIV (Friedland et al, 1986).

A inoculação com sangue infectado durante um ferimento acidental com agulha, estava relacionado à transmissão de AIDS em 4 dos 2400 trabalhadores de atenção à saúde. Estes casos isolados salientam a necessidade de controle da infecção mas eles não implicam no alto risco de transmissão para o terapeuta - incluem a lavagem das mãos após o uso de equipamentos e materiais estéreis durante o contato com o sangue e fluido corporal. O controle de infecção para o equipamento consiste em limpar o equipamento com uma solução 9:1 de água e alvejante doméstico (Denton, 1987).

Vários outros medos e problemas se somam aos do contágio e podem influenciar o relacionamento de terapeuta com o paciente com AIDS como "o outro" (Dunkel & Hatfield, 1986) o paciente deve ser reconhecido como um indivíduo e não como um membro de um grupo estereotipado (Dentron, 1987). Outro problema é o medo de morrer. Trabalhando com uma pessoa jovem com uma doença terminal, desperta sentimentos não resolvidos que dizem respeito a própria mortalidade. Trabalhando com pacientes com AIDS também aparecem problemas que dizem respeito à homossexualidade (homofobia). Antes de diagnosticado com AIDS, a preferência sexual da pessoa pode não ter sido conhecida, ou não ter sido um problema.

O rótulo "AIDS" associa uma pessoa como tendo a mesma preferência sexual ou como sendo um usuário de droga intra-venosa e isto faz surgir questões que dizem respeito a suas próprias crenças e valores. Terapeutas podem também super-identificar-se com o paciente e ter dificuldades em manter um ponto de vista objetivo ou podem admitir uma confiança mágica de onipotência. O terapeuta pode também experienciar raiva por causa dos sentimentos de desamparo, medo e culpa em tratando de um paciente com doença terminal. Isso pode resultar em culpar o paciente por ter uma doença que desafia o tratamento tradicional (Dunkel, Hatfield, 1986). Educação com relação à AIDS, grupos de suporte para os companheiros e supervisão contí-

nua podem facilitar a habilidade do terapeuta para reconhecer esses problemas e lidar com eles de uma maneira produtiva apropriada. Esses foruns também podem capacitar o terapeuta a discutir outros medos e preocupações associadas com essa população desafiante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AIDS: Health prevention of health care workers (1987, August) 1199 News, pp. 6, 11.
- CAESTLE, S. (1986, November 5). The emerging role of occupation therapy with AIDS. *Occupation Therapy Forum*, pp. 9-10.
- CHRIST, G.H., & WIENER, L. (1985). Psychosocial issues in AIDS. In V. Devita Jr., S. Hellman, & S. Rosenberg (Eds.), *AIDS: Etiology, diagnosis, treatment and prevention* (pp. 277-297). Philadelphia, PA: Lippincott.
- DENTON, R. (1987). AIDS: Guidelines for OT intervention. *American Journal of Occupation Therapy*, 41, 427-432.
- DUNKEL, J., & HATFIELD S. (1986). Countertransference issues in working with persons with AIDS. *Social Work* (March-April), 114-117.

FRIEDLAND, G., SALTZMAN, B., ROGERS, M., KAHL, P., LESSER, M., MAYERS, M., & KLEIN, R. (1986). Lack of transmission of HTLV-III/LAV infection to household contacts of patients with AIDS or ARC with oral candidiasis. *New England Journal of Medicine*, 314 (6), 344-349.

FRIEDLAND, G., & KLEIN, R. (1987). Real and perceived risks of AIDS in the family and household. *AIDS: Information on AIDS for the practicing physician* (vol. 3, pp. 16-22). Chicago: American Medical Association.

GABLE, R., BARNARD, N., NORKO, M., & O'CONNELL, R. (1986). AIDS presenting as mania. *Comprehensive Psychiatry*, 26, 251-254.

GERBELING, J., & SANDE, M. (1987). Real and perceived risks of AIDS in the health care and work environment. *AIDS: Information on AIDS for the Practicing Physician*. (vol. 3, pp. 11-15). Chicago: American Medical Association.

GUILES, G., & ALLEN, M.E. (1987). AIDS, ARC and the occupation therapist. *British Journal of Occupation Therapy*, 50 (4), 120-122.

HOLLAND, J.C. & TROSS, S. (1985). The psychosocial and neuropsychiatric sequelae of the acquired immune deficiency syndrome and related disorders. *Annals of Internal Medicine*, 103 (3), 760-4.

- KIELHOFNER, G. (1980). A model of human occupation, part 2. Ontogenesis from the perspective of temporal adaptation. *American Journal of Occupation Therapy*, 34, 657-663.
- KIELHOFNER, G., & BURKE, J. (1980). A model of human occupation, part 1. Conceptual framework and content. *American Journal of Occupation Therapy*, 34, 572-581.
- MURRAY, R. & ZENTNER, J. (1979). *Nursing assessment and health promotion through the life span* (2nd. ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- New York State Department of Health. (1987, May). *AIDS-100 Questions and Answers*. Author.
- PERRY, S., & JACOBSON, P. (1986). Neuropsychiatric manifestation of AIDS - spectrum. *Hospital and Community Psychiatry*, 37 (2), 135-141.
- PIZZI, M. (1984). Occupation therapy in hospice care. *American Journal of Occupation Therapy*, 37, 235-238.
- TIGGES, K.N., & SHERMAN, L.M. (1983). The treatment of the hospice patient: From occupational history to occupational role. *American Journal of Occupational Therapy*, 37, 235-238.
- UNGVARSKI, P. (1985). Learning to live with AIDS. *Nursing Mirror*, 160, 21-23.