

ELIANE MARIA RIBEIRO DE VASCONCELOS

**CUIDADO DE ENFERMAGEM, COM VISÃO HOLOGRÁFICA, NA ABORDAGEM
DE IDOSAS COM DEPRESSÃO, UTILIZANDO A TERAPIA FLORAL DE BACH.**

**FLORIANÓPOLIS
2003**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

**CUIDADO DE ENFERMAGEM, COM VISÃO HOLOGRÁFICA, NA ABORDAGEM
DE IDOSAS COM DEPRESSÃO, UTILIZANDO A TERAPIA FLORAL DE BACH**

ELIANE MARIA RIBEIRO DE VASCONCELOS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade. Linha de pesquisa: Cidadania e o Processo de Viver Saudável e Adoecer – área temática: Cuidado de Pessoa Idosa.

ORIENTADORA: Dra. LÚCIA HISAKO TAKASE GONÇALVES

Florianópolis, junho de 2003

**CUIDADO DE ENFERMAGEM, COM VISÃO HOLOGRÁFICA, NA
ABORDAGEM DE IDOSAS COM DEPRESSÃO, UTILIZANDO A
TERAPIA FLORAL DE BACH**

ELIANE MARIA RIBEIRO DE VASCONCELOS

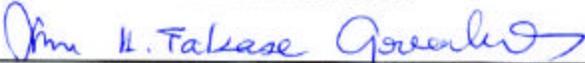
Esta tese foi ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

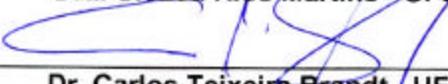
E aprovada na versão final em 30 de junho de 2003, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dra Denise Elvira Pires de Pires – Coordenadora do Curso

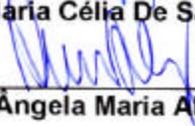
BANCA EXAMINADORA


Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves Presidente – Orientadora


Dra. Cleusa Rios Martins - UFSC


Dr. Carlos Teixeira Brandt - UFPE


Dra. Maria Célia De Santi - UNIFESP


Dra. Ângela Maria Alvarez - UFSC

Dra. Sofia Maria Tafill Bello Valente – USP/SP- Suplente

Dr. Antonio Miranda Wosny – UFSC - Suplente

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, Ceciliano José, amigo de todas horas, por sua grande dedicação aos filhos e pela constante orientação para a vida. Um grande homem, que, agora, está em outro plano, mas sempre presente em minha vida, pelo amor que lhe tenho.

À minha mãe, Maria de Lourdes, mulher forte, exemplo que deve ser seguido, dona de um coração repleto de carinho e compreensão, que jamais conheceu limites no amor a seus filhos.

AGRADECIMENTOS

Como todo trabalho científico, este resulta da participação direta ou indireta de uma série de pessoas com quem convivemos, de quem recebemos estímulos, admiração, ensinamentos e colaboração. Todas elas foram de extrema importância para que este esforço se tornasse realidade. Deixo, aqui, minha profunda gratidão a essas pessoas maravilhosas e especiais em minha vida.

A Deus, por tudo e por me manter em harmonia para poder terminar este trabalho.

A todas as idosas que fizeram parte do estudo, sem as quais este trabalho não teria sido possível, agradeço pelo compromisso e disponibilidade, Muito obrigada!

À minha família, especialmente a meus pais que, com certeza, ensinaram-me a apreender, a encontrar o valor da sabedoria nas coisas simples da vida e a valorizar o ser humano.

À Profa Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves, minha orientadora, por sua liderança científica e amizade, muitas vezes maternal, pela sua paciência, dedicação e respeito ao meu silêncio, pela presença em todas as fases deste trabalho, pelo exemplo de profissionalismo e compromisso com a pesquisa, por olhar o pesquisador como ser humano e perceber que a Enfermagem é ciência, mas também é arte do cuidar e que, por isso, deve estar aberta para outras perspectivas. Muito obrigada pela confiança.

Ao meu grande amigo e professor, Dr. Carlos Teixeira Brandt, por sua competência, firmeza, por ter agido como se fosse meu verdadeiro orientador e pelo apoio nas horas mais difíceis de minha vida, sempre dando-me o seu carinho e assistência, a mim e à minha família. De coração, muito obrigada!

Aos meus queridos irmãos, Célia e Flávio, por estarem sempre presentes, dando-me força e coragem; por estarem sempre disponíveis, compartilhando comigo os momentos difíceis; e à minha irmã, Ana Lúcia, que, embora distante, sempre esteve torcendo por mim.

À Universidade Federal de Pernambuco, por haver permitido o afastamento necessário para o meu aprimoramento profissional.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem, e em particular aos que fazem a Área de Enfermagem de Saúde Pública por terem colaborado com o meu afastamento para o meu aprimoramento profissional, pela confiança e incentivo principalmente a amiga Cila Maria Auxiliadora Cordeiro da Silva.

À colega e amiga, Silvana Sidney Costa Santos, pela amizade, dedicação, carinho, disponibilidade e orientações e por acreditar que, em tempo tão exíguo, eu chegaria ao fim deste trabalho. Se não fosse a ajuda desta amiga, seria muito mais difícil essa conquista.

Às Dras. Fátima Cartaxo, Lúcia Cabral, Irene Delgado, Tatjane Miranda, e aos demais funcionários que integram a equipe do Centro de Reabilitação Damásio Barbosa de Franca, pelo acolhimento, atenção e colaboração comigo e com meu trabalho, que passou a ser de todos nós.

A Dr. Antônio de Souza Carvalho, Diretor do Centro de Reabilitação de Idosos – Damásio Barbosa de Franca – João Pessoa – PB, pela confiança, acolhida e apoio desde o início do estudo.

A amiga Graça Lucena, por apresentar-me a equipe do Centro de Reabilitação Damásio Barbosa de Franca, sem sua disponibilidade esse trabalho não teria se realizado.

Aos professores do Doutorado, pelos ensinamentos ministrados, em especial à Dra. Tamara Iwanow Cianciarullo, Dra. Cleusa Rios Martins, Dra. Alcione Leite e à funcionária Odete Rosa, pela constante amabilidade.

A Profa. Dra. Maria Célia De Santi, pelas valiosas contribuições no desenvolvimento deste estudo, desde a qualificação, e pela atenção e disponibilidade em ficar horas ao telefone.

Às pessoas com quem convivi em dois anos de moradia em Florianópolis: Elizabete Pereira, Olga Borges Martins, Terezinha Lorenzine, Eunice Bispo e família, Renato Kadlez e Irineu Rubine.

À família El Achkar, em especial a Dalal e Laila, duas irmãs que encontrei em Florianópolis, pelo carinho e acolhimento.

À amiga (mãe), Rinalda, Maria Guerra (vó), Rafael, Livramento, Inês e Ednaldo, por terem me acolhido no aconchego familiar, com carinho e amizade.

Serei eternamente grata à professora e amiga Rosário Sá Barreto dos Santos, pelo profissionalismo e prontidão em corrigir e tornar as narrativas mais agradáveis.

À CAPES, pela ajuda financeira sob a forma de bolsa de estudo.

A todos os meus familiares irmãos, sobrinhos e cunhados, por compreenderem quando necessitei de ausentar-me em alguns momentos.

A todos que direta e indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Origem deste estudo.....	13
1.2 Bases conceituais.....	15
1.3 Justificativa, questão norteadora e objetivo do estudo.....	21
2. CONSTRUÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
2.1 Teoria Holográfica.....	23
2.2 Enfermagem Holográfica à luz da teoria de Betty Neuman e da medicina vibracional.....	34
2.3 Depressão no idoso.....	40
2.4 Terapia floral de Bach.....	42
2.5 Modelo esquemático do referencial teórico.....	51
3. CAMINHO METODOLÓGICO.....	54
3.1 Processo da Pesquisa.....	54
3.1.1 Tipo do estudo.....	54
3.1.2 Apresentação do estudo.....	55
3.2 Local de desenvolvimento e seleção das voluntárias do estudo.....	56
3.3 Cuidados éticos.....	58
3.4 Coleta de dados.....	59
3.5 Análise do estudo.....	63
4. DESCRIÇÃO DOS CASOS.....	64
4.1 Análise Descritiva.....	64
4.2 Análise Estatística das BDI.....	178
5. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	181
5.1 Escolha do tema.....	181
5.2 Caracterização das voluntárias do estudo.....	182
5.3 Estressores da amostra.....	183
5.4 Depressão – visão abrangente.....	184
5.5 Resultados.....	186
5.5.1 Os estressores intrapessoais.....	186
5.5.2 Os estressores intra e interpessoais.....	192
5.5.3 Os estressores extrapessoais.....	194
5.5.4 Os estressores interpessoais.....	194
5.5.5 Uso da terapia Floral de Bach.....	199
5.6 Reflexões sobre a terapia floral de Bach e o modelo terapêutico.....	207
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	211
7. REFERÊNCIAS.....	216
8. ANEXOS.....	222
Anexo A Carta ao Imo. Sr. Secretário Municipal de Saúde de João Pessoa.....	222
Anexo B Certidão.....	223
AnexoB1 Termo de Consentimento.....	224
Anexo C Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	225
Anexo D Formulário de Entrevista e Observação.....	226
Anexo E Escala BDI.....	230
Anexo F Critérios Diagnósticos das Depressões pelo DSM-IV.....	233
Anexo G Parecer Médico e Psicológico.....	239
Anexo H Resolução COFEN – 197.....	245

CUIDADO DE ENFERMAGEM, COM VISÃO HOLOGRÁFICA, NA ABORDAGEM DE IDOSAS COM DEPRESSÃO, UTILIZANDO A TERAPIA FLORAL DE BACH

RESUMO: Este estudo teve como objetivo investigar a relevância do cuidado de Enfermagem com visão holográfica, incluindo a aplicação dos florais de Bach em idosas com depressão, usando o referencial de Enfermagem de Betty Neuman. Foi utilizada uma metodologia qualitativa com abordagem analítica e analógica. A técnica da abordagem foi o estudo de casos, aplicando-se a entrevista semi-estruturada e a escala de Beck – *Depression Inventory* - BDI, para semi-quantificar a depressão. Foi feita análise estatística das médias dos BDIs. O diagnóstico de depressão foi baseado no DSM IV, feito por uma geriatra, que também fez a avaliação desses casos após o período estipulado de tratamento (20 semanas). As idosas participavam das sessões de terapia de grupo, realizadas por uma psicóloga. As voluntárias foram 13 idosas, acima de 60 anos, em depressão, assistidas no Centro de Reabilitação de Idosos Damásio Barbosa de Franca – João Pessoa – Paraíba, no período de julho de 2002 a fevereiro de 2003. Os dados foram colhidos através das respostas dos questionários. Entre as informações foram identificados os estressores, os fenômenos de Enfermagem, segundo a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE) – versão ALFA, e as metas a serem trabalhadas através da terapia floral de Bach. Os fenômenos de Enfermagem ligados aos estressores intrapessoais mais freqüentes foram: depressão; dificuldade para dormir; isolamento social; tristeza; desesperança; falta de apetite; ansiedade; culpa; medo; insônia; fadiga; baixa auto-estima; interação social prejudicada; sono intermitente; déficit nutricional. Dentre os ligados aos estressores intra e interpessoal associados, destacaram-se: falta de apetite; culpa; distúrbio do relacionamento familiar; insônia; crenças de valores; processo familiar alterado; interação social prejudicada. Dos ligados aos estressores intra, inter e extrapessoais perceberam-se: distúrbio no relacionamento familiar; interação social limitada. Percebeu-se que os estressores que mais contribuíram para a depressão em idosas estavam ligados aos intrapessoais, fossem eles associados ou não a outros estressores. A intervenção da enfermagem foi à prescrição dos florais de Bach. Pode-se concluir que o cuidado de Enfermagem com visão holográfica, incluindo a aplicação dos florais de Bach, em idosas com depressão, contribuiu para a redução significativa dos estressores nessas pacientes. Assim, a sua aplicabilidade é possível uma vez que a teoria escolhida trabalha com os estressores, sendo esses harmonizados através da terapia floral de Bach, que atua nas causas dos desconfortos, equilibrando o indivíduo e devolvendo-lhe a saúde.

Palavras chave: Enfermagem; Visão holográfica; Idosa; Depressão; Mulher; Florais de Bach.

NURSING CARE, WITH THE HOLOGRAPHIC VIEW POINT IN THE TREATMENT OF ELDERLY DEPRESSED PEOPLE USING THE FLORAL BACH THERAPY

ABSTRACT: The purpose of this study was to investigate the importance of nursing care with the holographic point of view including the use of Bach floral remedies in elderly depressed women. It was used the reference of nurse of Betty Neuman. The methodology was descriptive with an analytical component. It was a case control study, using a questionnaire. The interviews were done and the scores were evaluated in the Beck Depression Inventory (BDI). The semi quantitative scale was used for assessing the evaluations. The depression diagnosis in the volunteers was based on the Statistics of Mental Diseases (DSM - IV), which was performed by a medical doctor specialized in geriatrics. He also performed the evaluations that followed the treatment time (20 weeks). The women also were part of therapy group supervised by a psychotherapy specialist. It was included 13 women older than 60 years cared for at the Elderly Rehabilitation Center "Damásio Barbosa de Franca", João Pessoa – Paraíba, Brazil), from July 2002 and February 2003. Among the collected information's were identified the stressors viewed by the nurses-International Classification for Nurse Practices .The aims were pursued using a floral Bach therapy. It was identified nurse phenomena linked to intra personal stressors. The most frequent were difficulties for falling a sleep, social isolation, lack of hope, lack of appetite, anxiety, guilty feeling, scare feeling, insomnia, tired feeling, low auto evaluation, depression, social interaction disturbed, intermittent sleep, and nutritional deficit. Among the intra and inter personal stressors were: lack of appetite; guilty feeling; disturbance of familiar relationship; insomnia; belief values; familiar process altered; and social interaction disturbed. Among the intra and inter personal stressors were: disturbance of familiar relationship; limited social interaction. It was found that the stressors that were most associated with depression in elderly were the ones linked to the intra the proper self – related or not to other stressors. The nurse intervention was to prescribe the Bach flower. One can conclude that the nursing care with holographic view point including the use of Bach floral remedies in elderly depressed women was important for the reduction of the stressors in these patients. This paper is relevant for elderly people, since the depression cause can be identified. Its applicability is possible based upon the chosen theory, which works with the stressors. The treatment implies the goal of producing harmony through the floral Bach therapy, which acts in the uncomfortable causes, promoting individual balance and giving back the health.

Key Words: Nurse; Holographic view point; Elder; Depression; Woman; Bach floral remedies.

CUIDADO DE ENFERMERÍA CON VISIÓN HOLOGRÁFICA, EN EL ABORDAJE DE PERSONAS DE TERCERA EDAD CON DEPRESIÓN, USANDO LA TERAPIA FLORAL DE BACH.

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo investigar la relevancia del cuidado de Enfermería con visión holográfica, incluyendo la aplicación del floral de Bach en personas de edad con depresión, usando el referencial de Enfermería de Betty Neuman. Fué utilizada una metodología cualitativa con abordaje analítico y analógico. La técnica usada correspondió al estudio de casos, aplicándose una entrevista semi-estructurada y la balanza de Beck - el Inventario de Depresión - BDI, con el objetivo de semi-calificar la depresión. Se hizo el análisis estadístico de los promedios de BDIs. El diagnóstico de depresión fue basado en el DSM IV, realizado por un geriatra que también llevó a cabo la evaluación de esos casos después del periodo especificado de tratamiento (20 semanas). Las personas de edad participaron en las sesiones de terapia de grupo, conducidas por una psicóloga. Las voluntarias eran 13 mujeres de más de 60 años de edad, con depresión, atendidas en el "Centro de Reabilitação de Idosos Damásio Barbosa de Franca" en la ciudad de João Pessoa – Estado de Paraíba - Brasil, en el periodo de julio de 2002 a febrero de 2003. La recolección de datos correspondió a las respuestas a las encuestas. Entre la información fueron identificados los factores estresadores, los fenómenos de Enfermería, según la Clasificación Internacional de la Práctica de la Enfermería (CIPE) – versión ALFA, y las metas a ser trabajadas por medio de la terapia floral de Bach. Los fenómenos de Enfermería más frecuentemente relacionados con los estresadores intrapersonales eran: depresión; dificultad para dormir; aislamiento social; tristeza; desesperanza; falta de apetito; ansiedad; culpa; miedo; insomnio; fatiga; baja autoestima; interacción social perjudicada; sueño intermitente; déficit nutricional. Entre los fenómenos ligados a los estresadores intra e interpersonales asociados, se destacaban: falta de apetito; culpa; perturbación de la relación familiar; insomnio; creencias en valores; proceso familiar alterado; interacción socialperjudicada. Com respecto a los fenómenos relacionados con los estresadores intra, inter y extra-personales, fueron documentados: perturbación en la relación familiar e interacción social limitada. Fue notado que los estresadores que más contribuyeron para la depresión en personas de edad estaban relacionados con los intra-personales, pudiendo o no estar asociados a otros estresadores. La intervención de Enfermería fue la prescripción del floral de Bach. Se puede concluir que el cuidado de Enfermería con visión holográfica, incluyendo la aplicación del floral de Bach, en personas de edad con depresión, contribuyó a la reducción significativa de los estresadores en estos pacientes. Así, su aplicabilidade es posible ya que la teoría elegida trabaja con los factores estresadores, siendo estos armonizados por medio de la terapia floral de Bach, que actúa sobre las causas del malestar, equilibrando al individuo y devolviéndole la salud.

Palabras-clave: Enfermería; visión Holográfica; Tercera Edad; Depresión; Mujer; Floral de Bach.

PRÉOCCUPATION D' ENFERMAGE* AVEC VISION HOLOGRAPHIQUE DANS L'ABORDAGE DES ÂGÉES DÉPRIMÉES EN USANT LA THÉRAPIE FLORAL DE BACH

RÉSUMÉ : Cet étude a eu par l'objectif rechercher l'importance de la préoccupation d'enfermage avec la vision holographique y comprenant l'application des « Florals de Bach » en âgées déprimées, usant le référentiel d'Enfermage de Betty Neuman. On a eu utilisée la méthodologie qualitative dans une vision analytique et analogique. La technique d'abordage adoptée a été l'étude de cas, s'appliquant l'entrevue demi-structurée et l'échelle de Beck – Depression Inventory – BDI, pour demi-quantifier la dépression. On a été fait l'analyse statistique des mesures des BDIs. Le diagnostic de dépression s'abasé au DSM – IV, fait par une gériatre, qu'a fait aussi l'évaluation de ces cas après la période stipulé de traitement(20 semaines). Les âgées participaient des séances de thérapie de groupe, réalisées par une psychologue. Les volontaires ont été treize âgées avec âges supérieures à 60 ans, toutes déprimées, assitées au Centre de Réhabilitation d'Âgées Damásio Barbosa de Franca – João Pessoa – Paraíba, de juillet de 2002 à février suivant (2003). Les données ont été obtenus par moyen de réponses aux questionnaires. Chez les informations ont été identifiés les estresseurs,** phénomène d'enfermage, selon la Classification Internationale de la Pratique d'Enfermage(CIPE) – version ALFA, et les buts à être travaillés au moyen de la thérapie de Bach. Les phénomènes d'enfermage liés aux estresseurs intrapersonnels plus fréquents ont été les suivants : dépression, difficulté pour dormir, isolement social, tristesse, désespérance, anxiété, faute, peur, insomnie, fatigue, peu auto-estime, dommage à l'interaction sociale, sommeil intermitent, déficit nutritionnel. Parmi ceux liés aux estresseurs intra et interpersonnels associés s'ont détachés : l'absence d'appétit, faute, trouble de relations familiales, insomnie, croyances de valeurs, procès altéré, dommage à l'interaction sociale. De tous ces liés aux estresseurs intra, inter et extrapersonnels ont été perçus : troubles des relations familiales, interaction sociale limitée. On a perçu encore que les estresseurs qui plus ont contribué pour la dépression en âgées, ils étaient liés aux autres estresseurs. L'intervention de l'enfermage a été la prescription de florals de Bach. On peut conclure le suivant : le soin d'enfermage dans une vision holographique, et y s'employant les florals de Bach en âgées déprimés, a donné une contribution pour la réduction significative des estresseurs dans ces malades. De cette façon, son applicabilité est possible parce que la théorie choisie elle travaille avec les estresseurs et ils se sont harmonisés au moyen de la thérapie floral de Bach, laquelle exerce une influence dans les causes des absences de bien-être, en équilibrant l'individu et lui restituant leur santé.

Mots-Clés : *Enfermage, Vision Holographique, Âgées, Dépression, Femme, Florals de Bach.*

* préoccupation de fonction des infirmiers

** tout qui fait stress

1. INTRODUÇÃO

“Eu não sou sábio”, dizia, “nem posso apresentar-me como descobridor de algo novo. Os que me freqüentam nada aprendem de mim, mas encontram em si mesmos muitas e belas coisas que já possuíam”. Sócrates.

1.1 Origem deste estudo

Este estudo sobre os Florais de Bach em idosos com depressão resulta de diferentes momentos de reflexão e, assim, traz consigo duas características fundamentais: 1- Foi elaborado por uma enfermeira gerontogerátrica e terapeuta floral, que acredita na Enfermagem como uma profissão de ajuda, cuja prática se efetiva através do processo de interação humana, mediada pelo uso dos Florais de Bach, por meio do qual os indivíduos¹ são harmonizados para alcançar seu potencial para o desempenho das atividades da vida cotidiana, restabelecendo o seu bem-estar biopsicoemocional e espiritual; 2 Foi elaborado por um profissional que acredita na integração entre a prática da saúde de forma convencional e a não convencional, fundamentada no diálogo e no crescimento mútuo entre os profissionais de saúde a fim de promover um melhor cuidado à clientela.

Tendo como imperativo dar continuidade a um trabalho individual que vem sendo realizado sobre as práticas não convencionais no cuidado de enfermagem há algum tempo, é possível que sua principal contribuição esteja representada pela possibilidade de articular as duas práticas de saúde com uma linha de trabalho própria da Enfermagem, com o qual se visa o novo modo de enfocar o cuidado ao indivíduo na sua totalidade, propondo em seu estudo um cuidado de enfermagem com visão holográfica e o uso dos florais de Bach em idosas deprimidas.

Para melhor compreensão da temática central e como os enfoques teóricos e metodológicos adotados foram sendo definidos ao longo do tempo, considera-se importante uma narrativa sucinta da trajetória profissional da autora.

¹Escolhi a temática indivíduo para utilizar nesse estudo, por concordar com Turato (2003, p.228), quando afirma que indivíduo, do latim *individuus*, de *in* -, não, e *dividuus*, divisível, quer dizer indivisível, inseparável; e como não descaracterizar-se como tal e possuindo características próprias que o distinguem dos outros.

Para pesquisar os florais de Bach, a autora procurou respaldo, porque os problemas que enfrentou a conscientizaram, das dificuldades pelas quais iria passar. Mas, aceitou o desafio com satisfação por ser uma área em que acredita e, por isso, tem como objetivo introduzi-la na Academia como um complemento da prática de saúde convencional (alopática). Seu interesse provém não só do fato de pertencer à região Nordeste, carente de recursos humanos, mas também do descaso das autoridades com relação ao cuidado à população e, finalmente, do compromisso profissional e social que assumiu como enfermeira de saúde pública, preocupada com a saúde mental.

Após reflexão feita a partir da prática social, a pesquisadora decidiu não permanecer à margem do problema, mas, de certa forma, contribuir, com um olhar diferente, para o bem-estar do idoso com depressão, dando-lhe um cuidado individualizado e humanizado através do cuidado de enfermagem com visão holográfica e do uso dos florais de Bach.

A trajetória foi longa. A partir do primeiro contato que teve, como estudante, com o doente mental, surgiram-lhe vários questionamentos, os quais permaneceram sem respostas por muito tempo. Um deles era sobre o tratamento generalizado adotado para aqueles doentes, se a causa do seu surto era diferente da apontada. E isso a inquietou por muito tempo. Anos mais tarde, atuando como profissional em uma grande instituição psiquiátrica da cidade do Recife-PE, a questão voltou a incomodá-la, mas de forma mais intensa. Teve, então, a oportunidade de fazer um curso pré-congresso sobre terapia floral de Bach, no 46º Congresso Brasileiro de Enfermagem, em 1993 (Recife-PE). A partir daí, a questão passou a ser respondida, pois começava a enquadrar as situações vivenciadas pelos pacientes nas sete emoções básicas que Bach classificou como desencadeadora das doenças, ou seja, a mola mestra da causa dos surtos dos pacientes internados.

Tomou conhecimento de sua filosofia e de seu princípio terapêutico; esse último, através do seu sistema de cura composto por 38 flores. Cada planta, escolhida especialmente por meio de sua função primeira, a capacidade de tratar da mente.

É bem conhecida a maior prevalência da depressão na velhice por causas variáveis. Essas vão da depressão maior a disforia senil ligada a problemas gerais. Essas causas se enquadravam nos pacientes internados na

referida instituição. Surgiu, então, a idéia deste estudo que foi o fio condutor do trabalho inicial no mestrado².

Ao retornar à atividades em 1998, no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, foi elaborado, com os alunos da disciplina de Enfermagem de Saúde Pública, um projeto de extensão em uma instituição de longa permanência, acrescentando ao programa a temática do idoso e das práticas não convencionais – como essências florais, massoterapia, acupuntura, ioga, fitoterapia, iridologia, xantala, homeopatia, entre outras. Particularmente a avaliação mais aprofundada sobre a eficácia da terapia floral de Bach na depressão em idosos.

O que se propõe nesta investigação é a avaliação dos resultados do cuidado de enfermagem com uma visão holográfica e o uso dos florais de Bach em idosos com depressão em um estudo de série de casos com uma abordagem holística, a fim de que se possa utilizá-la como complemento, em benefício dos clientes idosos com depressão. Deseja-se que esse tema seja discutido na Academia na perspectiva científica, pois ele promove um cuidado de qualidade, quando bem conduzido como qualquer outro.

1.2 Bases conceituais do estudo

A abordagem de cura eletromagnética, emprestada dos princípios da teoria de Einstein, representa o início de uma revolução na visão dos profissionais da saúde, pela compreensão de que o organismo humano é constituído por uma série de campos de energia multidimensionais interativos (Gerber,1997).

O paradigma einsteiniano, quando aplicado à medicina vibracional, vê os indivíduos como redes de complexos campos de energia em contato com os sistemas físico e celular. A medicina vibracional utiliza energias específicas para atuar de forma positiva sobre os sistemas energéticos que possam estar desequilibrados devido às doenças. Ao reequilibrar os campos de energia que ajudam a regular a fisiologia celular, os profissionais que lidam com as terapias vibracionais procuram restaurar a ordem a partir de um nível mais elevado do funcionamento humano (Gerber,1997).

² Dissertação intitulada *Uso dos Florais de Dr. Bach por indivíduos na terceira idade em fase depressiva: Assistência de Enfermagem*. Defendida no dia 14 de outubro de 1997, na Universidade Federal da Paraíba.

O reconhecimento de que toda matéria é energia constitui a base para compreender que os indivíduos podem ser considerados sistemas energéticos dinâmicos. Einstein provou que energia e matéria são duas manifestações diferentes da mesma substância universal. Essa é a energia ou vibração básica da qual somos constituídos. E, por sermos constituídos de energias, as tentativas de curar o corpo através da manifestação desse nível básico energético ou vibracional da substância podem ser chamadas de medicina vibracional (Gerber,1997).

A força vital organiza os sistemas vivos e constantemente renova e reconstrói os seus vínculos celulares de expressão. Essa força é uma forma de energia comumente ignorada pelos mecanicistas, cujas posições são predominantes na medicina ortodoxa. A incapacidade da ciência para lidar com as forças vitais que animam a estrutura humana deve-se, em parte, ao conflito entre os sistemas de crenças oriental e ocidental. Essa diferença no modo de ver o mundo é, na verdade, um sinal da separação da ciência e da religião ou filosofia. A aplicação do modelo newtoniano para explicar o funcionamento do corpo humano é uma tentativa mecanicista, para entendê-lo e manipulá-lo. A mecanização do corpo humano representou um passo a mais no processo de distanciar as explicações religiosas das forças místicas que impulsionam os indivíduos no transcorrer da vida e, de forma igualmente misteriosa, para a doença e a morte (Gerber,1997).

À medida que os físicos adquiriram maior experiência com os fenômenos da eletricidade e do magnetismo, ficou provada a limitação do método newtoniano. A visão newtoniana também precisou de uma explicação adequada para os papéis das forças vitais nos sistemas vivos. Pela limitação desse modelo em explicar o comportamento da eletricidade e do magnetismo, pesquisadores vêm inventando novos modelos para acomodar esses fenômenos energéticos (Gerber,1997).

As energias da força vital estão sendo estudadas por vários pesquisadores que reconhecem sua fundamental importância para os sistemas vivos. Os limites da medicina e das ciências biológicas trabalham ainda com base no modelo newtoniano dos sistemas vivos, de acordo com o qual o corpo humano é visto como um mecanismo celular, não incluindo o papel das energias vitais que animam o corpo. Mesmo tendo aumentado sua sofisticação, concentrando-se nas interações celulares em nível molecular, os

modelos fisiológicos baseiam-se no comportamento da matéria física densa. Esse modelo não incorporou ainda as contribuições dos campos bioenergéticos, os quais influenciam os padrões de crescimento e expressão do corpo físico (Burr,1972).

Considerando a percepção de que os indivíduos são constituídos de energia, pode-se começar a compreender novos pontos de vista a respeito da saúde e da doença. Essa nova visão proporcionará aos profissionais de saúde não apenas uma perspectiva única a respeito das causas das doenças, como também métodos mais eficazes de curar as enfermidades que afligem os indivíduos (Burr,1972).

Medicina vibracional é uma ciência e filosofia de cura que busca tratar o indivíduo como um todo, ou seja, o complexo mente/corpo/espírito, através do fornecimento de quantidades determinadas de energia de frequências específicas ao sistema multidimensional humano. A medicina vibracional procura curar o corpo físico, integrando e equilibrando os sistemas energéticos superiores que criam os padrões físico-celulares manifestados na forma de doenças (Gerber,1997).

A medicina vibracional constitui-se de um campo que evolui lentamente para a compreensão da energia, das vibrações e do modo como elas interagem com a estrutura molecular e o equilíbrio orgânico. Procura tratar os indivíduos com energia pura. Essa perspectiva teórica baseia-se na compreensão de que o arranjo molecular do corpo físico é uma complexa rede de campos de energia entrelaçados. A rede energética, que representa a estrutura física celular, é organizada e sustentada pelos sistemas energéticos sutis, os quais coordenam o relacionamento entre força vital e o corpo. Existe uma hierarquização de sistema energético sutil que coordena tanto as forças eletrofísicas e hormonais como a estrutura celular do corpo físico. É basicamente a partir desses níveis de energia sutil que se originam a saúde e a doença. Estes sistemas de energia são intensamente afetados tanto pelas emoções ao nível de equilíbrio espiritual como pelos fatores ambientais e nutricionais. Essas energias sutis afetam os padrões de crescimento celular tanto positiva como negativamente (Burr,1972; Gerber, 1997).

A medicina vibracional procura curar as doenças, atuando sobre os padrões energéticos que dirigem a expressão física da vida. A consciência é uma espécie de energia que está integralmente relacionada com a expressão

celular do corpo físico. Só haverá uma medicina verdadeiramente holística³ quando os profissionais de saúde vierem a adquirir uma melhor compreensão a respeito dos profundos inter-relacionamentos entre o corpo, a mente e o espírito e o respeito às leis naturais que regem suas manifestações no nosso planeta (Gerber,1997).

O campo de energia que circunda e impregna os sistemas vivos recebe o nome de corpo etérico⁴. Este é um dos muitos corpos que contribuem para a expressão final da forma humana. E é um padrão de interferência de energia semelhante a um holograma⁵ (Gerber,1997).

Sabe-se que, a matéria é constituída por campos de energia altamente complexos. As combinações entre esses campos são governadas pelas várias leis da natureza, que a física procura explicar. O termo campo dentro de campo foi aplicado ao modelo teórico denominado holograma. Aplica-se este conceito aos sistemas vivos, a matriz celular do corpo físico pode ser vista como um complexo padrão de interferência de energia interpretada pelos campos bioenergéticos organizados do corpo etérico (Gerber,1997).

A medicina vibracional procura interagir com os campos primários de energia sutil que formam a base e contribuem para a expressão funcional do corpo físico. Esse modelo energético permitirá que os profissionais de saúde desenvolvam métodos de tratamento que atuem num nível energético mais básico (Gerber,1997).

O advento da eletromedicina⁶ e de terapias com campos magnéticos não só colocaram ao alcance novas maneiras de tratar a dor e as doenças, como também proporcionou novos conhecimentos a respeito do mecanismo celular de cura (Dossey,1991;Gerber,1997).

A Enfermagem, como profissão da saúde, ao adotar uma visão holística, pode ser interpretada como prestadora de cuidado integral ao ser. Trata-se de um cuidado que deve estar focado no todo - e o todo está em cada parte. Considera-se, nesse caso, tanto a unidade na diversidade quanto à

³Holística, do grego *holos*, *totalidade*, refere-se a uma compreensão da realidade em função de totalidade integrada e cujas propriedades não podem ser reduzidas a unidade menores (LELOUP et al,2002).

⁴Corpo etérico, etérico adjetivo latino *althereu* pertencente ou relativo ao éter. Puro delicado, elevado (BRENNAN,2002).

⁵Holograma no entendimento de Gerber (1997) é uma imagem tridimensional criada por um padrão de interferência produzido pela interação entre dois feixes de raio laser.

⁶Eletromedicina – eletro elemento de origem grega (*elektron*) termo de composição que se usa como prefixo significando elétrico, corrente elétrica, eletricidade. Ramo da medicina que trabalha com correntes elétricas (FORTES e PACHECO,1968)

diversidade na unidade. O cuidado é aplicado tendo-se em vista que a parte tem acesso ao todo.

Partindo da visão do cuidado holográfico ou holocentrado, não se pode dividir ou compartimentalizar o indivíduo. Tem-se que vê-lo como um todo, até mesmo ao ministrar cuidado a alguma das partes, pois ela faz parte do todo.

O paradigma holográfico possui muitas características que podem compor um novo modelo científico, aceitável e instigante, ou uma metáfora para psicólogos humanistas, fenomenólogos ou transpessoais. Ele pode ser capaz de oferecer uma linguagem interdisciplinar para discutir sobre o domínio da experiência humana que tem sido geralmente ignorado pelos psicólogos (Wilber et al, 2002).

A depressão é um exemplo de distúrbio que precisa ser visto de forma holística e holográfica. Ela é um dos distúrbios psiquiátricos mais comuns do idoso, chegando a constituir-se um problema de saúde pública. Apresenta elevada prevalência, causa sofrimento e desorganização familiar, tem conseqüências de ordem econômica e está relacionada a aumento de morbidade e mortalidade (Blazer e Williams,1980; Rocha,1993; Scalco,1995).

Desde as últimas décadas, as síndromes depressivas que ocorrem em indivíduos com mais de 60 anos têm sido estudadas, e concluiu-se que a depressão não faz parte do processo normal de envelhecimento. Pode-se afirmar que o envelhecimento é um processo em que o indivíduo pode e deve gozar de saúde física e mental (Garrido,1995; Rocha,1993; Tamai et al,1995).

Todo indivíduo, em qualquer fase da vida, pode apresentar sintomas depressivos. Nos idosos, a probabilidade de desenvolvimento dessa doença é ainda maior, pois eles sofrem limitações e perdas. Isso tem como conseqüência sentimentos de autodepreciação. A depressão é uma doença com importantes repercussões sociais e individuais pelo fato de afetar não somente o convívio social, impossibilitando uma rotina de vida satisfatória, mas também pelo risco inerente de morbidade e cronicidade. Além disso, pode ser considerada uma doença potencialmente fatal, uma vez que há possibilidade de suicídio em 15% dos casos (Blazer e Williams,1980; Carvalho e Fernandez,1996; Rocha, 1993; Scalco, 1995).

O estudo da distribuição de doentes com depressão e dos fatores que a determinam assumem particular importância. Assim, a influência do fator psicossocial na origem da depressão é mais significativa no idoso do que no

jovem. Entre os fatores relevantes estão os eventos graves da vida: perda de suporte social, ocorrência de doença física do cônjuge ou viuvez recente (Carvalho e Fernandez,1996).

Os tratamentos convencionais para a depressão são basicamente três: farmacoterapia, eletroconvulsoterapia e psicoterapia ou uma combinação das mesmas. A terapêutica da depressão do idoso requer medidas conjuntas: a remoção ou controle de agentes agravantes, a retirada de drogas potencialmente depressoras e o tratamento de doenças concomitantes. O suporte familiar é, freqüentemente, fundamental, seja do ponto de vista do apoio, seja do ponto de vista do acompanhamento da medicação. O tratamento destina-se ao alívio dos sintomas, à melhora do estado mental, à redução do risco de recaída e recorrência (Carvalho e Fernandez,1996; Rocha,1997).

A terapêutica mais utilizada é a farmacoterapia, uma vez que os fármacos antidepressivos são os mais estudados do ponto de vista experimental. Eles têm eficácia comprovada, são de fácil administração e exigem pouco tempo do paciente. É um tratamento relativamente barato e razoavelmente seguro (Carvalho e Fernandez,1996; Rocha,1997). Contudo, requer conhecimento específico por parte dos profissionais em relação à tolerabilidade, e aos efeitos colaterais, interação medicamentosa e concomitância da depressão com doenças físicas. É comum que pacientes geriátricos apresentem dificuldades terapêuticas, efeitos colaterais graves e/ou não responderem ao tratamento com antidepressivos (Carvalho e Fernandez,1996; Cunha,1993; Rocha,1997; Scalco,1995).

A consideração dos efeitos colaterais na escolha do antidepressivo para pacientes idosos é um dos fatores de grande importância uma vez que eles são particularmente susceptíveis aos efeitos adversos desse tipo de medicamentos, em função de suas peculiaridades farmacocinética e farmacodinâmica, doenças concomitantes, uso de vários medicamentos, pequena aderência, entre outros. A escolha dos antidepressivos para os idosos tem sido feita levando em conta mais suas contra-indicações do que pela indicação (Rocha e Cunha,1992).

1.3 Justificativa, questão norteadora e objetivo do estudo

Considerando-se a polifarmacoterapia, comum nos pacientes idosos, seria interessante vislumbrar-se a possibilidade da introdução de práticas complementares, a exemplo da terapia com os florais de Bach⁷, por se tratar de uma intervenção terapêutica de natureza holística.

A filosofia e o princípio terapêutico dos florais de Bach, com seu sistema de cura, especialmente por meio de sua função primeira - a capacidade de tratar da mente, não são remédios homeopáticos nem possuem potências diferentes, dado que, o poder liberado pelas flores é uma força vital inalterável por si mesma. Os florais não são recomendados para tratar nenhuma doença física, em particular, mas para aliviar causas fundamentais da enfermidade: o medo, a depressão, os ciúmes, as preocupações ou a falta de confiança do paciente. Bach dividiu as 38 flores em sete grupos destinados ao tratamento do medo, da incerteza, da falta de interesse pelas circunstâncias atuais, da solidão, da hipersensibilidade à influências e idéias, do desespero e da excessiva ansiedade pelo bem-estar dos demais (Hill, s/d; Mundim et al 1994; Pastorino, 1992). Por esse motivo, os florais preparados por Bach destinam-se ao tratamento do estado de ânimo e do temperamento do indivíduo e não da sua doença física propriamente. Cada indivíduo deve cuidar da própria vida e aprender a fazê-lo em liberdade. Como cada indivíduo é diferente, possui temperamento diferente, o tratamento deve ter em vista não só a doença física, mas também, o estado de ânimo de cada um e as suas necessidades do momento. Porque a mesma enfermidade pode ter efeitos diferentes em indivíduos diferentes, é dos efeitos que se deve ocupar, uma vez que eles podem servir de guia até a verdadeira causa da doença (Bach,1993).

Sendo a mente a parte mais delicada e sensível do corpo, ela evidencia mais claramente a gênese e o curso da enfermidade do que o resto do corpo. Por esse motivo, utiliza-se a observação da mente como guia para reconhecimento do remédio ou agrupamento de remédios que são necessários. Os remédios podem ser usados concomitantemente a qualquer outra forma de tratamento, sem que houvesse preocupação de choque ou

⁷ Remédios florais de Bach ou essências florais de Bach visam tratar os indivíduos de forma a colaborar para a obtenção de um equilíbrio mental e emocional, valendo-se para isso de energias sutis presentes na natureza em geral e nas flores em particular. Bach catalogou 38 tipos de flores silvestres, cada qual correspondente a um estado de espírito, estado este que, em desarmonia, pode acarretar perturbações emocionais (Vasconcelos, 1997).

interferência, e, isoladamente, apresentam também resultados satisfatórios (Bach, 1993).

A realização do presente estudo tem a perspectiva de contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento de saúde para a clientela idosa. Ela se justifica diante do exposto sobre as modalidades terapêuticas, e da não existência de um fármaco ideal para clientes geriátricos com depressão.

Trata-se de um estudo cuja abordagem baseia-se na visão holística e holográfica do cuidado integral humanizado para indivíduos idosos em depressão, incluindo o uso os florais de Bach.

Entendendose que o indivíduo é um ser holístico por natureza, é preciso buscar um tratamento mais abrangente, com base em uma visão holográfica, bem como uma abordagem do cuidado por profissionais sintonizados com essa visão.

A escolha desse tema baseia-se no fato de que a enfermeira também pode ser terapeuta floral. O Parecer CTA nº 004/95 e a resolução 197/97 do Conselho Federal de Enfermagem sobre atividades em terapias alternativas dão plenos poderes ao enfermeiro para o exercício nessa área (Vasconcelos, 2000).

Uma segunda razão é ter realizado no mestrado em 1997, sua dissertação intitulada: Uso dos florais de Dr. Bach por indivíduos na terceira idade: assistência de Enfermagem, utilizando a sistematização do processo de Enfermagem de Betty Neuman. Na ocasião, os conceitos de estressores intra, inter e extrapessoais foram adotados na avaliação da depressão (Vasconcelos, 1997).

O presente trabalho atende à necessidade de continuidade e aprofundamento numa área pouco explorada na academia e que, no entanto, se apresenta como uma área emergente. Os fatos enunciados e as justificativas apresentadas dão suporte à pesquisadora para a apresentação da questão norteadora:

Qual a relevância do cuidado de Enfermagem, com visão holográfica na abordagem de idosas deprimidas utilizando a terapia floral de Bach?

O objetivo foi: Investigar a relevância do cuidado de Enfermagem com visão holográfica, incluindo o uso da terapia floral de Bach em idosas deprimidas.

2. CONSTRUÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO - FILOSOFICO

“O cuidado como modo de ser perpassa toda existência humana e possui ressonância em diversas atitudes importantes. Através dele, as dimensões de céu (transcendência) e as dimensões de terra (imanência) buscam seu equilíbrio e co-existência” (Leonardo Boff, 1999).

2.1 Teoria Holográfica

A interferência, padrão de linhas cruzadas que ocorre quando duas ou mais ondas atravessam uma atrás da outra, foi um fenômeno que tornou possível a holografia. O arranjo de cristas e depressões que resulta desse encontro é conhecido como padrão de linhas cruzadas. Por ser o laser uma forma corrente pura de luz, é favorável na criação de padrões de interferência (Talbot, 1991; Wilber et al., 2002).

Um holograma é formado quando um raio laser é dividido em dois feixes de luz. O primeiro é projetado no objeto a ser fotografado, e o segundo choca-se com a luz refletida do primeiro. Acontecendo isso, é produzido um padrão de interferência que é, então, registrado num pedaço de filme. Assim que outro feixe de raio laser brilha através do filme, uma mensagem tridimensional do objeto original reaparece (Talbot, 1991; Wilber et al., 2002).

A tridimensionalidade dessa imagem é convincente. Pode-se percorrer uma projeção holográfica e observá-la a partir de diferentes ângulos como se fosse um objeto real. Mas, se tentarmos tocá-la, a mão deslizará de um lado para outro como se não existisse nada. Isso permite entender como as lembranças podem estar espalhadas em vez de localizadas numa única parte do cérebro. Se era possível todas as partes de um pedaço de filme holográfico conterem todas as informações necessárias para criarem uma imagem completa, então parecia ser igualmente possível todas as partes do cérebro conterem a totalidade das informações necessárias para recompor uma memória completa (Talbot, 1991; Wilber et al., 2002).

A holografia vem explicar como nosso cérebro pode armazenar uma grande quantidade de lembranças em tão pouco espaço. O físico e

matemático Jonh Von Neumann calculou que, durante a vida humana média, o cérebro armazena algo em torno de $2,8 \times 10^{20}$ informações. Ao mudar-se o ângulo no qual os dois lasers atingem um pedaço de filme fotográfico, torna-se possível registrar muitas imagens diferentes sobre a mesma superfície (Talbot,1991; Wilber et al., 2002).

A idéia holográfica oferece uma analogia a mais para as tendências associativas da memória. Se o cérebro funciona holograficamente, o fato de certos objetos evocarem lembranças específicas do nosso passado pode ser explicado por um processo semelhante ao da luz de um raio laser lançado em dois objetos simultaneamente. Isso faz, então, ir-se de encontro à luz refletida de cada objeto, e o padrão de interferência final é captado no filme. O mesmo ocorre com o cérebro quando são acionadas as lembranças esquecidas (Talbot,1991; Wilber et al., 2002).

A teoria do cérebro holográfico pode explicar por que existe a memória fotográfica. Isso foi entendido ao observar-se que a imagem armazenada num pedaço de filme holográfico fica pouco visível à medida que o fragmento do filme diminui. Chegou-se à conclusão de que os indivíduos com memória fotográfica têm lembranças mais vívidas porque, de alguma forma, têm acesso a regiões maiores de seus hologramas de memória. Ao contrário da maioria, que talvez, tenha lembranças muito menos vívidas, porque esses acessos estão limitados a regiões menores do holograma de memória (Talbot,1991).

O holograma é uma imagem que parece estar onde não está, e não possui nenhuma extensão a mais no espaço do que a imagem tridimensional que um indivíduo vê de si mesmo quando se olha num espelho. Assim como a imagem no espelho está localizada no prateado da superfície de trás do espelho, a localização real de um holograma está na emulsão fotográfica sobre a superfície do filme que o registra (Talbot,1991).

O conceito holográfico de interferência ou fontes interferentes de vibração física, que capacitam o cérebro a localizar algumas de suas experiências além das fronteiras físicas do corpo. Esse processo poderia também explicar o fenômeno de membros fantasmas, a sensação vivenciada por alguns mutilados. Tais indivíduos, muitas vezes, sentem câimbras, dores e formigamento reais nos membros mutilados (fantasmas). Talvez, o que eles vivenciam seja a memória fotográfica do membro que ainda está registrada nos padrões de interferência do cérebro (Talbot,1991).

Os físicos acreditam que os fenômenos subatômicos não deveriam ser classificados nem como onda nem como partícula, mas como uma única categoria de algo que é sempre, de alguma forma, ambas as coisas. A quantidade de energia envolvida no fenômeno é chamada de quanta⁶, e os físicos acreditam que é a matéria-prima da qual o universo inteiro é feito. Eles aceitam que, na maior parte do tempo, pode-se ignorar a vasta cascata de causas que levam a um determinado efeito. Mas eles ainda achavam ser importante os cientistas lembrarem que uma relação de causa-efeito única nunca estava realmente separada do Universo como um todo. O significado do potencial quântico tem inúmeras características que implicavam um afastamento, ainda mais radical, do pensamento ortodoxo. Uma dessas características era a importância da totalidade. A ciência clássica sempre considerou o estado de um sistema como um todo como mero resultado da interação de suas partes. Entretanto, o potencial clássico virava essa idéia de cabeça para baixo e revelava que o comportamento das partes era na verdade organizado pelo todo. Isso não só estava um passo à frente da afirmação de Bohr de que a partícula subatômica não é causa independente, porém parte de um sistema indivisível, como até propôs que a totalidade era, de alguma forma, a realidade mais fundamental (Capra,1982; Chopra,1989; Talbot,1991;Wilber,et al.,2002).

Bohm afirma que:

A realidade tangível da vida cotidiana é realmente uma espécie de ilusão, como uma imagem holográfica. Subtendida a ela, existe uma ordem de existência mais profunda, um nível de realidade fundamentalmente vasto que cria todos os objetos e manifestações do nosso mundo físico, do mesmo modo que um pedaço de filme holográfico gera um holograma. Ele chama esse nível mais profundo de realidade de ordem envolvida (velada) e refere-se ao nosso nível de existência como ordem exposta ou revelada (Talbot, 1991, p.71).

O termo “realidade tangível” porque entende a manifestação de todas as formas do universo como resultado de encobrimento e descobrimento entre duas ordens. Um elétron não é uma coisa, mas uma totalidade ou conjunto envolvido inteiramente pelo todo do espaço. Pelo fato de o termo holograma geralmente se referir a uma imagem estática e não transmitir a natureza sempre ativa e dinâmica dos incalculáveis encobrimentos e descobrimentos que a todo o momento criam no universo, O universo é descrito não como holograma, mas como um holomovimento (Talbot,1991;Wilber et al.,2002).

⁶ Quantidade indivisível de energia eletromagnética que para uma radiação de frequência (F) é igual ao produto $h F$, onde h é a constante de Max Planck (Capra,1982).

Considerando que tudo no cosmo é formado do tecido holográfico contínuo da ordem implícita, não tem sentido encarar o universo como composto de partes. Um elétron não é uma partícula elementar, é apenas um nome dado a um certo aspecto de um holomovimento (Talbot,1991;Wilber et al., 2002).

Tudo no universo é parte de um contínuo. Apesar da aparente separação das coisas em nível explícito, tudo é uma extensão contínua de tudo e, no final das contas, até as ordens implícita e explícita misturam-se uma à outra. Ele ressalva que se deve estar constantemente consciente de que dividir os diversos aspectos de um holomovimento em coisas é sempre uma abstração, um modo de realçar seus aspectos em nossa percepção (Talbot,1991;Capra,1988).

A tendência quase universal de dividir o mundo e ignorar a interligação dinâmica de todas as coisas é responsável por muitos dos problemas, não só na ciência, mas em nossa vida e em nossa sociedade. Entender que não se pode extrair componentes valiosos da Terra sem afetar o todo. Não é possível tratar parte do corpo e não se preocupar com a sua totalidade. Não se pode lidar com vários problemas sociais – tais como pobreza, violência e dependência de drogas – sem considerá-los como um todo. Enfim, não se pode tratar da parte se não se conhece o todo. Esse modo de pensar e de fragmentar o mundo em partes não só não funciona como pode até levar à nossa extinção (Talbot, 1991; Capra,1988).

Essa teoria a respeito da mente ou do corpo, ajuda a entender a nós mesmos e o contexto em que vivemos, bem como estimula a descobrir e a revisar as nossas crenças e as estruturas em cujo campo de ação prossegue-se na tentativa de entendê-las (Wilber et al., 2002).

As informações que surgem sobre o paradigma holográfico não constituem exceção à regra. No domínio dessa visão do universo, reside toda uma riqueza de informações relativa à dinâmica e à consciência da vida. Mas, quando se tenta vivenciar ou entender o paradigma holográfico de qualquer outra maneira que não seja a holística, essa visão da totalidade é negada. Esse paradigma faz lembrar que também somos parte de um holograma-mestre e que, quanto mais perto estivermos de conhecê-lo e vivenciá-lo em sua plenitude, mais perto estaremos de estabelecer interfaces

com a identidade dessa grandiosa informação holográfica (Wilber et al., 2002).

O paradigma holográfico aponta para a vida uma dinâmica que não é a linear, pois se alguém concebê-lo ou explicá-lo em moldes lineares, provavelmente falhará. Seu objetivo – que é o de oferecer uma representação verdadeira e precisa da verdade e da beleza efetiva desse sistema – não será atingido. É difícil, em nossa linguagem, em nossos sistemas de crenças e em nossos padrões de pensamento, não compreender a nós mesmos nem ao nosso universo de maneira holográfica e holística. Por isso, a tarefa de entender e explicar esse novo paradigma com velhos símbolos e imagens é um procedimento curioso e frustrante (Wilber, 2002).

Os vários aspectos da vida podem existir não apenas como todos em si mesmos, mas também existem como interface com outros contextos holográficos. Como a combinação energética entre o todo e suas várias partes se compõem de informações puras e honestas, percebe-se que cada parte, em particular, é expressiva não somente a respeito de si mesma, mas também guarda informações a respeito de contextos mais amplos dentro dos quais ela existe (Wilber et al., 2002).

O raciocínio que deve ser adotado para a compreensão dos sistemas holográficos é uma mistura de dedução, indução, intuição, sensação e *insight*. Para compreender esse paradigma, faz-se necessária uma forma mais complexa de raciocínio, que poderia ser chamado de raciocínio holográfico. Esse paradigma não pertence à psicologia, à matemática, à química, à física ou à filosofia. Ele é um sistema a partir do qual surgem explicações para os vários fluxos e atividades que associamos com a vida e a consciência. No entanto, à luz desse paradigma, somos forçados a reavaliar muitas das categorias científicas. Isso porque, na verdade, não existem realidades tais como biologia, ou psicologia, ou física. Elas nada mais são que disciplinas para facilitar o desenvolvimento e a articulação do conhecimento (Wilber et al., 2002). Várias são as afirmações básicas sobre a vida e a consciência que emergem simultaneamente dessa teoria:

1. “Não existe, na realidade, uma coisa tal como energia pura ou matéria pura. Cada aspecto do universo, ao que parece, não é uma coisa nem uma não-coisa, mas sim existe como uma espécie de extensão vibratória ou energética” (Wilber et al., 2002, p.108). Os vários aspectos do universo

mostram-se na forma de padrões de interferência energéticos que, embora se misturem, permanecem com suas qualidades individuais. Esses padrões contêm informações que definem sua natureza, seu espírito, seu estilo, sua consistência e, na realidade, sua identidade.

2. “Cada aspecto do universo é, em si mesmo, um todo, um ser completo, um sistema abrangente por si mesmo, por ‘direito nato’, contendo dentro de si um depósito completo de informações a seu respeito” (Wilber et al., 2002, p.109). Portanto, por menor que sejam as partículas atômicas, elas devem ser consideradas como sistemas vivos, inteligentes e completos. Assim também temos que reconhecer o planeta Terra, o sistema Solar e a nossa galáxia como totalidade vivas e com inteligência própria num nível energético fundamental.

3. “Cada aspecto do universo parece ser parte de algum todo maior, de um ser mais grandioso e de um sistema mais abrangente” (Wilber et al., 2002, p.110). Essa noção lembra do tradicional fenômeno do microcosmo/macrocosmo. Uma vez que cada sistema é uma expressão da dinâmica de suas partes, cada sistema holográfico subordinado forma-se, portanto, de muitos outros sistemas completos que, em relação ao conjunto maior, são reconhecidos como partes. Cada uma delas possui inteligência própria, e cada sistema holográfico é energeticamente capaz de conhecer todas as suas várias partes.

4. “Desde que cada aspecto do universo se expresse vibratoriamente e que todas as expressões vibratórias se misturem dentro dos holograma(s)-mestre(s), cada aspecto do universo contém conhecimentos sobre o(s) todo(s) dentro do(s) qual(is) ele existe” (Wilber et al., 2002, p. 110). Além disso, uma vez que a expressão vibratória de cada unidade holográfica é também um enunciado de pura informação, pode-se esperar que cada aspecto determinado tenha a capacidade de conhecer intimamente cada um dos outros aspectos particulares dentro do(s) holograma(s)-mestre(s). Cada unidade holográfica é ela própria e, enquanto estiver consciente de cada um dos outros aspectos do universo, ambos não são necessariamente os mesmos.

5. Somos obrigados a fazer uma revisão a respeito das imagens e dos símbolos pré-holográficos que, no dia-a-dia, associamos às três dimensões do espaço e à progressão linear do tempo, pois eles simplesmente não se

encaixam. Em vez disso, espaço, tempo e expressão energética parecem estar inter-relacionados multidimensionalmente (Wilber et al., 2002, p. 111).

Pesquisas sobre o cérebro estão confirmando as mais extraordinárias visões do misticismo. Evidências e experiências místicas possuem, ambas, as noções de que cada indivíduo é um microcosmo do macrocosmo. A mente é um holograma que registra toda a sinfonia dos eventos vibratórios cósmicos. A mente é uma rede neural que codifica, de forma holográfica, todas as informações do universo. Assim como cada célula do corpo codifica todas as informações necessárias para reproduzir o corpo inteiro, a mente recapitula todos os eventos cósmicos. A ciência e o misticismo sugerem que o EU é onipresente. Para a mente, não existem barreiras. No centro do EU, acontecimentos antigos, eventos vibratórios na dimensão atômica astronômica que se repetem dentro de nossas mentes vinculadas no tempo (Wilber et al., 2002).

O cérebro e o universo holográfico representam a mais estimulante mudança de paradigmas. Combinar idéias a respeito de como o cérebro cria a consciência e de como essa consciência está ligada ao universo é uma difícil tarefa. A noção de que as funções dos hemisférios esquerdo e direito do cérebro são completamente diferentes, é uma idéia que se tornou muito popular na área da educação. Dividir as funções cerebrais entre os lados esquerdo e direito reflete um compromisso com o pensamento dualista e dicotômico. A dicotomia cerebral esquerda/direita era politicamente mais cativante que os apelos pelo holismo (Wilber et al., 2002).

A especialização dos hemisférios não representa uma mudança de paradigma, mas que o modelo holográfico do cérebro faz isso. Durante muito tempo, a função cerebral foi metaforicamente reconhecida como um conjunto de circuitos mecânicos. A metáfora do computador também parece representar, supostamente, a afirmação definitiva a respeito do cérebro. Seguindo os modelos de lateralização, a separação de especialidade foi rapidamente traduzida para computador digital (hemisfério esquerdo) e computador analógico (hemisfério direito) (Wilber et al., 2002).

O modelo holográfico representa uma metáfora ligada à ecologia, ou seja, quando cada indivíduo adquire experiências que ficam registradas no cérebro, é estabelecido um campo de energia multidimensional. Esse padrão de energia (pensamento) é simultaneamente gerado ao longo de todo o

cérebro, e essa configuração energética também é conhecida como mácron (Wilber et al., 2002).

Um mácron é concebido como um padrão tridimensional de energia, altamente específico. Um pensamento é gerador de mácron. Além disso, ele sugere que os mácron estabelecem uma espécie de ecologia energética no cérebro, que favorece a fixação de certas conformações neuroquímicas. Se um indivíduo repete um determinado mácron de pensamento, ele cria o que se chama de memória de longo prazo. Se os mácron não são repetidos, então se trata de memória de curto prazo (Wilber et al. , 2002).

Esse pensamento segue uma trajetória normal ou natural para o holismo. Ele nos proporciona a compreensão de que os padrões das experiências são registrados em todo o cérebro e não apenas localizados na superfície reducionista do córtex. Com essa liberação neurofisiológica, somos encorajados pela teoria a abandonar as práticas reducionistas. O behaviorismo⁷ pode ser encarado como a imposição sobre a mente de mácron pré-selecionados, ao mesmo tempo em que ficam reduzidas as opções para auto-seleção (Talbor, 1991; Wilber et al.,2002).

O conhecimento holonômico⁸ é holístico. Deve exaltar tanto o não-racional como o racional. É claro que os hologramas macrônicos oferecem horizontes mais amplos, profundidades maiores e alcance mais elevado dos modos de conhecimentos. O cérebro holográfico assegura a legitimidade desse conhecer. A medida que a teoria holográfica vai sendo elaborada, o termo unidade de informação terá de ser definido, e a maneira como essas unidades se distribuem no cérebro e por todo o universo terá de ser discriminada. Sob esse prisma, a concepção de sincronicidade, de Jung, pode ganhar uma nova importância. De acordo com Jung, o termo sincronicidade refere-se a uma relação não causal que liga dois eventos de modo significativo. Cada um dos eventos sincronisticamente relacionados pode, é claro, ter seus próprios progenitores causais, mas sua ligação produz uma coincidência significativa que faz sentido. E é o elemento de significado que atrai a atenção para aquelas unidades de informação envolvidas nos fenômenos. Chegou o momento de reunir os pensamentos oriental e

⁷ É a explicação para o comportamento, desenvolvida por John B. Watson, baseada no condicionamento clássico e operatório no qual a atenção é voltada apenas a fatores observáveis (HOLMES, 2001).

⁸ Holonômico - foi introduzido por George Leonardo para se referir a entidades com "a natureza de um holograma"(WILBER, 2002)

ocidental, e o modelo holográfico pode ser o veículo apropriado para esse propósito (Wilber et al., 2002).

O paradigma holográfico vem se mantendo num nível conceitual geral, que descreve as transformações do cérebro ou organizações de partículas subatômicas. O que está faltando é uma análise de como a estrutura da experiência ordinária pode ser organizada sobre os princípios holográficos. Os hologramas são definidos, basicamente, como modo de armazenar informações em termos de rede de padrões de interferência, que representam a interação de frequência de energia, tais como a das ondas de luz. Esses padrões de interferência são gravados no holograma de um modo que não tem aparência com os objetos que representam. Os padrões de interferência formam um borrão holográfico, que não tem forma reconhecível, mas que contém, em cada parte numerosos fragmentos, de informação sobre o padrão inteiro (Wilber et al.,2002).

A estrutura do holograma fornece uma analogia ao nosso significado percebido, que representa nossa interação com o mundo. O significado percebido assemelha-se a uma rede de padrões de interferência formados em nossa relação com o mundo. O significado percebido pode ser concebido como uma manifestação, no nível da experiência, da compreensão holográfica, onde muitas cargas de informação funcionam, todas juntas, como um todo. O sentido percebido é indistinto devido ao fato de incluir tudo isso implicitamente. Esse caráter implícito não é focal ou nitidamente definido, mas sempre funciona como um pano de fundo global. Quando se presta atenção a um sentido percebido implicitamente, estamos usando um tipo de atenção que opera por varredura e que não escolhe objetos focais específicos um de cada vez (Wilber et al.,2002).

A sintonização de ordem implicada abrange um continuum que vai da intuição experimentada no dia-a-dia aos profundos insights místicos. Parece que a experiência mística é uma forma mais total dessa visão holística que, através da situação particular de um indivíduo, vê a totalidade do processo da vida, a ordem implicada do próprio universo. A intuição, presente momento a momento, que faz a varredura global da ordem implicada subjacente ao pensamento e ao sentimento, passa despercebida com tanta frequência, justamente porque não se focaliza sobre formas explicadas que podem ser retidas ou fixadas na memória. A percepção é de que aquilo que é

inconsciente é a ordem implicada da experiência, em vez de um conjunto de conteúdos autônomos ou explícitos. O que é inconsciente são padronizações holísticas que podem ser explicadas de muitas maneiras diferentes e em muitos diferentes níveis de inter-relacionamento organismo-meio ambiente (Wilber et al.,2002).

Em holografia não há correspondência biunívoca entre a imagem holográfica e a realidade, da maneira como os olhos a percebem. A realidade holográfica é baseada na relação, ou interação dinâmica do encontro de ondas, que causa uma difusão de informação através de toda uma estrutura. Ao mesmo tempo, cada elemento da superfície ou do volume dessa estrutura contém todas as informações englobadas na totalidade da estrutura. As duas realidades, a dobrada e a desdobrada. A realidade ou ordem dobrada é a realidade holográfica, que é mais básica que a realidade biunívoca manifestada pelos sentidos (Wilber et al.,2002).

É descrito um modelo de realidade que sintetiza tanto a atual compreensão física do universo, quanto o entendimento que advém de experimentos psicoenergéticos nas áreas da parapsicologia, da religião e da saúde. Existe a opção por uma representação multidimensional da consciência e por estruturas do universo onde sua manifestação é possível (Talbor,1991; Wilber et al.,2002).

Os modelos holográfico e analítico no sentido complementar. Ele acredita que o cérebro funciona tanto como um computador (analítico) quanto como um computador holográfico (analógico). Ele aceita que o cérebro deve funcionar analiticamente, no sentido de que os dados são processados seqüencialmente, de acordo com um conjunto de programas específicos, e que as informações de saída realimentam as de entrada para fins de compreensão.O cérebro é percebido como um modelo holográfico, pelo fato de que os dados são processados como um todo em consequência de interações que ocorrem nas fissuras sinápticas e entre elas. Isso permite explicar a natureza da percepção, baseada na semelhança com o processo da formação de imagem e a habilidade para manter as capacidades sensoriais a despeito de pesadas injúrias ao sistema sensorial (Wilber et al.,2002).

No modelo analítico, a informação resulta da seleção de um resultado particular em meio a um conjunto de possibilidades. No modelo holográfico, a

informação resulta de um mecanismo analógico que permite dois estados interagirem mutuamente. Embora tenham meios distintos de gerar informações, ambos dependem de pressupostos holísticos e podem ser considerados modelos holísticos complementares (Wilber et al.,2002).

Os modelos analítico e holográfico são mais complementares que competitivos, supondo que exista uma estrutura teórica mais abrangente capaz de integrar esses dois modelos. A análise dos pressupostos básicos que fundamentam os modelos analíticos e holográficos, revela que, tanto um como outro, se baseiam num conjunto de suposições holísticas. Pode-se concluir que a teoria da informação é uma estrutura teórica capaz de integrar ambos os modelos (Wilber et al.,2002).

De acordo com o paradigma holístico, todo o universo se acha interconectado e hierarquicamente organizado. Matéria e energia, seres vivos e não vivos, mente, corpo e espírito são, todos eles, de diferentes níveis do mesmo sistema unificado. A chave para apreender a natureza holística e complementar desses dois modelos reside na compreensão do conhecimento de informação. A informação é definida em termos da relação entre uma entrada e um dispositivo de recepção. É esse aspecto relacional da informação que faz dela um conceito holístico não mecanicista. O valor seletivo da entrada refere-se ao significado da informação, ao passo que a quantidade de informação é uma medida do grau de redução da incerteza que resulta da própria entrada (Wilber et al.,2002).

A relação entre a teoria da informação e os modelos holográfico e analítico é importante, porque a aceitação de que o cérebro funciona tanto holograficamente como analiticamente, gerou a Teoria Geral da Consciência, baseada em premissas holísticas. Utilizando-se a teoria da informação, verifica-se ainda, que o valor de uma abordagem pela teoria da informação está no fato de que ela é capaz de interagir com cada um dos modelos específicos de consciência, numa teoria geral e integrada da consciência. Isso é possível porque os mecanismos de ambos os modelos podem ser concebidos como dispositivos para gerar informações, e os diferentes estados de conscientes experiências podem ser relacionados uns aos outros em termos de nível hierárquicos de informação (Wilber et al.,2002).

2.2 Enfermagem com visão holográfica à luz da Teoria de Betty Neuman e da medicina vibracional

A Enfermagem, como parte das profissões da saúde, ao adotar uma visão holística e holográfica, pode ser interpretada como prestadora do cuidado integral do ser, ou seja, o cuidado deve estar no todo e o todo está em cada parte. Seria um tipo de unidade na diversidade e de diversidade na unidade, ou seja, o cuidado está simplesmente no fato de que a parte tem acesso ao todo, pois o ser é integral, e não constituído de partes (Capra,1982; Chopra,1989;Wilber et al.,2002).

A idéia de que o corpo é uma máquina a ser analisada em partes, não é aceita na visão holográfica, uma vez que a parte está no todo e vice-versa. Então, a doença não é vista como um mau funcionamento de um mecanismo biológico isolado, e sim de um complexo sistema – mente, corpo e espírito – que está em desarmonia. É essa visão holística e holográfica que o profissional de saúde e, em particular, de Enfermagem, necessita ter do indivíduo. Essa concepção enfatiza a inter-relação e a interdependência essenciais de todos os fenômenos e procura entender a natureza, não só em termos de estruturas fundamentais, mas também em função de um processo dinâmico (Capra,1982; Chopra,1989).

O pensamento sistêmico é processual e, por conseguinte, a visão sistêmica encara a saúde na perspectiva de um processo contínuo. Por esse pensamento sistêmico de saúde, subentende-se atividade e mudanças contínuas, refletindo a resposta criativa do organismo aos desafios ambientais. A saúde é um fenômeno multidimensional que envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais, todos interdependentes. As múltiplas dimensões da saúde afetam-se mutuamente, de um modo geral; a sensação de estar saudável ocorre quando tais dimensões estão bem equilibradas e interligadas. A experiência de doença do ponto de vista sistêmico, resulta de modelos de desordens que podem se manifestar em vários níveis do organismo, assim como nas várias interações entre o organismo e os sistemas mais amplos nos quais ele está inserido. A abordagem sistêmica traz uma noção de ordem estratificada, envolvendo níveis de diferentes complexidades, tanto no âmbito dos organismos individuais quanto no de sistemas sociais e ecológicos. O sistema de saúde pode ser aplicado a diferentes níveis de sistemas, com os

correspondentes níveis de saúde mutuamente interligados. Essa concepção sistêmica da saúde está baseada na mesma concepção da vida uma vez que uma coisa está interligada com a outra (Capra,1982).

Para ser saudável, o sistema precisa ser flexível, dispor de um grande número de opções para interagir com o seu meio ambiente. A flexibilidade de um sistema depende de quantas de suas variáveis se mantêm flutuando dentro de seus limites de tolerância. Quanto mais dinâmico é o estado do organismo, maior será sua flexibilidade física, mental, social, tecnológica ou econômica. É necessário para a capacidade do sistema que ele se adapte às mudanças ambientais. A saúde, portanto, é uma experiência de bem-estar resultante de um equilíbrio dinâmico que envolve aspectos físicos e psicológicos do organismo, assim como de sua interação com o meio ambiente natural e social (Capra,1982).

Para ser saudável, o indivíduo necessita preservar sua autonomia individual. Mas, ao mesmo tempo, ele deve estar apto a integrar-se harmoniosamente a sistemas mais amplos. Esta capacidade de integração está intimamente relacionada com a flexibilidade do organismo e com o conceito de equilíbrio dinâmico. A integração num nível sistêmico manifestar-se-á como equilíbrio num nível maior, tal como a integração harmoniosa de componentes individuais em sistemas maiores, resultando no equilíbrio desses sistemas. A doença é vista como consequência de desequilíbrio e desarmonia, e pode, com muita freqüência, ser vista como decorrência de uma falta de integração (Capra, 1982; Bach,1993;Brennan,1996).

Um número cada vez maior de enfermeiras está decidindo tornar-se terapeuta independente, procurando orientar-se em uma abordagem holística. Essas enfermeiras, assim educadas e motivadas, serão as mais qualificadas para assumir as responsabilidades da clínica geral. Essas profissionais estão aptas a fornecer educação e aconselhamento necessários à saúde e a avaliar a dinâmica da vida dos pacientes/clientes. Mesmo em situações especiais, as enfermeiras desempenharão um importante papel, mantendo contato pessoal com os clientes e integrando os tratamentos especiais num todo significativo. Poderão se especializar em massoterapia, fitoterapia, obstetrícia, saúde pública, além de sua prática geral (Capra, 1982). Acrescentar-se-ia aqui a terapia floral, a acunputura, a cura prânica, o Reike, a iridologia, a reflexologia, entre outras, pois a resolução do COFEn, nº 197/97, reconhece

essas práticas alternativas como especialidade e/ou qualificação dos profissionais de Enfermagem. O Parecer Normativo nº 004/95 do COFEn aprova essas terapias oriundas, em sua maioria, de culturas orientais, onde são exercidas por indivíduos treinados assystematicamente e repassadas de geração a geração, não estando vinculadas a qualquer categoria profissional (COFEn,1997).

Optou-se pela Teoria de Sistema de Betty Neuman, por ser uma teoria de sistema aberto. A partir desse tipo de sistema, pode-se trabalhar com o indivíduo em sua totalidade, incluindo os níveis de prevenção. Trata-se de um modelo dinâmico, com uma visão multidimensional de indivíduo, grupo e comunidade, os quais se acham em constante interação com estressores ambientais.

Baseando-se nessa concepção de sistema aberto e dinâmico, com uma visão multidimensional de indivíduo, grupo, família e comunidade, os quais se acham em constante interação com estressores ambientais, focaliza-se a reação do cliente ao estresse e aos fatores de reconstituição ou adaptação (Neuman,1980).

A estrutura da teoria é, basicamente, um modelo de sistema aberto, composto, principalmente, de estressores, reações aos estressores e da pessoa (representada por uma série de círculos concêntricos, no diagrama de Neuman), interagindo com o ambiente (Cross, 1993; Neuman, 1980). Esse modelo baseia-se nas teorias de campo, enfatizando o campo perceptivo do indivíduo como um estado de equilíbrio que, depois, resulta num distúrbio do equilíbrio. O desequilíbrio é encarado como fonte de motivação para a interação com o ambiente. As teorias de campo e de sistema descrevem o inter-relacionamento e a interdependência dos indivíduos que compõem o indivíduo ou a sociedade. São os estresses no ambiente que produzem os estímulos (tensão) e levam o indivíduo (total) a integrar-se com o ambiente (Beckman et al, 1994; Cross, 1993; Neuman, 1980).

No modelo de Neuman observa-se uma série de anéis concêntricos que cercam a estrutura central básica do indivíduo, denominada recursos de energia da estrutura básica, variando em tamanho e distância do reator. Os anéis concêntricos representam as linhas de resistências, os fatores internos, que são as defesas contra os estressores. A linha normal de defesa é, basicamente, aquilo em que o indivíduo se torna, durante um período de vida,

o estado normal de bem-estar ou estado estável. Esse é composto por habilidades – fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais – as quais são utilizadas pelo sistema para lidar com os estressores (Beckman et al, 1994; Cross, 1993; Neuman, 1980).

Essa linha de defesa é tida como dinâmica, uma vez que se relaciona com a maneira pela qual um sistema se estabiliza durante certo tempo. A linha flexível de defesa (linha externa, pontilhada) é tipo sanfona por natureza, age como um amortecedor para a linha normal de defesa, quando o ambiente é ativamente estressante, e como um filtro, quando o ambiente oferece apoio e serve como uma força positiva para facilitar o crescimento e o desenvolvimento. Ela é também dinâmica e pode ser modificada num curto período de tempo (Beckman et al, 1994; Cross, 1993; Neuman, 1980).

Comparando um modelo de sistema aberto com as ações de Enfermagem, postulam que, embora ambos estejam voltados para a meta, um modelo de sistema é geral por natureza. Diferentemente, as ações de Enfermagem possuem metas bastante específicas para um forte controle daquelas variáveis que afetam o cuidado dessa atividade (Cross,1993; Neuman,1980).

A Enfermagem está, cada vez mais, voltada para a prevenção primária, estabelecendo a maneira pela qual as variáveis de prevenção primária confrontam-se com as de prevenção secundária e terciária. O modelo é composto, principalmente, estressores e reações aos estressores. Mais de um estressor pode ocorrer de uma só vez, tais como:

Extrapessoais – forças que ocorrem fora do sistema. Exemplo: desemprego (força externa) – influenciado pela a aceitabilidade dos colegas/companheiros (força sociocultural), sentimentos pessoais sobre o desemprego atual e anterior (psicológico), capacidade para executar o trabalho (força do desenvolvimento biológico e psicológico); aposentadoria (força externa) – influenciada pela aceitabilidade dos colegas ainda na ativa, ou da sociedade em geral (força sociocultural), sentimentos pessoais quanto ao fato de estar aposentado (psicológico), capacidade para aprender e executar novas atividades (força do desenvolvimento biológico).

Interpessoais – forças que ocorrem entre um ou mais indivíduos. Exemplos: expectativas do papel pais-filhos – forças entre os indivíduos que são influenciados por práticas locais de educação de filhos (força sociocultural),

idade e desenvolvimento dos pais e dos filhos (força do desenvolvimento biológico e psicológico), sentimentos acerca dos papéis familiares (força psicológica). Expectativa do papel do avô/avó no contexto da inter-relação familiar intergeracional (força sócio cultural), idade e condições de saúde dos avós, filhos e netos (força do desenvolvimento biológico e psicológico), sentimentos acerca dos papéis familiares (força psicológica).

Intrapessoais – forças que ocorrem dentro do indivíduo. Exemplos: raiva, uma força interior, no indivíduo, cuja expressão é influenciada pela idade (força do desenvolvimento), aceitabilidade do grupo de colegas (força sociocultural), capacidade física (força biológica) e experiências passadas de enfrentamento da raiva (força psicológica). Experiência de vida – uma força interior no indivíduo, cuja expressão é influenciada pela idade (força de desenvolvimento), aceitabilidade por parte dos companheiros da família e da sociedade em geral (força sociocultural), capacidade de lidar com as limitações físicas e funcionais em função da idade e de alguma condição de cronicidade (força biológica e psicológica).

Reação – A prevenção primária pode começar em qualquer ponto em que um estressor é identificado. Se não ocorrer uma reação, a intervenção entrará no nível primário. A meta da intervenção é evitar que o estressor penetre na linha normal de defesa ou diminuir o grau de reação, através da redução da possibilidade do encontro com estressores por meio do reforçamento da linha de defesa. A prevenção secundária ocorre quando a intervenção primária não foi possível. Ela trata, principalmente, das descobertas iniciais sobre o caso, do tratamento inicial de sintomas e das tentativas de fortalecer as linhas internas de resistência para reduzir a reação. A prevenção terciária é a intervenção que segue o plano de tratamento ativo, quando ocorre a reconstituição ou algum grau razoável de estabilização. A meta é a manutenção dessa adaptação, através do fortalecimento da linha de resistência, prevenindo, assim, ocorrências futuras. É basicamente conquistada pelo uso de medidas de redução e pelo uso excelente dos recursos totais do sistema, o que inclui o ambiente externo e interno (Neuman,1980).

Neste modelo teórico multidimensional, torna-se importante considerar todas as variáveis que afetam o sistema e do posicionamento adequado das

prioridades em termos de necessidades em qualquer ponto (Cross,1993; Lancaster,1996; Neuman,1980).

No modelo de Neuman destaca-se os quatros conceitos principais: Ser humano; Ambiente; Saúde/Bem-estar; e Enfermagem. Ser humano – o foco do modelo de Neuman; baseia-se na filosofia de que cada indivíduo é um indivíduo total. Ele é um sistema, um indivíduo multidimensional composto de variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais. A interação dinâmica dessas variáveis e das características essenciais, junto com as linhas de defesa normal e de resistência flexíveis, combinadas com os múltiplos estressores, proporcionam essência da abordagem do indivíduo total. O modelo está baseado, em parte, na teoria geral do sistema, em que o todo é diferente e maior do que a soma de suas partes. O conceito de todo ou totalidade é essencial ao modelo de Neuman.

“Precisamos, agora, enfaticamente, recusar lidar com componentes únicos, mas sim relacionarmo-nos ao conceito de todo. Precisamos pensar e agir sistemicamente. O raciocínio sistêmico capacita-nos a manejar, com eficiência, todas as partes de um sistema, simultaneamente, de uma maneira inter-relacionada, evitando, assim, a natureza fragmentada e isolada da atividade do passado da enfermagem” (Neuman,1980,p.232).

Ambiente – Fundamental ao modelo de Neuman é o conceito de que os indivíduos estão em constante interação com o ambiente. Ela define ambiente como aquelas forças internas e externas que circundam os indivíduos em qualquer ponto no tempo. Este ambiente é dinâmico, criado e recriado inter e intrapessoalmente para o enfrentamento nas mais diversas situações do cotidiano.

“O ambiente é criado, é dinâmico e representa a mobilização inconsciente por parte da pessoa no que toca a todas as variáveis do sistema pessoal, ou seja, os fatores de energia da estrutura básica do ser humano, com o fim da busca da integração do sistema e da estabilidade básica do sistema” (Neuman,1980, p.232).

Saúde/bem-estar, é

“Um composto dinâmico de equilíbrio físico, psicológico, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento, estabelecido de modo flexível, retendo habilidades inquebrantáveis para resistir ao desequilíbrio” (Neuman,1980, p.232).

A saúde é entendida como estado em vários níveis mutáveis, dentro de uma variação normal, elevando-se ou decaindo, ao longo do período de vida, devido a fatores de estrutura básica e ao ajustamento satisfatório ou insatisfatório aos estressores ambientais. Neuman entende saúde como energia viva. Segundo a pesquisadora (1980, p.233) “Saúde compara-se a

uma estabilidade excelente do sistema, isto é, o melhor estado de bem-estar possível”.

Enfermagem, para ela, é uma profissão única, que leva em conta todas as variáveis que afetam a reação humana aos estressores, com uma preocupação principal em relação ao indivíduo total. “A meta principal da Enfermagem é a retenção e obtenção da estabilidade do sistema pessoal” (Neuman,1980,p.234).

O propósito da Enfermagem é interferir deliberadamente, onde existe uma variação do bem-estar. As intervenções propositais da enfermagem são planejadas para produzirem mudanças positivas. Essas mudanças ou resultados devem ser avaliados de acordo com um modelo, teoria ou definição de bem-estar aceitos. Para facilitar a movimentação na direção do final positivo de um continuum bem-estar/doença, a enfermeira precisa de uma filosofia e de um modelo operacional. Neuman operacionalizou seu modelo num processo de Enfermagem, fornecendo um instrumento de avaliação/intervenção para ser usado pelos profissionais (Cross,1993).

2.3 Depressão no idoso

Dentre os principais distúrbios mentais no idoso, está a depressão. A incidência de sintomas depressivos é significativa em indivíduos acima de 65 anos, sendo que mais de três quartos dessa população não é tratada ou recebe tratamento inadequado (Blazer,1992 a; Blazer,1999; Stopper,1994).

O sintoma depressivo é comum entre os distúrbios encontrados no idoso. Em indivíduos com mais de 65 anos, observa-se que 14,7% apresentam sintomas depressivos, incluindo depressão maior e disforia senil. Dentre os pacientes deprimidos idosos com doenças físicas e não internados, os sintomas depressivos estão presentes em 12% a 36%. Aqueles que apresentam doenças físicas e estão internados apresentam sintomas depressivos de moderada intensidade em, pelo menos, 1/3 dos casos. É evidenciada, em 11% a 26% dos pacientes, síndrome depressiva (Blazer e Williams, 1980).

É importante salientar que 1/3 do atendimento de consultas psiquiátricas em hospital geral é constituído de pacientes idosos com uma síndrome de depressão. Desses, pelo menos metade apresenta depressão maior com as seguintes características: não tem história familiar de depressão; a instalação da

depressão coincide com um desagradável evento de vida, como a perda de ente querido ou o aparecimento de limitação física imposta por alguma doença. A maioria dos pacientes responde, rápida e satisfatoriamente, à baixa dose de antidepressivos tricíclicos (Garrido,1995; Rocha, 1993; Scalco, 1995; Tamai et al 1995).

A depressão é comum e freqüentemente muito séria em mulheres idosas. Apenas 1 a 2% apresenta uma condição mais grave, e cerca de 2% apresenta depressão distímica ou neurótica. Na verdade, a depressão mais intensa é menos predominante entre os idosos (Blazer,1989;Blazer,1999; Blazer,Hughes,George,1987; Resnik,Cantor,1970).

Os indivíduos que sofrem de depressão geralmente apresentam sintomas predominantemente somáticos e vegetativos, tais como: perda de apetite, perda de peso, energia e motivação reduzida, e distúrbio do sono. Uma baixa do funcionamento perceptivo ou psicomotor pode ser falsamente atribuída à senilidade, quando na verdade a depressão é responsável por esse declínio. É possível, ainda, que a depressão seja responsável pela disfunção cognitiva e queixas de perda de memória, o que pode representar pseudodemência (Blazer,1989; Blazer,1999; Blazer, Hughes, George,1987; Resnik,Cantor,1970).

É importante distinguir o estado afetivo de tristeza (que, por si só, não constitui doença) da depressão. Esta é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas, entre os quais a tristeza pode ser um sintoma (Miguel Filho e Almeida, 1995).

Existe uma base fisiológica para a maior suscetibilidade à depressão entre as idosas. Sabe-se que, com a idade, ocorrem mudanças nas concentrações dos neurotransmissores, os níveis de monoaminoxidase aumentam e os níveis de norepinefrina diminuem. Há muitos medicamentos que comumente produzem depressão. Cerca de 15% dos pacientes que tomam reserpina para tratamento de hipertensão desenvolve uma depressão relacionada à dosagem desse medicamento. Propanolol e metildopa estão associados à depressão em cerca de 20% dos pacientes (Blazer,1989; Blazer,1999; Blazer,Hughes,George,1987; Resnik, Cantor, 1970; Stopper,1994).

O processo de tristeza nem sempre é benigno e autolimitado. É responsabilidade do profissional de saúde que assiste o idoso estar atento à maior probabilidade da ocorrência da depressão em clientes idosos e ao fato de que suas manifestações podem ser diferentes daquelas que ocorrem com

os mais jovens. O reconhecimento desses fatores é que conduzirá ao tratamento (Blazer,1989; Blazer,1999; Blazer, Hughes,George,1987; Resnik, Cantor;1970; Stopper,1994). Por essa razão, a depressão é tanto ou mais passível de tratamento que muitas outras condições clínicas. Na maioria das vezes, o prognóstico é bom. As mulheres mais velhas sempre evitam um psiquiatra e atribuem as queixas somáticas a uma moléstia orgânica, resultando na busca dos cuidados de um médico da família, de um clínico ou ginecologista. Assim, os profissionais de saúde que tratam de mulheres maduras e idosas precisam estar habilitados para o reconhecimento, diagnóstico e tratamento de problemas psiquiátricos comuns neste grupo etário. Mais do que isso, esses profissionais precisam ser sensíveis às necessidades emocionais do dia-a-dia dessas mulheres (Blazer,1999; Byyny e Speroff,1996).

Para que se possa ajudar aos idosos, é necessário que os profissionais de saúde sejam sensíveis para o reconhecimento de sua necessidade de contato humano, calor humano, sexualidade, apoio social e respeito. Tais necessidades são quase universais e merecem o interesse e a atenção por parte dos profissionais (Byyny e Speroff,1996).

Aproximadamente 30% das idosas diagnosticadas como portadoras de senilidade têm, na realidade, um problema reversível, como subnutrição ou dosagem medicamentosa inadequada. A freqüência e a quantidade de drogas ingeridas por um indivíduo aumentam progressivamente com a idade. Ainda assim, a compreensão da farmacologia está baseada em estudos feitos nos jovens. Por essa razão, os medicamentos deverão ser administrados com cautela, como também devem ser observadas as interações medicamentosas (Byyny e Speroff,1996).

2.4 Terapia Floral de Bach

A Terapia Floral foi estabelecida por Bach⁹ (Bach,1990; Barnard 1992; Barnard e Julian,1995; Monteiro Jr. 1991; Mundim et al., 1994; Pastorino ,1992; Vlamis,1992).

Acreditando que a doença se manifesta como resultado de estados mentais e emocionais, Bach se opôs aos aspectos da medicina moderna que dirigem seus esforços apenas para a cura do físico. Ele sentia que os medicamentos eram freqüentemente contraproducentes, pois o alívio

⁹ Médico, pesquisador, sanitarista, bacteriologista e homeopata, que viveu de 1886 a 1936. Foi o precursor do sistema da Terapia Floral que deu origem a vários outros sistemas.

temporário que proporcionavam em muitas circunstâncias simulavam um completo retorno à saúde, enquanto os padrões negativos mentais e emocionais continuavam intocados. A verdadeira cura era adiada e o resultado inevitável era o agravamento posterior da doença.

Quando Bach desenvolveu seus remédios florais, seu objetivo era efetuar uma cura em um nível muito mais profundo do que apenas o físico. Bach, falando sobre os remédios, escreveu:

“eles conseguem... elevar até mesmo nossas naturezas, e nos trazer para mais perto de nossas almas... Eles curam, não por atacar a doença, mas por inundar nossos corpos com as maravilhosas vibrações de nossa natureza superior, na presença da qual a doença se dissolve como neve sob o sol quente (Vlamiš, 1992. p.30).

Como médico, Bach acreditava que os médicos deveriam fazer o papel de conselheiro junto aos pacientes, fornecendo-lhes orientação e insight. O cliente deveria ser levado a compreender que é responsável por sua própria cura. E também estar preparado para encarar a verdade de que sua doença foi causada por problemas que se encontram dentro dele mesmo, devendo, por isso, ele mesmo fortalecer a vontade de sanar esses problemas (Bach,1993).

Uma das vantagens exclusivas da terapia floral é que ela pode ser aplicada antes dos primeiros sinais de doença física, realizando, portanto, prevenção de doenças e impedindo seu estabelecimento no organismo. Bach observou que antes de quase todos os problemas (sérios) existe geralmente um período em que a pessoa não se sente exatamente bem, esta é a ocasião de tratar nossa doença, de recobramos a boa forma e de impedir que os processos se desenvolvam (Vlamiš, 1992, p.36). Mesmo um estado temporário de conflito entre a alma e a personalidade pode tornar o corpo vulnerável a agentes infecciosos, que estão sempre prontos a atacar quando as defesas normais do organismo se enfraquecem.

Cure-se a si próprio é a filosofia de Bach, afirmando que, em última instância, somos nós mesmos o princípio universal da razão, que permitimos e criamos condições para curar-nos. Ele partilha da mesma percepção de, entre outros, Hipócrates, Paracelso e Samuel Hahnemann, de que não existem doenças e, sim, doentes. Em outras palavras: vê o homem como um todo, indivisível, isto é, em sua unicidade. Afirma que a doença é uma forma de consolidação de uma atitude mental e que, tratando a atitude mental, a doença desaparecerá. Observa,

ainda, que a medicina tradicional alivia os sintomas físicos da doença, mas, não, a causa básica, que é o estado mental (Vlamiš, 1992).

A Terapia Floral de Bach é composta por 38 essências extraídas de flores silvestres do País de Gales, na Grã-Bretanha, cujo poder de cura atua sobre o estado emocional. Eles formam um sistema terapêutico (Sistema de Bach).

Bach classificou as 38 essências florais em sete grupos de acordo com estados emocionais que são: 1. Medo; 2. Indecisão; 3. Falta de interesse pelas circunstâncias atuais; 4. Solidão; 5. Sensibilidade excessiva a influências e opiniões; 6. Desalento ou desespero; 7. Excessiva preocupação com o bem-estar dos outros. Essas são as sete emoções básicas do indivíduo, na visão de Dr. Bach.

Os grupos das essências florais são feitos com base nas sete emoções básicas do indivíduo (Bach, 1993; Espeche, 1993; Espeche e Grecco, 1993; Mundim et al, 1993).

1º Grupo: Os remédios florais para aqueles que sentem Medo. Assim, Bach considerou o primeiro grupo como sendo o do medo. A emoção do medo constitui uma experiência inerente à natureza humana. Sua origem talvez tenha ocorrido ao longo do período do desenvolvimento e prematuração biológica do homem. A criança se encontra predisposta, a partir do seu nascimento, a ser inundada por um acúmulo de tensões que não pode manejar e sequer sabe a quem obedecer. A dor, nessa circunstância, é inevitável e, ainda sem saber exatamente do que se trata, a criança constrói a noção do perigo. Essa situação na qual o organismo se encontra inundado por muitas excitações que estão além de toda a possibilidade de controle, recebe o nome de situação traumática. Numa vivência dessa ordem, encontra-se a raiz afetiva do medo.

Em termos de conduta, os medos atuam como inibidores. Uma inibição original está associada a ter medo, algo que assusta. Assim como nessa área do medo, também em outras, como a sexualidade, a profissão, a agressividade, etc., o medo pode estar cortando a livre e direta expressão do real sentir do sujeito.

Do ponto de vista clínico, é conveniente diferenciar o medo, o susto e o temor. O primeiro termo descreve melhor uma resposta do indivíduo diante de uma situação perigosa da vida cotidiana ou concreta. O susto ocorre quando da interrupção brusca e incontrolável de uma experiência que transborda o ser

e pode levar a uma paralisia. Finalmente, o temor define uma situação de medo indeterminado relacionado com algo não conhecido ou transcendente ao indivíduo.

O medo se caracteriza pelo surgimento de uma conduta de fuga ou evasão. Também pode provocar outras expressões comportamentais, como a inibição. O quadro de estado de medo pode ser constatado na presença dos seguintes sinais clínicos: estado de alerta; conduta de fuga; conduta de evasão; alterações fisiológicas; vivências de indefinição.

Bach diferencia cinco principais medos arquetípicos, cada um deles associado a uma flor em particular, que são: Aspen (*Populus tremula*), Mimulus (*Mimulus guttatus*), Cherry Plum (*Prunus cerasifera*), Red Chestnut (*Aesculus carnea*), Rock Rose (*Helianthemum nummularium*).

2º Grupo: Com os remédios florais para aqueles que sofrem de incerteza, Bach identificou o segundo grupo como o da indecisão. A incerteza é uma experiência significativa na vida do homem. Sua origem se relaciona com a insegurança ontológica: seu estado de necessidade e carência essencial. Alguns autores vinculam esse tipo de vivência com sentimentos de fatalidade, e o fio condutor dessa tendência relaciona-se com a dúvida. Seria o não obstante, aquilo que pode ou não se realizar, mediante a possibilidade de que um obstáculo seja ou não ultrapassado. A expressão não obstante, equivalente a contudo, apesar de, significa: espera, dúvida, surpresa, esperança, desesperança, preocupação, temor do futuro, resignação, sentimento de fracasso, etc.

A indecisão caracteriza-se também por um estado de inquietude. Associam-se a essa sensação básica a ansiedade, a angústia, o temor, a dúvida e, às vezes, a desesperança. É freqüente a sensação de frustração. O indivíduo encontra-se num estado de agitação causado pela falta de resposta, certeza ou confiança no que pode acontecer. Geralmente, o indivíduo desenvolve uma conduta de precaução e cuidado, como se estivesse preparado, sistematicamente, para o encontro com o insucesso.

Bach diferenciava seis arquetipos de indivíduos que deixavam para trás o percurso já feito em suas vidas, porque não se sentiam seguros ou não se atreviam a continuá-lo. As flores indicadas para esse estado de ânimo são: Cerato (*Certostigma willmottiana*), Scleranthus (*Scleranthus annuus*), Gentian

(Gentianella amarella), Hornbeam (Carpinus betulus), Wild Oat (Bromus ramosus), Gorse (Ulex europaeus).

3º Grupo: Ao criar as essências florais para quem não sente interesse pelas circunstâncias atuais, Bach identificou o terceiro grupo, como o da falta de interesse pelo momento presente. Para esse grupo, Bach reúne um conjunto de respostas emocionais, nas quais os indivíduos expressam alheamento à vida presente. A falta de compromisso com a atualidade desencadeia uma série de comportamentos, que vão da fantasia à apatia. Contudo, existe um padrão comum a todos. Esse padrão comportamental é identificado em indivíduos que se alienam, acomodam-se e tornam-se meros espectadores. Em alguns casos, pode-se constatar desinteresse; em outros, cansaço, pois há sempre uma falta de estímulos e vontade de engajar-se na realidade, de modificá-la se necessário.

Também a fuga da responsabilidade, que exige um compromisso intenso com a vida, pode ser um bom motivo para essa conduta evasiva. Diferente do grupo de medo é difícil, neste caso, fazer uma semiologia comum. De modo geral, o que se encontra é o seguinte: fantasias, viagens mentais, falta de interesse, saudade do passado, descontentamento, aborrecimento, conduta repetitiva, apatia, mau-humor, dúvida, irritabilidade, cansaço, depressão, desatenção, ruminação e dificuldade na área do lazer. Os remédios são: Clematis (Clematis vitalba), Honeysuckle (Lonicera caprifolium), Olive (Olea europea), White Chestnut (Aesculus hippocastanum), Mustard (Sinapsis arvensis), Chestnut Bud (Aesculus Hippocastanum), Wild Rose (Rosa canina).

4º Grupo: As essências florais para a solidão formam o quarto grupo e estão indicadas por Bach para os indivíduos que sofrem desse mal. Às vezes, sofremos a dor de estarmos sós. É uma experiência universal e inerente à natureza humana. Essa vivência permite ao homem encontrar-se e descobrir-se. Contudo, e apesar de seus aspectos positivos, parece comum o querer dela fugir. Há, nessa experiência, um vínculo muito direto com a intimidade. O homem, enfrentando o silêncio exterior, é levado a conectar-se com o que é na realidade, a ver-se por dentro, a efetuar uma introversão, que o leva a ver-se em preto e branco. Essa situação pode conduzi-lo à depressão e/ou a dar-se conta. E é por isso que muitos indivíduos tentam evitá-la. Também é certo que a busca da solidão expressa, às vezes, uma dificuldade em poder relacionar-se plenamente com os outros.

A solidão merece ser distinguida do isolamento. A solidão pode acontecer por uma condição interna ou externa, e o indivíduo se vê privado de satisfazer uma necessidade básica: a da companhia. Por uma causa intrapsíquica, como no isolamento psicótico, ou em decorrência de fatores objetivos, como estar preso ou perdido, a consciência e o Eu sofrem um profundo abalo na sua auto-estima e em seus sentimentos profundos de pertencer.

Assim como a liberdade, a solidão é determinada por uma série de fatores culturais, sociais e transpessoais e pode ser, ao mesmo tempo, desejada ou temida. Do ponto de vista clínico, a solidão patológica se caracteriza pelos seguintes sinais: sentimento de isolamento; sensação de falta de pertinência; auto-suficiência; desconexão; introversão exagerada; impossibilidade de comunicar-se; incapacidade de escutar; dificuldade para compartilhar; perda de interesse por companhia; desvalorização; medo e angústia.

Nesse grupo, Bach tem três flores que são: Water Violet (*Hottonia palustris*), Impatiens (*Impatiens glandulifera*), Heather (*Calluna vulgaris*).

5º Grupo: As essências florais para hipersensibilidade a influências e idéias foram criados por Bach para os indivíduos que apresentam problemas com relação à vulnerabilidade e dependência. A vulnerabilidade e a dependência constituem uma experiência típica, que tem seu exemplo no nascimento e em acontecimentos da primeira infância. A criança encontra-se à mercê dos cuidados dos adultos, que as percebem como desprotegidas. Progressivamente, isso vai sendo superado. Contudo, são fortes as marcas desse tempo em seu psiquismo. Elas são tão intensas que, quando reaparecem circunstâncias difíceis na vida, reativam os antigos estados de dependência e de desproteção.

A essência desse tipo de mal pode relacionar-se com a falta de confiança em si mesmo ou sentimentos relacionados com o próprio poder. O homem, em seu processo de crescimento, deve ir vencendo uma série de resistências e obstáculos, desenvolvendo esforços que representam perigos e possibilidades de fracassos em relação às suas aspirações. Depende de seu temperamento o modo como essas experiências são vividas e assimiladas.

Algumas vezes, o indivíduo reagirá com segurança, força, honestidade e, em outras, pode suceder que ele não se sinta capaz de enfrentar a vida, retirando-se, então, falseando seu comportamento, não fazendo ou

apresentando qualquer outra manifestação em que ele se indique e se declare vencido.

Os sentimentos de dependência e de vulnerabilidade, em todas as suas variedades, têm em comum a existência de uma hipersensibilidade, que torna o indivíduo vulnerável a circunstâncias pessoais. As regras de conduta mais comuns são: angústia, falsa alegria, masoquismo, necessidade de estimaçã, excessivo respeito à autoridade, necessidade de aprovação, vulnerabilidade a influências, medo de ser livre, insegurança, sentimento de inferioridade, inveja e submissão. As flores são: Agrimony (Agrimonia eupatoria), Centaury (Centaureum umbellatum), Walnut (Juglans régia), Holly (Ilex aquifolium).

6º Grupo: Está relacionado com desalento e desesperança. Para os indivíduos que apresentam esses problemas, Bach criou as essências florais para o abatimento ou a desesperança. Ainda que, possam parecer sentimentos muito diferentes, ambos, desalento e desesperança, tratam um mesmo complexo emocional, que inclui: a aflição, a desvalorização, a melancolia. Ao arrebatamento íntimo e à angústia junta -se um grupo de efeitos paroxísticos, que têm em comum uma certa perda de limites e uma dificuldade de enfrentar as carências insolúveis da natureza do homem.

Com a desesperança, o futuro se mostra absolutamente fechado e, como conseqüência, o indivíduo se sente fechado, ou impelido a um abismo e sem motivação para viver. Nesse estado, a vida é como um labirinto. O futuro parece um muro que espanta toda esperança. A desesperança aparece psicologicamente como uma grande comoção, que alcança a totalidade do ser e a existência, conduzindo à transformação ou ao aniquilamento. A desesperança caracteriza-se, de modo geral, pela sensação de crise existencial. Seus traços clínicos são: angústia, sensação de ausência de saídas, desintegração, culpa, desvalorização, sensação de perda do projeto, perda da identidade, auto-reprovação, sentimento de desesperança, pressão, sufocação, aperto, opressão, desintegração e estado de choque.

As flores para esse grupo são: Larch (Larix decídua), Pine (Pinus sylvestris), Elm (Ulmus procera), Sweet Chestnut (Castanea sativa), Star of Bethelam (Ornithogalum umbellatum), Willow (Salix vitellina), Oak (Quercus robur), Crab Appel (Malus pumila).

7º Grupo: Está relacionado ao poder. Bach incluiu nesse grupo as essências florais para aqueles que se preocupam com o bem-estar dos

demais, associando-os a um tipo de personalidade amante do poder. O que conta nessa situação é a necessidade de domínio, é deter a possibilidade de dispor sobre os outros, a certeza da superioridade, de saber melhor o que convém aos demais. O que a satisfação desse desejo busca não é nem a conservação, nem a sobrevivência, nem coisas materiais – é a segurança de poder fazer e desfazer, apropriando-se dos outros. Schopenhawer dizia: “o homem aspira a um domínio direto sobre as coisas pela compreensão ou pela violência”.

Nietzsche, talvez, foi quem introduziu na psicologia moderna a reflexão sobre esse tema. Ele assinalava a satisfação que o desejo do poder oferece, tanto no fazer o bem, como no fazer o mal. Um exemplo disso é a compaixão, que o filósofo alemão dizia ser a felicidade da mínima superioridade, e que, muitas vezes, não é vista como um modo sutil de dominação.

Os traços mais notáveis desse tipo de sentimento são, sem dúvida, o afã do domínio e o desfrute do poder. Os principais comportamentos do desejo do poder são: compaixão, autoritarismo, manipulação, sabedoria, crítica, lástima de si mesmo, intolerância, absorção afetiva, possessividade, sadismo, arrogância, superioridade, rigidez, fanatismo, inflexibilidade e cobiça. As Flores desse grupo são: Chicory (*Chicorium intybus*), Vervain (*Verbena officinalis*), Vine (*Vitis vinifera*), Beech (*Fagus sylvatica*), Rock Water (Água de rocha).

Emergência e crises: Remédio do resgate - Rescue Remedy. A situação de emergência e crise é uma experiência na qual o indivíduo encontra-se invadido por uma tensão que não pode assimilar, elaborar ou descarregar. Às vezes, provenientes de traumatismos, acidentes, perdas, ou outras, desencadeadas por fatores externos, as crises são situações nas quais o Eu perde sua capacidade de controle. Assim, nasce um estado emocional de transbordamento da emoção, mental e/ou física, o qual pode ser definido como um modo de excitação que o Eu não pode manejar, controlar nem descarregar pelas vias adequadas.

Para essas circunstâncias, Bach criou uma fórmula de essências florais combinadas que assiste o cliente nas crises e nas emergências. Ele elegeu cinco flores por suas qualidades particulares, que formam a combinação do ideal para atender a situações de emergência. O autor observa: “Aqui, entendemos por choque ou emergência tudo aquilo que sucede ou desintegra nosso sistema energético, desde o súbito estampido de uma porta a uma má

notícia ou a um acidente, com perda de conhecidos. Nesse estado, a consciência ou as partes sutis do nosso corpo têm tendência a retirar-se do corpo físico. Embora já não o substitui essa possibilidade de tomar por si só, medidas para sua auto-salvação” (Espeche,1993 p.75).

Rescue Remedy é uma mistura de cinco flores: Cherry Plum, Clematis, Impatiens, Rock Rose, Star of Bethlehem (é o remédio de Socorro) (Espeche,1993; Espeche et Grecco,1993; Ganen,1992; Howardn,1990; Pastorino,1992; Kripper, s.d.).

Os florais de Bach são indicados no tratamento de desequilíbrios dos níveis vibratórios, mentais, emocionais e físicos. Cada flor corresponde a uma qualidade específica, tratando um padrão de conduta negativa e colocando para a consciência a lição que precisa ser apreendida. Elas ajudam o indivíduo a se equilibrar e a libertar-se dos padrões negativos. Conferem, ainda, a possibilidade de entender, conscientemente, o seu processo de crescimento. São, portanto, instrumento para uma cura profunda, livre de contra-indicações e efeitos colaterais (Pastorino,1992).

A hipótese que conduz o mecanismo de ação dos remédios florais é a vibração do campo energético das flores atuando sobre as vibrações do campo energético do ser vivo, harmonizando-o. Eles atuam, portanto, por ação física e, não, química como a medicação alopática. O diagnóstico não é baseado em sintomas do padrão fisiológico e, sim, na percepção do padrão psicológico e espiritual da interação do indivíduo com o seu eu e com o meio ambiente. A ação desses remédios é elevar as vibrações e abrir nossos canais para a receptividade de nosso ser espiritual (Bontempo,1994).

As essências florais são resultados do acúmulo das vibrações específicas das flores e contêm energias sutis de alta frequência. Para que os corpos sutis possam ser alterados terapeuticamente, é necessária a administração de uma energia que vibra em frequências que estão além do plano físico.

As essências florais, remédios homeopáticos e elixires de pedras preciosas, quando ingeridos ou usados como unguento, percorrem um caminho específico através dos corpos físicos e sutis. Inicialmente, eles passam pelo sistema circulatório. Nesse ponto, a polaridade entre os dois sistemas gera uma corrente eletromagnética. Existe, na verdade, uma estreita ligação entre esses dois sistemas; ligação essa que a ciência moderna ainda

não compreende. A força vital atua mais através do sangue, enquanto a consciência atua através do cérebro e do sistema nervoso. A partir de um certo ponto do caminho entre os sistemas nervoso e circulatório, o remédio, em geral, desloca-se diretamente para os meridianos. Saindo dos meridianos, a força vital penetra nos diversos corpos sutis e chacras ou retorna diretamente para o corpo físico, no nível celular, através de vários portais situados entre os sistemas nervoso e circulatório. Seu percurso é determinado pelo tipo do remédio e pelo temperamento do indivíduo (Bontempo,1994).

A terapia floral foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1976, e é reconhecido o seu uso nos países membros. A partir da década de 70, novos sistemas de essências florais foram desenvolvidos em vários locais, como: as essências californianas; do Arizona; da Áustria, da França, do Canadá; do Alasca; de Minas; do Havaí, do Pacífico; etc. Existem, por enquanto, cerca de 15 tipos de sistemas florais e, pelo menos, 800 essências de flores catalogadas no mundo todo (Mundim et al 1994).

2.5 Modelo esquemático do referencial teórico



Esse modelo esquemático do cuidado permite refletir sobre a natureza da doença, levando em conta o modo de vida, o equilíbrio alimentar, o estresse, os estados mentais e emocionais, as atitudes e comportamentos. Ele mostra que a doença não surge por acaso, do exterior; desenvolve-se a partir das tensões e desarmonias da vida. Para que se possa pensar e incorporar essa

abordagem esquemática, é preciso um descondicionamento do pensamento científico materializado, para entender o pensamento holístico que se está sendo demonstrado através desse modelo. O indivíduo é tido como um organismo multidimensional, mutável e dinâmico, em constante processo de evolução e transformação.

Através da percepção de que os seres humanos são constituídos de energia, pode-se começar a compreender novos pontos de vista a respeito da saúde e da doença. Isso proporcionará aos profissionais da saúde e, em especial, à enfermeiras não apenas uma perspectiva única a respeito das causas das doenças como também métodos mais eficazes de curar as enfermidades que afligem os indivíduos.

A medicina vibracional, através das essências florais e da Teoria de Betty Neuman, neste trabalho foi a fonte de grande transformação no âmago da consciência humana. Enquanto terapia, as essências florais se dirigem aos conflitos internos que podem ser atuais ou antigos, às tensões e aos bloqueios emocionais, bem como aos problemas físicos deles decorrentes, superando as dificuldades, atacando diretamente a fonte de desequilíbrio.

Nesse esquema, ocorre o entrelaçamento e a interseção característicos da abordagem do cuidado holográfico que se desenvolve pelo dinamismo constante e pela multidimensionalidade dos quatro aspectos abordados neste estudo que são: Teoria holográfica, Enfermagem holográfica à luz da Teoria de Betty Neuman, Depressão no idoso, e a terapia floral de Bach. Na interseção dessas quatro abordagens, surge o cuidado de enfermagem com visão holográfica que percebe o indivíduo na sua totalidade, ou seja, as pequenas partes que fazem parte do todo e o todo que é a pequena parte. Sendo assim, não se pode deixar de cuidar dos indivíduos que o cercam, uma vez que o todo influencia no bem-estar do indivíduo que está sendo cuidado.

No presente estudo, isso ficou claro a partir do momento em que se constatou que as idosas, antes deprimidas, depois da utilização das essências florais, adquiram equilíbrio biopsicoemocional e espiritual e procuraram trazer seus familiares, vizinhos e amigos para a consulta floral, e ratificaram, a todo instante, que estão bem consigo e com a vida.

Na visão holográfica somos ao mesmo tempo observador e criador. Não somos apenas parte de um padrão; somos o padrão. Um holograma está fora do tempo linear e do espaço tridimensional. Ele é a ligação entre todas as

coisas. É a própria ausência de limites e a total entrega a todas as experiências – a verdadeira sensação de união com todas as pessoas, com todas as coisas e com todo o universo. É o presente, o passado e o futuro (Brennan, 2002).

3. CAMINHO METODOLÓGICO

“Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro” (Leonardo Boff, 1999).

3.1 Processo da pesquisa

3.1.1 Tipo do estudo

Foi utilizado o estudo de caso múltiplo com abordagem holística e multidisciplinar. Optou-se pela pesquisa do tipo estudo de caso, pois constitui um método útil para explorar, descobrir, conhecer em profundidade os aspectos relevantes de um dado fato ou fenômeno, sem a pretensão de generalizar seus resultados (Yin, 1993; Woods e Catanzaro, 1988).

O estudo de caso é uma escolha adequada quando o fenômeno em estudo não é facilmente distinguível em seu contexto maior (Yin, 1993). O presente estudo situa-se na direção da aplicação das chamadas terapêuticas complementares, principalmente daquelas que atendem aos princípios da medicina vibracional. Esta última ainda não possui uma demarcação clara quanto à sua utilidade, como também ainda é considerada nebulosa sua validade técnico-científica.

Entres as possibilidades de pesquisa usando o método do estudo de caso, destacam, entre elas, a administração de um tratamento e sua análise. Trata-se de um estudo de caso por se realizar em ambiente natural, com o objetivo de avaliar um processo terapêutico/cuidativo de abordagem holística e holográfica, seguindo-se um procedimento de série temporal, coletando-se os dados antes, durante e após a administração desse tratamento. O método de estudo de caso pode ser aplicado a uma única unidade de pesquisa: uma pessoa, um serviço, uma comunidade, sendo denominado de estudo de caso único. Pode também ser múltiplo, quando se usa mais de uma unidade de pesquisa (Polit e Hungler, 1995). Adotou-se o estudo de caso múltiplo, considerando-se a peculiaridade de cada indivíduo e tendo-se em vista que esse tipo de opção permite a captação de uma multivariabilidade de dados.

O estudo de caso apresenta uma abordagem qualitativa de pesquisa; enquanto tal, rica em dados descritivos e focalizadora da realidade de forma complexa e contextualizada, existindo a possibilidade de que se faça uma generalização naturalista, que ocorre em função do conhecimento experiencial do sujeito, no momento em que este tenta associar dados encontrados no estudo com dados que são fruto das suas experiências pessoais (Lüdke e André, 1986).

3.1.2 Apresentação do estudo

O foco central deste estudo entre outras ações é o cuidado de Enfermagem com visão holográfica e o uso da terapia floral de Bach em idosas com depressão. Cuidado de Enfermagem com visão holográfica compreende-se aqui, como cuidado integral do indivíduo. Trata-se de um cuidado que deve estar focado no todo e, ao mesmo tempo, em cada parte. Considera-se tanto a unidade na diversidade quanto a diversidade na unidade. O cuidado deve ser aplicado na perspectiva de que a parte tem acesso ao todo e o todo tem acesso às partes. Ao ministrar-se o cuidado de Enfermagem a alguma das partes, não se pode esquecer o ser na sua totalidade, pois essa parte faz parte de um todo maior e este último é tudo que o cerca, desde seus pensamentos e suas ações até o seu ambiente. Esse macro e microsistema são um entrelaçamento do ir e vir do processo de saúde e doença.

Esse modelo de cuidado é capaz de oferecer uma linguagem interdisciplinar para discutir o domínio da experiência humana que tem sido, em sua maioria, no cotidiano, ignorado pelos profissionais de saúde que não vêem o indivíduo na sua totalidade.

Vale destacar que, como qualquer outra tentativa de delimitação cronológica sobre idoso, a aqui empregada é a da ONU que, em 1982, por meio da Resolução 39/125, durante a Primeira Assembléia Mundial das Nações Unidas, estabeleceu que idoso, para os países em desenvolvimento, como o Brasil, é a pessoa que tem acima de 60 anos e, para países desenvolvidos, a que tem acima de 65 anos (Santos, 2003). Ao assim se proceder, não se está excluindo ou negando a necessidade de que sejam encontrados indivíduos abaixo da delimitação estabelecida com características biopsicossociais do envelhecimento, assim como de que sejam encontrados

também indivíduos dentro dessa delimitação, ou acima dela, com características biopsicossociais de jovens.

A ineficácia da delimitação cronológica estabelecida para abarcar a multiplicidade de aspectos biopsicossociais e espirituais envolvidos nessa etapa do ciclo vital humano está amplamente discutida na literatura que trata do processo de envelhecimento. É preciso salientar, no entanto, que a lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso em seu artigo 2º reza: Considera-se o idoso, para os efeitos desta lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade (Brasil,1996a,b).

3.2 Local de desenvolvimento e seleção das voluntárias do estudo

O estudo foi realizado no Centro de Reabilitação do Idoso Damásio Barbosa da Franca, unidade prestadora de serviço de saúde ligada à Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB. Essa Unidade, que se destina prioritariamente à assistência à saúde da população idosa de sua área de abrangência (Centro, Roger, Cristo, Bairro das Indústrias, Torre, Mangabeira, entre outras), mantém um ambulatório de referência em gerontogeriatría para a população do Município e região adjacentes; servindo de campo de estágio e pesquisa para o alunado do Curso de Especialização em Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba.

A consulta de geriatria perfaz um total aproximado de 140 atendimentos mensais. Atende a todos os idosos que se dirigem ao Centro, desde os que residem próximo até os que residem no interior do Estado. O Centro é referência no Estado da Paraíba. Possui uma equipe multi-profissional que aceita as práticas não convencionais. Praticam-se terapêuticas com fitoterapia, florais e com outra atividade que seja de reconhecimento do grupo, assim como está aberto para novos métodos de trabalhos, desde que os voluntários tenham formação na área em que se propõe trabalhar e que sejam compromissados eticamente com a clientela idosa.

Durante a fase de contatos inicial, a pesquisadora foi apresentada à assistente social por uma colega da Universidade Federal da Paraíba que trabalha com idosos e familiares de idosos alcoolistas. Nesse contato, foi exposto o tipo de trabalho que desejaria desenvolver, os objetivos e perguntou se haveria a possibilidade de desenvolvê-lo naquela unidade prestadora de

serviço de saúde. A assistente social mostrou-se entusiasmada e encaminhou a pesquisadora para o diretor. Naquele mesmo dia, conversaram os três. Concordando, ele convidou a pesquisadora para uma reunião que iria haver na semana seguinte, na própria unidade, com a presença da Diretora do Distrito e sua equipe de supervisão. Nessa reunião, foi aberto um espaço para que a pesquisadora expusesse à equipe o tipo de trabalho que pretendia realizar, os objetivos e a metodologia adotada. Observando-se a viabilidade do trabalho, ela foi orientada pela Diretoria e sua equipe, que se mostraram receptivas ao estudo, para oficializar o pedido junto à Secretaria Municipal de Saúde. Feita a solicitação (anexo A) com uma síntese do projeto do estudo obteve a autorização para a realização do estudo.

Cumprida as formalidades iniciais, foi feita a integração, na rotina de atendimento em gerontogeriatría, as consultas florais. Passou-se, então, a atender a população idosa nos dias e horários da geriatria: as segundas, terças e quintas feiras, pela manhã. E, nas quartas-feiras, foi ministrado um curso de formação em terapia floral direcionado aos funcionários que se interessassem em dar continuidade a esse tipo de atendimento realizado pela pesquisadora.

Aguardou-se o parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) para serem iniciadas as consultas das idosas para o estudo. Por se tratar de um estudo pioneiro, o relator do estudo, apesar de entusiasmado com o trabalho, sentiu-se inseguro para dar algumas informações ao Comitê sobre o estudo. Por não ser uma área de seu domínio, convidou a pesquisadora para a reunião, que aconteceu em meados de junho. Todos os presentes a argüiram e, ao final, ela retirou-se para que eles elaborassem o parecer (Anexo B). Após a aprovação, iniciou-se o estudo em meados de julho de 2002, tendo sido realizada a última consulta em fevereiro de 2003.

A interação com a equipe multidisciplinar – formada por uma geriatria, uma assistente social e uma psicóloga – tornou-se imprescindível para a viabilidade do desenvolvimento do estudo. Assim, a psicóloga e a assistente social realizavam a triagem dos clientes para a consulta de rotina para a geriatria. Esta selecionava as idosas com depressão, segundo o DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) e as encaminhava para a enfermeira para o tratamento floral.

No primeiro momento, as idosas eram informadas sobre o estudo e solicitava-se a permissão delas para que fossem inseridas no mesmo. Em algumas vezes, as idosas estavam acompanhadas por familiares que estimulavam a participação delas no estudo, mas, na maioria das vezes, estavam sozinhas. Após a autorização por escrito, iniciava-se a entrevista e a aplicação da escala BDI (Beck Depression Inventory) para certificar-se do grau da depressão: leve, média ou severa.

Para ministrar um cuidado de Enfermagem com visão holográfica, teve-se a necessidade de acompanhar cada idosa por cinco consultas subseqüentes, com o intervalo de 30 dias entre cada uma, ou seja, acompanhamento mensal para cada voluntária do estudo. Foi, então, estabelecido um recorte temporal para o desenvolvimento do estudo. Abriu-se, em seguida, o período de inserção das idosas nele: de julho a setembro de 2002. A primeira voluntária do estudo foi atendida em julho e a última, em setembro.

A amostra foi constituída de 13 idosas com 60 ou mais anos, selecionadas a partir da demanda espontânea ao Centro de Reabilitação de Idosos Damásio Barbosa da Franca - João Pessoa-PB.

Os critérios de seleção foram aplicados a todas as voluntárias com diagnóstico de depressão, atendidos naquele serviço. Foram feitas tantas entrevistas quantas foram necessárias para compor a amostra.

Os critérios de inclusão na amostra foram: ser capaz de orientar-se no tempo e espaço; saber ler e escrever; aceitar participar da pesquisa. Adotou-se como critério de exclusão o fato de a idosa apresentar comportamento de risco (idéias suicidas) ou ser portadora de patologia psiquiátrica associada.

3.3 Cuidados éticos

Considera-se importante, nesse momento, abordar os aspectos éticos da participação de idosos em um processo de pesquisa. Seja qual for o tipo de estudo, o ideal é que, quando se envolverem idosos em pesquisa, obtenha-se, por escrito, o consentimento formal do participante e, se necessário, de um familiar responsável ou cuidador. Isso significa garantir a esses indivíduos adequada informação a respeito do estudo que se pretende desenvolver, o papel dele no estudo, estar seguro quanto à compreensão dele em relação à informações dadas para que ele possa, conscientemente, permitir ou não esse envolvimento (Polit e Hungler, 1991; Polit e Hungler, 1995).

Estando-se atento aos aspectos acima mencionados, procurou-se obter o Consentimento Livre e Esclarecido, atendendo à resolução 196/96 (Brasil, 1996), das idosas e das suas cuidadoras e/ou acompanhantes. Isso foi feito verbalmente e por escrito, após serem dadas informações sobre o estudo, os objetivos, a importância e como se daria à participação delas na pesquisa. Verificou-se, também, seu interesse de participação (Anexo C). Vale ressaltar que não houve nenhum caso de recusa no momento da entrevista por parte das idosas e de seus familiares.

Outro aspecto importante foi o da garantia do anonimato das informações que seriam transmitidas por elas. Para isso, após obter o Consentimento Livre e Esclarecido para fazer parte do estudo, combinou-se que as mesmas teriam um nome fictício e que esse seria escolhido por elas após conhecerem as flores que estavam tomando como essência floral. Marcou-se o encontro em um dia em que todas pudessem comparecer ao Centro e foram passados os slides das 38 flores de Bach. Elas mesmas escolheram as flores que mais lhes agradaram naquele momento. Em seguida, foi-lhes dito o nome de cada uma das flores. Assim, ficou estabelecido o nome para cada voluntária do estudo, ficando o verdadeiro em segredo, entre a pesquisadora e a idosa.

Na escolha de uma flor para se cognominar foi muito interessante. Pois aqui ocorreu o raciocínio holográfico uma vez que a flor escolhida por cada voluntária foi a que melhor as caracterizou. Isso comprova a relação energética da flor com o indivíduo que a escolhe, pois elas não sabiam sequer o que estavam tomando; apenas escolheram por se sentirem atraídas pela imagem das flores projetada, isso reforça a relação energética com a essência que o indivíduo está necessitando naquele momento podendo ser uma flor ligada a sua característica de personalidade ou uma flor ligada às situações existenciais, transitórias dependendo do que esteja em maior desequilíbrio para ser trabalhada naquele momento se o núcleo caracteriológico ou se o situacional. No estudo aconteceu os dois tipos de núcleos a ser trabalhado uma vez que os idosos sofrem muitas crises existenciais.

3.4 Coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário de entrevista estruturado com a intenção de direcionar a conversa, identificando problemas e percepções da idosa com relação à sua mudança de vida e como isso

poderia estar relacionado à sua depressão. O formulário de entrevista é constituído das seguintes etapas: 1) dados de identificação; 2) aspectos sociais; 3) aspectos emocionais; 4) aspectos fisiológicos. Elaborado segundo a Teoria de Betty Neuman, contém perguntas abertas e fechadas, e aborda os aspectos ligados aos estressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais (Anexo D).

Também foi utilizada a escala BDI (Beck Depression - Inventory), (Anexo E). A avaliação global do BDI é feita através da soma dos números ao lado das perguntas – conferidos aos itens selecionados pelo respondente. O item da perda proposital de peso (item 19) não é computado. Uma soma de 0-9 é considerada Normal; 10-15 sugere a existência de uma Depressão Leve; 16-23, uma Depressão Média; e 24 ou mais pontos, de Depressão Severa.

Este instrumento serviu de parâmetro para a confirmação das voluntárias da amostra, definindo o grau de depressão em que a idosa se encontrava: leve, média ou severa. Foi útil, também, como método para avaliação das idosas nas consultas subseqüentes. As voluntárias do estudo foram selecionadas de forma aleatória, através das consultas médicas.

A Escala BDI foi validada por um grupo de pesquisadores que realizaram um trabalho com 266 pacientes psiquiátricos hospitalizados e ambulatoriais. Sua validação ocorreu comparando-se com a escala de Hamilton, mostrando-se a BDI mais eficaz. Foi testada em pacientes de conduta suicida e alcoolismo. Em um estudo sobre os cuidados de idosos com confusão, as pontuações da escala se associaram com o apoio social recebido. O resultado mostrou que os cuidadores com baixa pontuação na BDI indicaram que receberam maior apoio social.

A escala BDI tem uma validade e uma confiabilidade que vão de média à boa. Apesar de a maioria das provas ter sido realizada em população psiquiátrica, sabe-se que a precisão de uma escala depende da motivação dos sujeitos para assinalar seu estado emocional de uma forma precisa (Browning,1994).

Estas idosas se encontravam com depressão, segundo o diagnóstico médico baseado no DSM IV (Anexo F). As respostas dadas à escala BDI mostraram que as clientes se encontravam com depressão severa e estavam passando por momentos estressantes na vida, como insegurança, decepções

amorosas, viuvez, doenças graves na família, alcoolismo na família. No momento, não estavam fazendo uso de antidepressivos.

Participaram do estudo 13 idosas com depressão que se adequavam aos critérios pré-estabelecidos, pois, “numa busca qualitativa preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e com a abrangência da compreensão - critérios não numéricos” (Minayo,1993).

As idosas foram submetidas a um processo terapêutico/cuidativo de abordagem holográfica, com duração de 20 semanas. Foi determinado esse período uma vez que a literatura psiquiátrica refere que o tempo médio de recuperação da fase aguda de episódio depressivo é de doze semanas e a decisão sobre a resposta do paciente só é confiável após 4-6 semanas (Forciea; Lavizzo-Mourey,1998). Este tratamento compreendeu o seguinte conjunto de procedimentos:

1) atendimento mensal de Enfermagem, incluindo a prescrição da essência floral apropriada, segundo o diagnóstico de Enfermagem estabelecido na primeira consulta. Mensalmente, em consultas subseqüentes, a enfermeira pesquisadora atendeu a idosa, acompanhando sua evolução, reavaliando-lhe as condições de saúde e respostas ao tratamento e cuidados, revisando a prescrição de Enfermagem, caso necessário.

2) sessão de psicoterapia de grupo, quinzenal, desenvolvida sempre por uma única psicóloga, profissional do referido serviço. Essa acompanhou a evolução da idosa em cada sessão, segundo o paradigma psicoterápico adotado no serviço. As idosas foram inserindo-se em um dos grupos de psicoterapia que acontecem em dois dias da semana, de modo contínuo.

No primeiro encontro da pesquisadora com a idosa, era realizada a entrevista, utilizando o instrumento baseado na Teoria de Betty Neuman, denominado de coleta de dados, e cuja finalidade é identificar os estressores que levaram as idosas à depressão. Essa etapa precede o diagnóstico de Enfermagem, baseado na Classificação de Fenômenos de Enfermagem da CIPE¹⁰, versão ALFA (Nóbrega e Gutiérrez, 2000). O próximo passo consistia em traçar metas a serem atingidas, segundo os diagnósticos de Enfermagem. Essas metas seriam alcançadas conforme a fórmula floral prescrita fosse atuando sobre cada desarmonia (estressores), com o objetivo de harmonizar o indivíduo e devolver-lhe a saúde.

¹² CIPE - Classificação Internacional da Prática de Enfermagem

As intervenções de Enfermagem foram estabelecidas baseadas nos diagnósticos de Enfermagem e nos diagnósticos florais, segundo o critério de hierarquização de necessidades da idosa para a prescrição da terapia floral. Nessa prescrição, orientava-se que a mesma deveria tomar quatro doses diárias, sendo quatro gotas sublingual, em jejum e antes de dormir; as outras duas doses, ela mesma determinaria o melhor horário, desde que fosse obedecido, rigorosamente, o escolhido.

O próximo passo consistia em avaliar, em consultas posteriores, previamente aprazadas, se o quadro de depressão apresentado pela idosa estava diminuindo, respondendo à terapia floral. Essa avaliação era feita através da aplicação da escala BDI como também por meio da observação do estado geral da cliente, segundo o DSM IV (aparência, estado geral, desenvoltura, ânimo para a vida, entre outros). Dessa forma, podia-se avaliar se as metas haviam sido alcançadas segundo a prescrição floral. Após o quinto encontro, a idosa retornava para a consulta médica para que a geriatra enviasse para enfermeira pesquisadora a avaliação clínica (Anexo G) do estado da idosa naquele momento.

Essas idosas foram acompanhadas pela enfermeira pesquisadora durante o período de cinco meses (20 semanas), com intervalo de 30 dias entre cada consulta, perfazendo um total de cinco consultas para cada cliente, ou seja, 150 dias de tratamento floral. Isso ocorreu de julho de 2002 a fevereiro de 2003, porém houve algumas idosas que só retornaram para a consulta médica em março de 2003. O acompanhamento era realizado nas segundas, terças e quintas-feiras, pela manhã, pois eram os dias de atendimento da geriatra. Em cada consulta, dispunha-se de uma média de 60 minutos de ação cuidativa.

As reuniões com a psicóloga ocorriam nas segundas ou quintas-feiras, pela manhã, com duração de 60 minutos. Após esse período de acompanhamento para a pesquisa, as idosas continuaram no grupo terapêutico com a psicóloga. A reavaliação psicológica era realizada durante todas as reuniões, porém o relatório das idosas só foi entregue após a 20ª semana de tratamento floral (Anexo G) e as reavaliações de Enfermagem eram realizadas mensalmente.

Embora o relatório das idosas tenha sido entregue no final do estudo, ou seja, após 20 semanas de acompanhamento psicoterápico, a psicóloga e a

pesquisadora se encontravam para conversar sobre as mesmas a respeito de suas evoluções isso mostra que o procedimento analógico e analítico foi feito no decorrer do estudo, assim como outros profissionais, como a Assistente social e a Fisioterapeuta procuravam a pesquisadora para relatar sobre as melhoras de algumas idosas, isso mostra que o procedimento analítico e analógico ocorreu não só pelos profissionais envolvidos na pesquisa, mas que a holografia mostrou-se presente.

3.5 Análise do estudo

Os dados do estudo foram analisados considerando-se os procedimentos analíticos e analógicos da abordagem teórica escolhida: Teoria holográfica, Enfermagem Holográfica à luz da Teoria de Betty Neuman, Depressão no idoso; Terapia Floral, além da experiência da autora do estudo. Foram escolhidos os seguintes temas para análise: 1) características das voluntárias; 2) classificação dos estressores – interpessoais, intrapessoais e extrapessoais; 3) identificação dos diagnósticos de Enfermagem, de acordo com os estressores; 4) avaliação do cuidado de Enfermagem com visão holográfica, assim como foi feita uma análise das medias ponderais dos BDI.

Os escores do BDI foram analisados como variáveis quantitativas discretas. Os resultados foram expressos por suas médias e respectivos desvios padrão. Quando o grau de dispersão era alto foi utilizado o erro padrão da média. Utilizou-se o teste de Tukey Kramer para a avaliação de possíveis diferenças entre médias. Aceitou-se $p < 0,05$ para rejeição da hipótese de nulidade (Tukey Kramer, GraphPad, 2002).

4. DESCRIÇÃO DOS CASOS

“A parte é algo diferente do todo; mas também é o mesmo que o todo é; a substância é o todo e a parte” (Heráclito de Éfeso, apud Tavares, 1993, p.59).

Nesta unidade, os dados obtidos nos treze casos do estudo são descritos a partir de uma visão holográfica do cuidado de Enfermagem, de modo a possibilitar a compreensão dos estressores de Betty Neuman na depressão em idosas e a utilização dos florais de Bach e dos fenômenos de Enfermagem na avaliação do bem-estar das voluntárias estudadas. Assim como será feita uma análise estatísticas dos BDIs.

Sra. Rock Rose

DSM IV - primeira consulta (11/07/2002). - Queixas: desesperança, humor deprimido e irritável a maior parte do tempo, espírito derrotista e falta de prazer nas atividades, sentimento de culpa a maior parte do tempo, insônia diária e/ou perda do sono no meio da noite sem conseguir conciliá-lo e perda total do interesse sexual.

Sra. Rock Rose - 68 anos, viúva, católica, alfabetizada pela cartilha do povo e mãe de 9 filhos (4 mulheres e 5 homens). Mora com dois filhos e um neto. Não tem costume de receber visita, mas sai muito de casa. Sempre visita a filha em Caicó e participa de 2 grupos de idosos. No momento, não tem ânimo. Sempre foi responsável pelas atividades domésticas, porém, atualmente, está fazendo-as sem qualquer prazer. Quando está bem, faz tudo – lava, passa, cozinha. Considera-se uma pessoa dinâmica e, apesar do estado de desânimo, ainda trabalha muito em casa. Quando freqüentava o grupo de idosos, participava das atividades – como curso de cesta de papel, bordado de vagonite e organização das festas. Acompanhava as colegas nas consultas médicas ou resolvia-lhes o problema quando elas não sabiam fazê-lo. Achava-se despachada e esperava voltar a fazer o que fazia antes da depressão. Declarava-se esperançosa.

Quando o marido era vivo, tinha prazer de ir para a cozinha, principalmente aos domingos, pois recebia toda a família. *Quando ele morreu,*

minha família virou mundiça. Atualmente não preencho o tempo com nada, não tenho ânimo, às vezes venho para o grupo de Dra. Irene , confessa.

O desejo de morar com alguém da família decorre da necessidade de proteção. Acha que é a garantia de que, quando ficar doente, tem quem cuide dela em casa. Não sente falta de ninguém e só lastima a falta de saúde. Gosta dos vizinhos, pois, no momento, quem está preenchendo sua vida são eles. Considera-se mais tranqüila e sente-se bem no grupo de Dra. Irene: *Ela percebeu a minha necessidade, me levou a Dra. Fátima que conversou muito comigo e me encaminhou para a senhora. E estou me sentindo melhor agora.* Seu estado de humor era bom e considera seu temperamento ser muito instável.

Espera pouco da vida, quase não sonha com mudanças. Deseja, apenas, que seus filhos se ajustem com suas mulheres, equilibrem-se na vida e não morem em casa de aluguel. Para ela, não quer nada; diz ter tudo. Da própria vida ela declara: *Eu penso que não vou ter muitos anos de vida, não penso no futuro. Viver a vida não, atravesso a vida. Um dia melhor, outro não e assim vai.* Mesmo assim, encara a vida com confiança em Deus e segue batalhando, mas diz que lhe falta saúde.

Quanto às emoções positivas, não as teve: casou por piedade, não por amor. Na época, confessa que amava um rapaz que foi para Minas Gerais e não voltou. O que mais lhe entristece, hoje, são as brigas dos filhos e as separações. Seu melhor período do dia é o início da tarde e o pior, à noite, quando vai deitar. Não tem paciência em esperar e nos momentos de depressão, chora e revolta-se: *Eu ajudo tanta gente e me sinto só. Que ingratidão!*

Confessa que sua memória está ruim.

Não dorme durante o dia, porém, quando assiste à televisão, cochila. Às vezes, quando deita, consegue dormir, mas, ao acordar durante a noite, não concilia mais o sono. Enquanto dorme, ressoa e ronca. A maioria das vezes tem insônia, geralmente, por preocupação com os filhos. Sempre sonha e lembra os sonhos, - até ganha dinheiro no jogo do bicho com suas interpretações.

Desperta com dificuldade, *mas, mesmo assim, agradeço a Deus o novo dia. Quando amanheço melhor, caminho,* declara. Há dias em que desperta e levanta bem, mas há outros em que sente dificuldade. Considera alguns dias

curtos e outros, longos, dependendo de seu estado de humor. Não tem apetite. Come sozinha, não precisa da ajuda de ninguém.

A menarca ocorreu aos 11 anos. Depois, parou de menstrual e só voltou aos 21 anos. Tinha muitas cólicas. A menopausa ocorreu aos 54 anos. Teve um problema no colo do útero e foi tratada durante 10 anos no Hospital Laureano, - de oncologia. Não quis falar sobre sexualidade. No momento, faz uso de *Propatil Nitrato* (sustrate 25mg) e *Acido Acetil Salicilico* (AAS).

Escala BDI - Está tão triste e infeliz que não agüenta mais. Não tem esperança quanto ao futuro e acha que nada mais vai melhorar. Em sua vida só vê derrotas, mas, mesmo assim, tem prazer nas coisas que faz. Sente-se culpada a maioria das vezes e acha que vai ser punida por alguma coisa. Está desgostosa consigo mesma e recrimina-se por tudo de mal que acontece. Não pensa em se matar, mas chora e sente-se irritada o tempo todo. Não perdeu o interesse pelas pessoas e continua decidida e trabalha como sempre. Não se sente com pior aspecto que antes. Não dorme tão bem como antes e cansa-se mais facilmente. O apetite agora está muito pior do que era antes, mas não perdeu peso. Está tão preocupada com sua saúde que não consegue pensar em outra coisa. Perdeu completamente o interesse sexual.

Soma: 30 pontos; depressão severa

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: Estado geral regular, abatida, fisionomia triste. Com certa apatia, trazida ao consultório pela assistente social. Voz mansa, quase inaudível.

Tristeza - sentimento de baixo espírito, melancolia e falta de energia. Evidenciado por perdas significativas. Estressor intrapessoal.

Desesperança - sentimento de limitação ou falta de possibilidade e significado na vida, falta de habilidade para mobilizar energia e pessimismo em relação ao futuro. Evidenciado por não ter esperança quanto ao futuro e acha que nada vai melhorar na sua vida (quando pensa na vida só vê derrotas). Estressor intrapessoal.

Baixa auto-estima situacional - auto avaliação negativa sobre-se si própria ou sobre as próprias capacidades, inabilidade de aceitar situações. Evidenciado por pensamentos negativos, desgostosos consigo mesma, derrotismo. Estressor intrapessoal.

Dificuldade para dormir - dificuldade para iniciar a diminuição da atividade corporal e/ou dificuldade de relaxar e se abster dos pensamentos no início da

noite. Evidenciado por pensamentos e preocupação. Estressores intra e interpessoais.

Falta de apetite - desejo diminuído por alimento. Evidenciado por comer por obrigação. Estressor intrapessoal

Fadiga - cansaço, sensação de não estar descansado, falta de vigor com ou sem atividade. Evidenciado por falta de disposição para enfrentar o dia. Estressor intrapessoal.

Culpa - sentimento de ter feito algo errado. Evidenciado por se sentir culpada frequentemente e achar que está sendo punida por ter feito alguma coisa errada. Estressor intrapessoal.

Metas a serem alcançadas segundo a Prescrição floral: A formula floral levará a cliente a trabalhar suas perdas, fazendo com que a tristeza seja dissipada e os obstáculos sejam vencidos com otimismo. Restabelecerá a capacidade de raciocínio para que ela resolva as situações, pois assim, será restabelecida a confiança em si, elevando, dessa forma, a sua auto-estima, promovendo o equilíbrio do estado mental e, conseqüentemente, o físico se restabelecerá.

Prescrição floral: Mustard + Impatiens + Star of Bethlehem + Pine + Chicory.

Posologia: tomar 4 gotas sub-lingual, espera uns minutos antes de engolir, 4 vezes ao dia, em jejum +___+___+ antes de dormir. Os dois horários em branco deverão ser determinados pela cliente e ser respeitado os mesmos horários nas tomadas subseqüentes.

Segunda consulta (14/08/2002) - No dia marcado. Declara que está muito bem e que quase não sente nada: *As preocupações que tinha, diminuíram. Estou ótima, não estou mais agoniada como antes. À noite, não dormia; agora, é só deitar e pegar no sono e, quando acordo para ir ao banheiro, volto a dormir imediatamente*, confessa mais animada. Diz que o apetite está melhor do que antes. No momento, afirma que está se preocupando com o recente exame de controle de câncer cérvico uterino e com um queimou que sente na vagina: *Como a senhora sabe, fiz tratamento durante 10 anos no Hospital Laureano. Fico preocupada que seja alguma coisa.* Apesar da preocupação, está segura e diz que vai procurar o médico que tratou dela da primeira vez, para que ele veja o resultado desse exame e solicite novos.

Escala BDI - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se considera fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Culpa-se, às vezes, e acha que está sendo punida por ter feito algo errado. Não mais se sente desapontada, mas recrimina-se todo o tempo pelos erros que cometeu. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Não está mais irritada que de costume, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida, trabalha e dorme como sempre, porém se preocupa com o fato de estar parecendo velha e desajeitada. Não se cansa mais como antes. O apetite é o mesmo de antes e não perdeu peso. Está tão preocupada com a saúde que não consegue pensar em outra coisa. Perdeu completamente o interesse sexual.

Soma: 14 pontos; Depressão leve.

Evolução e diagnóstico de Enfermagem: Estado geral bom, expressão facial descontraída. Melhor do humor, mais animada, decidida e otimista, apesar da preocupação com saúde.

Culpa - evidenciado por sentir-se culpado às vezes, pelo sentimento de estar sendo punida por ter feito alguma coisa má. Estressor intrapessoal.

Baixa auto-estima - evidenciada por achar-se velha e desajeitada. Estressor intrapessoal.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: a mesma da consulta anterior.

Prescrição floral: Manteve-se a mesma prescrição e mesma posologia.

Terceira consulta (18/09/2002) - No dia marcado. Declara está bem sem queixa.

Escala BDI - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se sente fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Mas, sente-se culpada a maioria das vezes, contudo, não acha que está sendo punida por algum erro. Não se sente desapontada, mas recrimina-se por tudo de mal que acontece. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Não está mais irritada que de costume, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida, trabalha e dorme como sempre. Mas, preocupa-lhe o fato de estar parecendo velha e desajeitada. Está sempre cansada. O apetite é o mesmo de antes e não perdeu peso. Mesmo assim, está tão preocupada com a saúde que não consegue deixar de pensar nela. Continua sem interesse sexual.

Soma: 14 pontos; depressão leve.

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: Estado geral bom; participativa; bem com a vida. Está bem e julga que as coisas estão mais fáceis para ela. Com os problemas de casa, está mais paciente, mais tolerante e calma. Está dormindo como nunca dormiu. Quanto ao problema do colo do útero fez os exames e está aliviada: *Não deu nada, graças a Deus. O médico disse que estou uma moça. Passou um creme e estou ótima. Passou o queimo.*

Baixa auto-estima situacional - evidenciado por pensamentos negativos, desgostos consigo mesma, derrotismo. Estressor intrapessoal.

Fadiga - evidenciado por falta de disposição para enfrentar o dia. Estressor intrapessoal.

Culpa - evidenciado por sentir-se culpada frequentemente e achar que está sendo punida por ter feito alguma coisa errada. Estressor intrapessoal.

Metas a serem alcançadas segundo a Prescrição floral: o floral fará com que o cansaço físico e mental seja recuperado através do equilíbrio emocional, pois dissipará suas culpas e ressentimentos.

Prescrição floral: manteve-se a mesma fórmula com o acréscimo do floral Hornbeam.

Quarta consulta (17/10/2002) - No dia marcado. Cliente refere está tranqüila e nunca se sentiu tão bem como atualmente: *Me sinto disposta para tudo. Antes, eu só queria viver na rua; hoje, estou parando mais em casa. Voltei a fazer vagonite. Voltei a participar dos grupos da melhor idade. Estou muito melhor mesmo; da depressão não sinto mais nada. Acho que estou curada, até a dor do peito passou e da coluna também. As coisas estão cada vez mais fáceis, pois estou sabendo relevar os aborrecimentos. Estou mais tolerante, mais calma, tranqüila.*

Escala BDI - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se julga fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Sente-se culpada às vezes, mas não acha que está sendo punida por alguma coisa. Não se sente desapontada, mas recrimina-se o tempo todo pelos erros que cometeu. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Não está mais irritada que de costume e se interessa pelas pessoas. Continua decidida, trabalha e dorme como sempre. Está preocupada com o fato de parecer velha e desajeitada. Cansa-se mais facilmente que antes. O apetite ainda é o mesmo de antes, mas perdeu mais de 250 gramas. Esta tão preocupada com

a saúde que não consegue pensar em outra coisa e continua sem qualquer interesse sexual.

Soma: 12 pontos: depressão leve.

Evolução e diagnóstico de Enfermagem: Estada geral bom, boa disposição e bem-humorada. Manteve-se com os mesmos diagnósticos, Culpa, baixa auto-estima e fadiga - Com os mesmos estressores intrapessoal.

Prescrição floral e posologias: a mesma.

Quinta consulta (19/11/2002) - No dia marcado. Compareceu a consulta referindo está bem e sem queixa. *Passou tudo, doutora. Estou dormindo bem, não sinto mais nada.* Ganhei peso: estou com 63 quilos. *Se Deus quiser, nunca mais vou ter depressão, acrescenta otimista.*

Escala BDI - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se acha fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Não se julga culpada de nada, nem acha que está sendo punida por algum erro. Não se sente desapontada, nem pior que as outras pessoas. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Não está mais irritada que de costume e se interessa pelas pessoas. Continua decidida, trabalha e dorme como sempre. Não se sente com pior aspecto que antes. Ainda cansa-se mais facilmente que antes. O apetite é o mesmo de antes e ultimamente não tem perdido peso. Mesmo assim, está muito preocupada com sua saúde e não consegue deixar de pensar nela. Perdeu completamente o interesse sexual.

Soma: 7 pontos; estado normal.

Evolução e diagnóstico de Enfermagem: Apresenta estado geral bom. Aparência tranqüila, cooperativa. Trouxe uma vizinha com depressão para se consultar. Está bem.

Permanece o diagnóstico de fadiga. Estressor intrapessoal.

Prescrição floral: manteve-se a mesma Prescrição floral.

Após a quinta consulta com alta da terapia floral cliente encaminhada para avaliação da geriatra quanto ao estado depressivo.

Parecer do médico:

A cliente esteve sob os meus cuidados clínicos no dia 09 de julho de 2002, com quadro de tristeza interior, falta de prazer por atividades antes prazerosas, distúrbio do sono e irritabilidade. Foi encaminhada para tratamento com florais de Bach. No momento, apresenta bom estado geral, tranqüilidade, bom-humor. Diz estar bem com ela e com a vida, tendo inclusive

voltado a participar dos grupos da melhor idade. A paciente apresenta boa resposta ao tratamento do quadro depressivo só com o uso dos florais de Bach.

Parecer da psicóloga:

A cliente compareceu ao grupo terapêutico após três dias do início da terapia floral. Ao se colocar para o grupo, chorou muito, estava bastante negativista e sem esperança quanto à vida. Com o decorrer da terapia grupal e uso de florais, apresenta-se mais otimista em relação à vida, não tem chorado mais durante as reuniões. Relata que está dormindo bem e que voltou a participar das atividades que lhe dão prazer. Hoje está sabendo lidar com as dificuldades familiares. No momento, encontra-se equilibrada emocionalmente.

Sra. Agrimony

Cliente encaminhada para a terapia floral no dia 11 de julho de 2002, com os seguintes sintomas, segundo o DSM IV: desesperança em relação à vida, humor deprimido e irritável a maior parte do tempo, desinteresse pelas pessoas e falta de prazer nas atividades que anteriormente gostava de fazer, insônia diária e/ou perda do sono no meio da noite sem conseguir conciliá-lo, falta de apetite, cansaço intenso, falta de ânimo, perda de peso sem regime, choro fácil e perda total do interesse sexual.

Sra. Agrimony, 61 anos, solteira, católica. Sem escolaridade, apenas sabe ler; estudou em casa pela cartilha do povo. É mãe de 7 filhos, 5 estão vivos. Atualmente, mora com 2 filhos: um legítimo e um adotivo com cinco anos de idade.

Recebe visita esporadicamente. Os filhos sempre lhe telefonam. Dois deles moram no Rio de Janeiro. Sente-se só. Às vezes, recebe visita dos amigos e sai, de vez em quando, para visitar familiares em Juazeiro do Ceará.

A filha que reside no Rio quer que ela vá visitá-la em janeiro próximo, mas ela diz que não tem com quem deixar o filho de 5 anos.

Devido à separação do companheiro, houve mudanças em sua vida e, em decorrência da velhice, essas se acentuaram, pois não se sente com a autonomia e a autoridade de antes.

Em casa, faz de tudo: lava, passa, cozinha. Fora do lar, não tem qualquer lazer. Ainda realiza atividades domésticas por conta do filho caçula que, no momento, é a sua motivação para estar viva e exercendo alguma atividade,

pois ânimo não tem nenhum. *Vim encaminhada para cá por uma amiga que me informou que o grupo é muito bom. Então, entrei em contato com doutora Irene e ela me encaminhou para doutora Fátima, que me encaminhou para a senhora, pois estou muito deprimida e sem ânimo para nada. Me inscrevi no grupo. Não sei se vou ter coragem de vir para as reuniões,* declarou desolada.

Afirmou que preferia morar sozinha, pois o filho bebe muito e isso atrapalha muito sua vida, pois se preocupa com ele. *Se eu morasse só, não iria me preocupar com tanta coisa; só comigo e com meu pequeno, que depende de mim. Sinto muita falta de minha filha que mora no Rio, pois ela é muito boa para mim, mas cada um deve seguir o seu destino, né?* acrescentou.

Gosta de seus vizinhos, mas, se pudesse, mudar-se-ia devido à ladeiras. Apesar de gostar da vizinhança, acha que cada um deve ficar em sua própria casa.

Sobre seu estado emocional, afirma estar se sentindo bem e diz ter a sensação de que vai realizar um sonho. Julga que seu humor oscila: tanto faz estar alegre como triste. Quanto ao temperamento, considera-o bom. Acha-se uma pessoa calma e diz que dificilmente se irrita com alguma coisa.

Sobre o futuro, diz que, quando se chega a uma certa idade, não se tem vontade para nada, não se tem ânimo para promover mudanças. *O mundo acabou, só tenho o que temer.*

Em relação à vida, declara preocupada: *É que quando chegar o dia em que Deus me chamar, com quem vou deixar o menino que crio; ele tem 5 anos, não tenho marido e mais nada. Só ele que me preocupa, né? Vivo a vida como Deus quer, encarando-a da maneira que vem, pedindo força para suportar.* O que mais lhe falta é a saúde.

Sobre as emoções que teve na vida, diz não ter tido nenhuma boa. Sobre o nascimento dos filhos e o casamento, diz firmemente, que nada disso foi bom, pois o marido bebia muito e foi ela quem criou os filhos sozinha. E conclui: *Então, não tive emoções boa na vida, só preocupação e hoje me sinto só, abandonada.*

Em relação à emoções negativas, destaca uma: *A que mais me entristece é esse meu filho que bebe. Ele é igual ao pai. Se não fosse a cachaça, era muito bom, porque, doutora, ele é uma pessoa boa. Ele se*

preocupa comigo, me acompanha para o médico. Os outros nem liga, nem me visita, só telefona de vez em quando.

Quanto ao melhor período do dia, prefere a noite, quando se sente melhor. Por outro lado, não gosta das manhãs, pois é muito difícil iniciar o dia.

A espera, para ela, é uma coisa muito difícil, pois fica muito ansiosa, pensando na sua vez que não chega e “em coisa ruim”.

Nos momentos de depressão, tenta se controlar chora em seu quarto, isola-se, pois teme que os vizinhos a julguem louca.

A memória não está boa. *Às vezes, esqueço das coisas*, complementa.

Tem hábito de dormir à tarde e cochilar quando assiste à televisão. Na maioria das vezes, dorme bem; só perde o sono quando seu filho sai de casa para beber e não volta. Vê, então, o dia amanhecer, preocupada, só pensando no pior.

Não sabe informar se faz alguma coisa quando está dormindo. Diz que, às vezes, o sono não é tranquilo. Levanta com a sensação de não ter dormido. Nesse dia, sente-se mal, chateada, cansada. Isso não é freqüente, mas é muito ruim. Insônia, só quando o filho sai de casa e demora-se na rua. Às vezes, sonha e lembra, geralmente são sonhos ruins e sempre com o filho que bebe. São sonhos muito confusos.

Considera o despertar muito difícil e ainda pior o levantar, pois não encontra a disposição para enfrentar o dia, fica na cama esperando que a coragem chegue. Acha o dia muito longo.

Não se alimenta bem, não tem apetite e gosta de comer verdura. *Graças a Deus não preciso de ajuda para comer; sempre como em companhia do filho de cinco anos, não gosto de comer sozinha*, conclui.

A menarca ocorreu aos 12 anos e sofria de cólica. A última menstruação ocorreu aos 40 anos, devido a uma histerectomia, pois tinha mioma uterino e sofria muito com as hemorragias mensais. Encarou o fato com otimismo.

Minha primeira relação sexual foi aos 16 anos, com o pai dos meus filhos. Eu era muito inocente, não sabia de nada. Então não foi uma coisa boa não, foi uma coisa qualquer. Não sei falar sobre sexualidade, sempre fui uma pessoa passiva, fui muito apática no sexo, não sinto falta de sexo e não tenho há mais de 20 anos, declarou.

Escala BDI - Está triste o tempo todo e não consegue livrar-se desse sentimento. Não tem esperança quanto ao futuro e acha que nada vai mudar

em sua vida. Não se sente fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Não se sente culpada de nada e nem que esteja sendo punida por alguma coisa. Não se sente desapontada, nem pior que as outras pessoas. Não pensa em se matar. Costumava chorar mais; agora, mesmo que queira, não consegue. Não está mais irritada que de costume, mas perdeu todo o interesse pelas pessoas. Continua decidida e trabalha como sempre. Não se sente com pior aspecto que antes. Já não dorme como antes. Está sempre cansada e não tem apetite. Perdeu mais de 5 kg. Não está fazendo regime. Está preocupada com a saúde e não pensa em outra coisa. Perdeu completamente o interesse sexual.

Soma: 25 pontos; depressão severa.

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: Cliente com expressão e olhar triste, retraída, embora se encontre adequadamente vestida. Insatisfeita com a vida que leva, muito preocupada com o filho que bebe e com o caçula de cinco anos. Mostra vontade de vencer a depressão.

Dificuldade para dormir - dificuldade para iniciar a diminuição da atividade corpórea. Evidenciado por preocupação com o filho alcoólatra, sono interrompido. Estressores extra e intrapessoal.

Isolamento social - solidão experimentada por um indivíduo e percebida como imposta por outros e como um estado negativo e ameaçador. Evidenciado por falta de visita dos filhos, sentir-se só abandonada. Estressor extrapessoal.

Tristeza - sentimento de baixa auto-estima melancolia e falta de energia. Evidenciado por sentimento de tristeza o tempo todo, sem ânimo para nada. Estressor intrapessoal

Desesperança - sentimento de limitação ou falta de possibilidade significativa na vida, sem habilidade para mobilizar energia e com péssima visão do futuro. Evidenciado por: “para mim, o mundo acabou”, só ter o que temer, não ter esperança quanto ao futuro. Estressor intrapessoal.

Falta de apetite - desejo diminuído por alimentos. Evidenciado por perda de peso, não se alimentar bem, não ter apetite. Estressor intrapessoal.

Fadiga - Cansaço, sonolência bocejamento freqüente, desatenção, sensação de não estar bem descansado, falta de vigor com ou sem atividade. Evidenciado por dificuldade em iniciar o dia, despertar difícil, levantar pior ainda, ficar na cama esperando que a coragem chegue, achar o dia longo demais. Estressores intrapessoal.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: a formula floral fará com que a cliente tenha a capacidade de lidar com as situações externas sem que estas interfiram em sua vida e conseqüentemente na sua saúde, pois ela terá condições de interagir melhor com os seus familiares e com a comunidade como um todo. Isso a fará entender o quanto somos importantes e quanto a vida é bela.

Prescrição floral: Mustard + Sweet Chestnut + Hornbeam + Agrimony + Rescue Remedy

Posologia: tomar 4 gotas sub-lingual, espera uns minutos antes de engolir, 4 vezes ao dia, em jejum + ___+___+ antes de dormir. Os dois horários em branco deverá ser determinado pela cliente e ser respeitado os mesmos horários nas tomadas subseqüentes.

Segunda consulta (13/08/2002) – Sra. *Agrimony* vem dois dias depois da data marcada. Informa que o seu filho já havia nos comunicado de que ela não poderia vir no dia apazado, devido ao falecimento de um amigo muito querido e compadre. Por essa razão, a assistente social marcou o seu retorno dois dias depois do funeral.

No dia remarcado, compareceu à consulta muito triste, porém disposta. Relata o ocorrido e chora bastante. Diz que ia muito bem, estava reagindo, que era como se ela não estivesse vendo nada, pois o problema da cachaça de seu filho não estava tirando-lhe o sono. *Ele saía para beber, eu ficava em casa, não perdia mais o sono como antes, acrescenta.* Alimentava-se melhor, e a angústia havia desaparecido. Sentia-se mais disposta para iniciar as tarefas. Até o seu levantar estava muito melhor. Quando ele saía, entregava-o a Deus. *Aí ele saía. Quando dava ã, ele batia na porta. Eu acordava, abria, ele entrava – “A bença, mãe!” – e ia dormir. A angústia, as preocupações, passou tudo, não sentia mais nada, eu estava nova. Aquela pessoa não existia mais; estava em outro astral. Eu dizia pra todo mundo que aquela pessoa acabou, sou outra pessoa. Eu falo para uma vizinha minha que sofre de depressão pra ela vim se tratar aqui no Centro, pois ela não sabe o que está perdendo. Olha, eu encontrei uma doutora que veio do céu. Ela me transformou em outra pessoa e ela vai lhe ajudar também como me ajudou.*

Mais, de sábado pra cá, doutora, minha vida voltou a ser de luta. A localização da minha casa é assim: ladeira pra cima, dos lados, e meu compadre morava lá embaixo. Então, eu fiquei pra cima e pra baixo, várias

vezes ao dia, para levar água de coco pra ele, pois ele não estava bem, se queixando de dor no coração. Então eu disse pra ele que coração não dói. Então, ele disse que era dor nas costas, nas pernas. Levamos para o hospital. Lá, deram uma injeção para ele e disseram que era para tirar a ressaca da cachaça e deram alta. Quando ele chegou em casa, dei água de coco pra ele, bebeu água de um coco, pediu que eu fizesse chá para ele, fiz chá de boldo e de abacate, que é bom para os rins. Aí, como não passou, levei ele mais uma vez para o médico. Aplicaram uma injeção e deram alta. Quando foi na segunda-feira de manhã, fui levar água de coco para ele. Quando cheguei lá, ele estava sem conseguir se levantar. Então, eu disse: “Homem, você está mal mesmo, né?” Mas, mesmo assim, ele se sentou, tomou água de coco e pediu que eu fizesse uma vitamina. Ele tomou. Então, estava indo tudo bem. Voltei para casa depois de duas horas, fui ver como ele estava. Aí encontrei ele muito ruim. Estava com uma cor tão vermelha e muito cansado. E ele disse: “Estou morrendo. “Então, eu fiquei preocupada, fiquei louca com o que estava vendo, chamei o vizinho, ele veio, levou ele para o hospital Padre Zé. Lá não tinha vaga. Transfere para o hospital Santa Isabel. Lá, o doutor preparou a papelada e transferiu para o hospital de Trauma. Ele ainda chega com vida, mas logo em seguida ele morreu. Aí o meu vizinho vai em casa pegar o meu filho para providenciar as papeladas para o enterro e depois eu vou para o cemitério com ele. O enterro foi na segunda-feira mesmo. De lá para cá é uma tristeza enorme.

Diz que o filho está isolado, pensativo. O padrinho J.R deixou muita tristeza, muito pensamento ruim na gente. Aí eu perguntei para ele: “Você está pensando que isso pode acontecer com você, né, meu filho?” Ele respondeu: “É lógico, né, mãe, eu faço tudo isso”. Então, doutora, ele está pensando. Eu vejo a hora ele botar sangue. Esses dias ele não está bebendo. Quando ele não bebe, é uma pessoa ótima: ajuda em casa, é uma companhia boa. Ele desceu, limpou a casa, jogou muita coisa fora, porque esse povo que bebe guarda muita sujeira. Ele limpou e fechou o quarto. Só a roupa que eu lavava e que ele vestia era o que prestava, o resto não tinha nada que prestasse. Estamos aguardando que alguém da família dele apareça. Ele era casado, tem dois filhos, mas não sabemos onde mora.

Está se sentindo mais abalada com a morte desse amigo do que quando o marido foi embora, porque o compadre era muito mais companheiro, dava muito mais atenção a ela do que o próprio marido, que ainda é vivo.

Escala BDI – Sente-se triste, mas não está desencorajada em relação ao futuro. Não se sente fracassada e tem prazer no que faz. Sente-se culpado à vezes, mas não acha que está sendo punida por alguma coisa. Está desapontada consigo mesma, mas não se sente pior que as outras pessoas, nem pensa em se matar. Chora o tempo todo, porém não está mais irritada que antes. Perdeu o interesse pelas pessoas, mas continua decidida e trabalha como sempre. Acha que está feia e ou desagradável. Acorda duas a três horas mais cedo que antes e demora para voltar a dormir. Está sempre cansada. Não tem apetite e perdeu mais de 250g. Está fazendo regime e tão preocupada com sua saúde que não consegue deixar de pensar nisso. Perdeu completamente o interesse sexual.

Soma: 24 pontos; depressão severa

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: Apresenta-se mais disposta em relação ao primeiro encontro, embora triste e abalada pela perda recente de uma pessoa muito querida.

Tristeza - evidenciado por perda de um grande amigo (morte), chora o tempo todo. Estressor extrapessoal.

Culpa - sentimento de ter feito algo errado. Evidenciado por senti-se culpado às vezes. Estressor intrapessoal

Metas a serem alcançada segundo a Prescrição floral: a formula deve desenvolver a capacidade para lidar com as perdas e para vivenciar o luto sem muito sofrimento. Deve leva-la a lidar com as culpas, colocando-as no seu devido lugar, para que as mesmas não interfiram na sua saúde.

Prescrição floral: a mesma formula, suspenso o Rescue Remedy e acrescentado as essências Star of Bethlehem + Holly + Pine

Posologia: a mesma.

Terceira Consulta 09 /09/2002) - Compareceu antes do dia marcado, pois o floral terminou antes da data prevista, significando que teve necessidade de tomar mais vezes. Está muito bem, sente-se com disposição de *uma menina de 15 anos*, está ótima, com coragem para tudo, até a pressão não se alterara. *A coluna nunca mais doeu, não estou mais tomando o remédio que o Dr. passou para a coluna. Mas, de terça para quarta-feira [03/04 do corrente],*

comecei sentindo um vazio, uma tristeza, uma saudade, e senti a presença de alguém pegando no meu pescoço. Aí fiquei com medo, o coração disparou e passei a noite toda acordada. Fiquei com dor de cabeça, suei bastante, aí tomei o remédio floral. Fui me acalmando, dei umas cochiladas até o dia clarear. E hoje está fazendo um mês da morte do meu compadre. Aí eu pensei nele e me deu medo. Levantei-me, abri as portas e fui cuidar da vida, confessou.

Escala BDI - Está triste todo o tempo e não consegue livrar-se desse sentimento, mas não se sente desencorajada em relação ao futuro, nem fracassada. Tem prazer no que faz e não se sente culpada de nada, assim como não acha que está sendo punida por algo errado que tenha feito. Apesar disso está desapontada consigo mesma. Entretanto, não se sente pior que as outras pessoas. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Não está mais irritada que de costume, como também não perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida e trabalha como sempre. Não se sente com pior aspecto que antes. De terça para quarta-feira não conseguiu dormir devido às lembranças do amigo que faleceu. Está sempre cansada, mas o apetite continua o mesmo. Apesar disso, perdeu mais de 250g. Está fazendo regime em decorrência do colesterol alto. Preocupa-se com algumas dores e mal-estares e perdeu completamente o interesse sexual.

Soma: 11 pontos; depressão leve.

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: Estado geral bom, disposta, apresenta-se amedrontada com o falecimento do seu amigo.

Tristeza - evidenciada por sentimento de saudosismo, melancolia. Estressor intrapessoal

Medo - sentimento de ameaça, perigo ou angustia sem causa conhecida. Evidenciado por sentimento de aproximação de alguém pegando em seu pescoço, disparo no coração. Estressor intrapessoal

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: a formula deve desenvolver a capacidade de lidar com os medos e com as perdas sem que esses sentimentos interfiram no seu bem-estar. Assim, promoverá o fluir da vida.

Prescrição floral Posologia: a mesma

Quarta consulta (10/10/2002) - No dia marcado. Afirma estar ótima e ter voltado a dormir a noite toda. Está uma outra pessoa, não está se

preocupando como antes. *Os medos passaram. Estou ótima; estou otimista. Depressão já era. Estou disposta, vivendo só de alegria. Antes, eu só queria me isolar; hoje estou participando da vida. Minha irmã se operou; cuidei dela e da minha casa. A minha vizinha ficou admirada como dei conta de tudo e com tanta disposição. Eu disse para ela que estou fazendo tratamento com uma médica santa. Meu filho diz que estou ótima e pergunta o que eu fiz para estar tão bem. E eu lhe respondi: "Não disse para você que um dia eu ia ficar boa? Então encontrei doutora Eliane que me curou com o poder de Deus". Dra. Eliane, o meu filho quer vir para a senhora. Posso marcar para ele? Gostaria que a Senhora lhe atendesse, pois tenho muita fé que ele deixe de beber, com esse tratamento.*

Escala BDI - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se sente fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Não se considera culpada de nada, nem acha que está sendo punida por alguma coisa. Não se sente desapontada, nem pior que as outras pessoas. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Não está mais irritada que de costume, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida, trabalha e dorme como sempre. Não se sente com pior aspecto que antes. Não se cansa mais do que antes. O apetite está o mesmo e não tem perdido peso. Não se preocupa com a saúde mais do que o necessário. Perdeu completamente o interesse sexual (*Faz mais de 10 anos que não seio que é isso*).

Soma: 3 pontos; estado normal.

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: Estado geral bom, bem-humorada, disposta e de bem com a vida, sem queixa. Ausência de diagnóstico de Enfermagem.

Prescrição floral e posologia: a mesma

Quinta consulta (18/11/2002) - Compareceu uma semana depois do dia marcado. Justificou o não-comparecimento devido a uma crise de dor de dente que a deixou com o rosto edemaciado. Está há mais ou menos duas semanas sem o remédio floral.

Escala BDI - Está triste, mas não desencorajada em relação ao futuro. Não se sente fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Julga-se culpada, às vezes, mas não acha que está sendo punida por alguma coisa. Está desapontada consigo mesma, porém não se sente pior que as outras pessoas. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Não está

mais irritada que de costume, assim como não perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida, trabalha e dorme como sempre. Preocupa-lhe o fato de estar parecendo velha e desajeitada (*A falta de dente nos envelhece muito. O meu sonho é colocar uma dentadura.*) Não se cansa mais do que antes. Não tem apetite e perdeu mais de 250gramas. Não está fazendo regime. Preocupa-se com algumas dores e mal-estares. Não recuperou o interesse sexual.

Soma: 13 pontos; depressão leve.

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: Aparência boa, bem-humorada. Diz que está bem. Voltou a ter preocupação com o filho, mas não na intensidade de antes. *Esses dias não dormi devido à dor de dente, mas da depressão estou bem*, acrescentou.

Dor - aumento do estímulo sensorial de parte do corpo com potencial ou real dano de tecido acompanhado por subjetiva experiência de severo desconforto e sofrimento. Evidenciado por dor de dente. Estressor intrapessoal.

Dificuldade para dormir - evidenciado por sono interrompido, preocupação com o filho. Estressor intra e interpessoal.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: a fórmula deverá estimular a capacidade de lidar com as situações externas (alcoolismo do filho), sem que isso perturbe sua capacidade de relaxar para conciliar o sono.

Prescrição floral: manteve-se a mesma fórmula acrescentado Chestnut Bud

Posologia: a mesma

Após a Quinta consulta com alta da terapia floral cliente encaminhada para avaliação da geriatra quanto ao estado depressivo.

Parecer do médico:

A cliente vinha apresentando quadro depressivo severo, sendo iniciado tratamento alternativo com florais de Bach. No momento, diz que está mais disposta, voltou a ter alegria em atividades prazerosas, está dormindo bem melhor. Declara que há sete dias faleceu sua mãe, que está triste, mas reagindo bem a essa perda.

Parecer da psicóloga:

No início das reuniões do grupo, a cliente se encontrava tensa, triste, desmotivada para a vida, choro fácil. Disse não dormir por preocupação com o filho, que é alcoólatra. No decorrer da terapia grupal, apresentou-se bem, não

perdendo o sono por conta da “cachaça” do filho. Está mais preocupada consigo, voltou a participar dos grupos e das coisas que lhe dão prazer. Está fazendo trabalhos manuais. Estado geral bom, sem depressão. Após finalizar a pesquisa, continua no grupo terapêutico.

Sra. Star of Bethlehem

A Sra. Star of Bethlehem, é encaminhada para a terapia floral no dia 11 de julho de 2002, com os seguintes sintomas, segundo o DSM IV: desesperança em relação à vida, humor deprimido e irritável a maior parte do tempo, desinteresse e falta de prazer nas atividades que anteriormente gostava de fazer, insônia diária ou perda do sono no meio da noite sem conseguir conciliá-lo, perda de peso sem fazer regime e choro fácil.

Sra. Star of Bethlehem, 60 anos, casada, católica. Estudou até a terceira série primária. É mãe de 5 filhos legítimos e 3 adotivos. Cria uma neta desde novinha. Reside com o esposo, quatro filhos solteiros e um casado, inclusive com a nora e dois filhos desse casal. Gostaria de morar com o marido e os filhos solteiros, apesar de a nora ser muito boa: *Quem casa deve ter o seu lugar. E, na nossa idade, queremos sossego, e criança faz muito barulho*, acrescenta. Sai de vez em quando para visitar os filhos, não para se divertir. Perdeu o interesse pela vida depois que o marido desconfiou de sua honestidade. Participa das atividades domésticas, porém encontra-se sem ânimo e não está fazendo nada, só o necessário. *Sempre arrumei a casa. O almoço sempre tive alguém para fazer. Cuidava das plantas, fazia crochê, ponto de cruz, boneca, mas no momento não estou fazendo nada*, declara. Preenche o tempo com trabalhos manuais, *porém, no momento, como já disse não estou fazendo nada, quero voltar a fazer*.

Sinto muita falta de minha tia que me criou, pois ela foi a minha mãe. Não me conformo com a morte dela. Quando ela morreu, eu cheguei a questionar Deus por que levou minha tia e não a minha mãe. Fiquei desesperada. Minhas irmãs tinham outras irmãs, e eu só tinha essa tia e Ele a levou.

Gosta dos vizinhos, mas não costuma freqüentar a casa deles nem eles a sua.

No momento, sente-se muito mal. Julga-se fracassada e inútil. Esse sentimento a atormenta há, mais ou menos, sete anos. Declara ter sido uma

pessoa alegre e muito comunicativa. Mas, segundo ela, desde que o marido a caluniou, ela se fechou para o mundo e para a vida. *Vivo com ele como irmãos*, acrescenta.

Quando criança foi muito triste, mas, na mocidade, era muito alegre e extrovertida. Depois de casada, voltou a ser triste, calada, introvertida, principalmente, na presença do marido, pois ele a castrava e censurava-lhe tudo que fazia. Então, foi se modificando. Quando ele não estava ao seu lado, conseguia ser alegre. *Isso até que ele me caluniou. Fiquei uma pessoa triste e morri para o mundo*, afirma.

Julga o próprio temperamento bom, de fácil convivência. Vê-se como alguém sem ânimo em relação à vida. Diz que não faz planos por saber que vai morrer; por isso não pensa no futuro. O motivo da tristeza na infância, segundo ela, teria sido o abandono dos pais: sua mãe entregou-a para os avós e, depois que eles faleceram, a tia a assumiu. Embora tenha sido muito bem criada e amada pelos seus avós e sua tia, sempre a magoou o fato de ter sido ela a que a mãe escolheu para dar. E diz: *Eu sei que tive mais condições do que minhas irmãs. Estudei em bons colégios, tinha de tudo, fui muito bem criada. Mas, ao mesmo tempo, tenho raiva de minha mãe, pois ela nunca teve carinho por mim, nunca demonstrou nenhum afeto. Quando ela me dava um presente no Natal, ela dizia que tinha dado para todo mundo e aquele tinha sobrado. Então, eu jogava o presente e deixava para lá. E foi assim a relação com minha mãe. Como eu falei anteriormente, quando minha tia faleceu, eu fiquei desesperada. Então, eu questioneei por que não minha mãe: ela não iria me fazer falta nenhuma.*

Eu sofri muito. Já era casada e mãe de dois filhos, mas meu chão se abriu com a morte de minha tia. Minha mãe é viva, é bem velhinha. Eu a visito, mas não tenho afeto por ela. Gostaria de ter, mas não tenho. Quando eu faço um gesto mais afetuoso, eu me recrimino e me chamo de hipócrita. Não gostaria de sentir isso, mas é o que sinto. Visito-a, faço a minha parte, mas não consigo dar carinho. Também não recebi carinho, sempre ela me chamava de feia e outras coisas mais. Eu sempre me senti o patinho feio na casa dela. Já na casa de minha tia, eu era o cisne.

Na adolescência, gostei muito de um rapaz que a família não gostava dele. E, para não desgostar minha tia, eu acabei. Mas foi o grande amor de minha vida. Depois, eu comecei a namorar o meu atual marido, ele é dez anos

mais velho que eu. No início, foi uma brincadeira. Eu não gostava dele, mas a minha família incentivou o namoro e dizia que o amor chegava com o tempo. Já se passaram vinte e nove anos, e esse sentimento não chegou. Durante esse tempo, fiz de tudo para gostar dele, mas ele é bruto, grosseiro e isso fez com que nunca esquecesse meu grande amor.

Quando íamos fazer sexo, ele me humilhava muito. E, quando eu fazia um carinho a mais, ele perguntava com quem eu tinha aprendido. Isso me desgostava e fazia eu pensar no meu grande amor e que estava passando por tudo isso por não ter tido força e coragem de lutar pelo homem da minha vida. Poderia nem ser o que estou pensando, mas, como não foi realizado, a gente fantasia.

Tentei gostar dele, Deus é testemunha. Ele não soube aproveitar. Então, comecei a ser indiferente com ele, cada relação sexual que tínhamos me sentia violentada. Com a minha indiferença para com ele, passei a dedicar-me mais aos meus filhos. Como morávamos na praia, íamos de manhã cedinho brincar na areia da praia e tomar banho de mar. Eu era outra criança junto deles. Meus vizinhos até comentavam que eu me misturava com os meninos que parecia um deles. E era mesmo, doutora, porque sempre fui pequenininha e muito bem arrumadinha.

Casei com 17 anos, era uma menina, muito mimada e inocente. Até que ele levantou um falso contra mim. Disse que eu estava flertando com o homem do bar. Não sei nem que homem é esse. E ainda diz que um dos nossos filhos não é dele. Olhe, doutora, eu me arrependo de não ter botado ponta nele, pois estava levando uma fama com justa causa e não como está e ainda me sinto culpada pelo que não fiz, como pode? Eu nunca olhei para um homem com outra intenção. Primeiro, sou católica, sei que é errado e não vou fazer nada para me arrepender depois. Depois desse falso, durmo com ele na mesma cama, mas sexo nunca mais. Sinto falta de carinho, mas nem eu faço nele nem ele em mim.

Eu era tão inocente, quando me casei, que só fiz sexo com ele depois de muito tempo de casada. No início, ele foi muito paciente comigo. Sou grata a ele pela paciência. Mas ele sempre me reprimiu muito, eu me sentia bem quando ele não estava em casa. Nunca senti satisfação sexual, não sei o que é isso. Ele não tem agrado. Eu, à vezes, pensava em ficar viúva e

reencontrar o meu ex-namorado para sentir o prazer do sexo, mas logo me condenava pelos pensamentos.

Tem a sensação de não ter feito nada, na vida, para ela. Além disso, julga-se fracassada por nenhum filho ter feito curso superior, ter estudado. Um deles fuma maconha e envolveu-se com uma mulher que também tem esse vício. Tiveram uma filha. Essa é a neta que ela cria, e esse é o seu filho adotivo. *Ele nasceu em minha casa e a mãe deixou ele comigo*, explica.

Vive a vida como Deus quer, - um dia alegre, outro triste; vive pelos filhos. Aceita a vida do jeito que vier. Acha que lhe falta na vida muita coisa, dentre elas, o amor. Julga que tudo seria muito diferente se o tivesse. *É muito ruim viver sem amor de mãe, eu mim sinto culpada porque não tenho carinho por ela*, conclui.

Diz que foram poucas as emoções positivas, ou seja, não lembra nada de bom. Quanto às negativas, destaca a morte da tia que a criou e o fato de não ter lutado pelo seu grande amor.

Gosta das tardes, pois se sente triste, deprimida e irritada ao anoitecer. Suporta a espera com paciência, diz que não se irrita.

Os momentos de depressão e/ou de tristeza tenta suportar fazendo alguma coisa, como trabalhos manuais. Mas, lamenta que, no momento, não esteja conseguindo fazer coisa alguma.

Afirma que a memória está regular.

Não tem hábito de dormir durante o dia. Quando assiste à televisão, costuma dar uns cochilos. No momento, não está dormindo bem, e precisa tomar remédio. Não fala durante o sono. Quando consegue dormir, o sono é tranqüilo. Às vezes, tem insônia, mesmo tomando o remédio, e geralmente acontece quando os filhos não estão em casa. Sempre sonha e o sonho geralmente é o mesmo.

O levantar e o despertar são bons e tem disposição para enfrentar o dia. O dia para ela é bom. Alimenta-se bem, tem bom apetite come de tudo e dá graças a Deus não precisar da ajuda de ninguém para comer.

Sua menarca ocorreu aos 12 anos de idade. Não sentia nenhum desconforto no período menstrual. A última menstruação ocorreu aos 31 anos e sua primeira relação sexual foi aos 17 anos. Não sente falta de sexo, pois nunca foi bom para ela.

Escala BDI – Sente-se triste, mas está desencorajada em relação ao futuro. Sente-se fracassada não tem prazer em nada. Considera-se culpada a maioria das vezes e acha que vai ser punida por alguma coisa. Sente-se desgostosa consigo mesma, Recrimina-se por tudo de mal que acontece. Não pensa em se matar, Chora mais do que costumava fazer. Irrita-se mais que de costume, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Não consegue tomar decisões. Esta preocupada com o fato de estar parecendo velha e desajeitada. Trabalha como sempre trabalhou. Não durmo tão bem como antes. Cansa-se mais facilmente, o apetite não tão como antes. Mesmo assim, perdeu mais de 1 quilo, sem que esteja fazendo regime. Não se preocupa com a sua saúde mais do que o necessário, mas continua sem qualquer interesse sexual.

Evolução e prescrição de Enfermagem: Face depressiva, expressão de angústia. Chorou bastante durante a consulta. Não se sente amada pelo marido e pela mãe. Carrega uma culpa muito grande por não dar amor a sua genitora, que ainda é viva. Guarda uma mágoa muito grande em relação ao marido e à mãe.

Distúrbio do relacionamento familiar - relação inadequada, inapropriada dos membros da família entre si. Evidenciada por “marido desconfiou de sua honestidade e, desde então, não tem saído mais para se divertir”. Estressor extrapessoal.

Depressão - sentimento de severa tristeza, baixo humor e letargia. Evidenciado por não ter ânimo para nada, ter perdido a vontade de viver, o interesse pelas coisas de que gostava anteriormente, sentimento de fracasso (Há sete anos se fechou para o mundo), ausência de sentimento em relação à vida. Não pensa no futuro, pois sabe que vai morrer. Estressores intra e interpessoal.

Maternidade alterada - distúrbio e ausência de processos comportamentais que criem um ambiente promotor de crescimento e desenvolvimento ótimo de uma criança falta de vínculo. Evidenciado por: “embora tenha sido muito bem criada e amada pelos avós e pela tia, sempre fui magoada com o fato de ter sido eu a que ela escolheu para dar. Tenho raiva de minha mãe por ela ter me dado e nunca ter demonstrado afeto por mim”. Estressores intra e interpessoal.

Pesar disfuncional - sentimento prolongado de grande tristeza devido à perda. Evidenciado por: “quando a minha tia faleceu, eu fiquei desesperada; então, questioneei por que não tinha sido minha mãe já que ela não iria me fazer falta, eu sofri muito. Meu chão abriu com a morte de minha tia (...) Minha mãe é bem velhinha, eu a visito, mas não tenho afeto por ela. Quando eu faço um gesto mais afetuoso, me recrimino, me chamo de hipócrita, não gostaria de sentir isso, mas sinto. Estressor interpessoal.

Raiva - sentimento de animosidade, frustração e hostilidade. Evidenciado por “visito minha mãe, mas não consigo ter carinho por ela, pois ela sempre me chamava de feia, nunca me deu carinho; pelo contrario, sempre me botou para trás e eu me sentia um patinho feio. Já na casa de minha tia eu era o cisne”. Estressor interpessoal.

Abuso sexual - ação violenta, agressiva, ilegal, ou culturalmente proibida, direcionada a (o) esposo(a). Evidenciado por “quando íamos fazer sexo, ele me humilhava. Quando eu fazia um carinho nele, ele perguntava com quem eu tinha aprendido. Cada relação sexual eu me sentia violentada”. Estressores inter e extrapessoal.

Culpa - sentimento de ter feito algo errado. Evidenciado por culpa pelo que não fez. Sentimento de culpa por não amar a mãe. Estressores intra e interpessoal.

Insônia - falta de sono, evidenciado por não estar dormindo bem, tomar remédio para dormir. Às vezes, tem insônia, mesmo tomando remédio. Estressor intrapessoal.

Baixa auto-estima situacional - auto-avaliação negativa sobre si própria ou sobre as próprias capacidades, inabilidade de aceitar prazer e encorajamento em certas situações. Evidenciado por: estar desgostosa consigo, recrimina-se por tudo de mal que acontece, ter idéia de se matar embora diga que não vai fazê-lo, não conseguir tomar decisão, chora mais do que costumava fazer. Estressor intrapessoal.

Fadiga - cansaço, sonolência, bocejamento freqüente, desatenção, sensação de não estar bem descansada, falta de vigor, com ou sem atividade. Evidenciado por: irritabilidade, cansaço mais fácil que antes, perda completa do interesse sexual. Estressor intrapessoal.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: a formula fará com que a cliente se sinta com capacidade de dar e receber amor, compreendendo as

emoções humanas e deixando-as fluir pela corrente do amor. Isso lhe permitirá perdoar e ser perdoada; aprender que tudo na vida é uma lição, mesmo, as coisas que ferem e maltratam; ter capacidade para avaliar realisticamente as próprias possibilidades e responsabilidades em cada situação; mesmo nas grandes adversidades, ter confiança nos próprios princípios e no alcance dos objetivos, atravessando os períodos difíceis sem perder a identidade.

Prescrição floral: Holly + Pine + Sweet Chestnut + Rescue Remedy

Soma: 29 pontos; depressão severa.

Posologia: tomar 4 gotas sub-lingual, espera uns minutos antes de engolir, 4 vezes ao dia, em jejum + ___+___+ antes de dormir. Os dois horários em branco deverá ser determinado pela cliente e ser respeitado os mesmos horários nas tomadas subseqüentes.

Segunda consulta (20/08/2002) - Afirma estar bem, mais animada, mais disposta, com a auto-estima mais elevada: *Estou dando mais valor a mim*, justifica. Parou de chorar, mas se queixa de não estar dormindo bem. Sente, agora, menos rancor ao marido. Diz estar querendo passear, sair de casa, mesmo que ele não a acompanhe. Tanto que está saindo com suas filhas, sem se sentir culpada. Voltou a fazer trabalhos manuais (*Estou ocupando mais o meu tempo*). Um fato que a incomoda há algum tempo é a velhice e acha que, ultimamente, esse incômodo tem se intensificado. Pede-me que eu lhe prescreva uma medicação para que ela suporte mais essa fase. Além dessa, não faz outra queixa: *Passou tudo, estes dias estou ótima graças a Deus*, conclui.

Escala BDI - Não se sente triste, mas está desencorajada em relação ao futuro. Não se julga fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Considera-se culpada às vezes e acha que vai ser punida por alguma coisa. Não se sente desapontada, nem pior que as outras pessoas. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Não se irrita mais que de costume, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Não consegue tomar decisões. Não se sente com pior aspecto que antes e trabalha como sempre trabalhou. Acorda duas a três horas mais cedo e demora para voltar a dormir. Cansa-se mais facilmente, mas apetite é o mesmo de antes. Mesmo assim, perdeu mais de 7 quilos, sem que esteja fazendo regime. Não se preocupa com a sua saúde mais do que o necessário, mas continua sem qualquer interesse sexual.

Soma: 15 pontos; depressão leve.

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: Aparência geral boa, bem vestida, segura de si. Não chorou durante a consulta. Confessa não estar tomando a medicação na hora certa, mas o faz quatro vezes ao dia.

Insônia - evidenciado por continua sem dormir, acorda 2-3 horas mais cedo que antes e demora para voltar a dormir. Estressor intrapessoal.

Baixa auto-estima - evidenciado por “o que esta me incomodando há algum tempo é a velhice. Sentimento de culpa à vezes, sentimento de que está sendo punida por alguma coisa”. Estressor intrapessoal.

Fadiga - evidenciado por não conseguir tomar decisão, cansa-se mais facilmente que antes, ter perdido completamente o interesse sexual, sentir-se desencorajada. Estressor intrapessoal.

Emagrecimento - qualidade certa de alimento, perda de peso, debilidade. Evidenciado por perda de mais de 7 kilos e falta de apetite. Estressor intrapessoal.

Prescrição floral e posologia: a mesma

Terceira consulta (24/09/2002) Compareceu no dia marcado.

Evolução e diagnósticos de Enfermagem com aparência boa, mais animada e alegre; sentindo-se bem: *Estou melhor do que no mês passado, me sinto boa. Recuperei a vontade de viver, estou mais ativa, melhorei 100%. Pela primeira vez, depois da desconfiança do meu marido quanto a minha honestidade, eu consegui sair com ele e os filhos, para um bar na praia e me senti bem. Pois dessa vez eu encarei e escolhi uma mesa que ficava em frente a uma que tinha quatro rapazes sentados. Não senti medo, nem me senti culpada de nada e nem fiquei constrangida. Ainda tenho mágoa, mas não estou me punindo como fazia antes. Estou muito feliz por ter vencido esse fantasma que me perseguia e me sufocava. Acho que me curei. Olhe, doutora, eu estava com um short, bem arrumada, parecia uma menina. Bebi com ele, sem medo. Devo isso à senhora com esse tratamento. Voltei a fazer trabalhos manuais, estou me acostumando com a ausência de Paula (Paula é uma filha adotiva que saiu de sua casa, sem motivo, para trabalhar em casa de família. Essa garota era sua empregada e a paciente se afeiçoou tanto à menina que as filhas tinham ciúme. Isso explica a decepção com a partida da quase filha). Quando ela saiu de minha casa, eu jurei que não a receberia mais em casa e tirei todos os retratos dela de cima dos móveis para não lembrar dela e me*

esquecer mais rápido. Mais o que é o tempo, doutora! Esse fim de semana, ela apareceu lá em casa. Recebi ela muito bem, não estou mais com mágoa dela. Cada um que procure suas melhoras. Ela quis assim, o que posso fazer? Quando ela me deixou, pensei que não iria agüentar. Recoloquei o retrato dela junto dos outros filhos em cima do móvel.

Escala BDI - Não se sente triste, mas não tem esperança quanto ao futuro e acha que nada mais vai melhorar em sua vida. Não se sente fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Sente-se culpada às vezes e acha que vai ser punida por alguma coisa. Não se sente desapontada, mas é muito crítica quanto à suas fraquezas e aos erros que comete. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Não se irrita mais que de costume, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Não consegue tomar decisões e preocupa-se com o fato de estar parecendo velha e desajeitada. Trabalha e dorme como sempre e não se cansa mais do que antes. O apetite é o mesmo de antes e não perdeu peso. Não está fazendo regime, nem se preocupa com a saúde mais do que o necessário. Não tem qualquer interesse sexual.

Soma: 13 pontos; depressão leve.

Baixa auto-estima - evidenciado por sentimento de culpa à vezes, criticidade sobre as próprias fraquezas e os erros cometidos, dificuldade de tomar decisões, preocupações como fato de estar parecendo velha e desajeitada. Estressor intrapessoal.

Fadiga - evidenciado por perda completa do interesse sexual. Estressor intrapessoal.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: A formula fará com que a pessoa com pensamento construtivo e responsável pelo que acontece consigo, suporta melhor as adversidades, sabendo avaliar a sua participação sem transferir a sua culpa para os outros. O mesmo devolverá a confiança para construir um futuro positivo e promissor, irradiando fé, calma e otimismo.

Prescrição floral: manteve-se a mesma prescrição com o acréscimo de Willow.

Posologia: a mesma.

Quarta consulta (24/10/2001) - Compareceu no dia marcado. Sem queixa.

Escala BDI - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se julga fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Não se sente culpada de nada, assim com não acha que está sendo punida por alguma

coisa. Está desapontada consigo e continua muito crítica quanto à fraquezas e aos erros que cometeu. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Não se irrita mais do que antes, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida e trabalha como sempre. Preocupa-se com o fato de estar parecendo velha e desajeitada. Acorda alguma hora antes do que o costume e não consegue mais voltar a dormir. Cansa-se, então, mais facilmente. O apetite não está tão bom como antes e perdeu mais de 250g, sem fazer dieta. Preocupa-se com algumas dores e mal-estares e não tem qualquer interesse sexual.

Soma: 13 pontos; depressão leve.

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: Aspecto bom, semblante tranqüila, bem vestida, aparência muito boa. Está bem mais animada, apesar de ter percebido, nos três dias que antecederam a consulta, um certo desânimo por conta do estado de saúde de sua genitora e pela incapacidade de amá-la como deveria. Mas diz que está visitando-a, coisa que antes não fazia. Até lhe faz carinho, embora não consiga ficar só com ela, pois ainda tem muito medo de que ela morra em sua presença. Teme sua reação diante de uma situação como essa. Quanto ao relacionamento conjugal, julga-o melhor, acha que nunca esteve tão bom: *Ele está fazendo tudo para me agradar, mas estamos vivendo como dois irmãos. Posso dizer que estamos namorando de novo. Ele está fazendo todos os meus gostos, está mais cuidadoso, está voltando a ser o que era antes da desconfiança. Estou muito bem, eu agora sou outra, penso em mim e não fico me culpando pelo que fiz e pelo que não fiz, não choro mais.*

Sem queixa, anuncia que vai passar as férias em Lucena, uma praia da Paraíba.

Baixa auto-estima - evidenciado por criticidade sobre as próprias fraquezas e os erros cometidos, preocupação com o fato de estar parecendo velha e desajeitada. Estressores intrapessoal.

Fadiga - evidenciado por cansa-se mais facilmente que antes. Estressor intrapessoal.

Prescrição floral: Rescue Remedy + Honeysuckle + Gorse + Holly + Sweet Chestnut.

Posologia: a mesma.

Quinta consulta (26/11/2002) – compareceu a consulta dois dias depois do estabelecido. Justifica, afirmando encontrar-se na casa da praia, em Lucena, e estar na dependência de alguém para trazê-la ao centro. Começou a reforma da casa em que mora e, devido a isso, foi antecipada a ida para a praia. Está feliz com a reforma, mas lamenta o fato de sentir-se fora do seu ambiente uma vez que está na casa da nora e acha que a está incomodando. Acrescenta que, na semana passada, sentiu-se triste sem saber a causa, até pensou que estivesse tendo uma recaída: *Mas, graças a Deus, passou. Hoje estou bem. Estou reformando a casa e, às vezes, me passam uns pensamentos que não vou voltar para a minha casa. Tenho medo que aconteça comigo o que aconteceu com minha tia, que reformou a casa dela e morreu assim que ela estava pronta. Preocupo-me muito com meu filho que fuma maconha. Ele está pensando em morar com a mãe da minha neta, mas, doutora Eliane, aí é que ele vai fumar, porque ela é quem colocou ele nessa vida. Ela está grávida. Os vizinhos dizem que esse filho não é dele, pois ela anda saindo com vários homens. Mas, mesmo assim, ele insiste em morar com ela e diz que o filho é dele. Ela está saindo com um negão. Estou pedindo a Deus que esse filho seja bem escuro. Aí, ele vai ver que não é dele. Estou revidando com as coisas. Antes ficava calada. O marido e os filhos começam a dizer que estou diferente, se é isso que estou aprendendo nas aulas dos velhos. É assim que eles chamam. O que importa é que estou me sentindo bem.*

Sexta-feira passada foi visitar sua mãe. Diz que foi muito bom, porque fez tudo por ela, mas, depois, ficou com uma tristeza muito grande. Imaginou que, um dia, ela iria passar por tudo isso. A mãe está completamente dependente: todo mundo faz as coisas por ela. *Eu não quero ficar assim. Lutei muito pelos meus filhos e me entristece saber que um deles, embora não seja meu filho legítimo, não está feliz. Sofro muito por ele ter enveredando pela drogas, mas o que posso fazer? Dei carinho e muito amor a ele, até meu filho mais velho me culpa e diz que ele é assim por minha causa.*

Está se sentindo bem e alegra-se com o fato de o marido estar conversando com ela. *Eu tinha ele como um pai e, de repente, ele cortou tudo.* Agora, está voltando ao que era antes. Esta semana ele mandou pela neta uma cocada. Isso para mim foi uma jóia, por ele lembrar que sou louca por cocada. Hoje ele ficou me esperando e veio até aqui conversando comigo. Isto ele nunca fez, pois ele é um homem muito fechado. Quanto a isto estou bem.

Ele diz que vivo no mundo da lua. Está fazendo a reforma da casa do meu jeito; ela vai ficar muito boa.

Escala BDI - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se sente fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Não se julga culpada de nada, nem acha que está sendo punida por alguma coisa. Não se sente desapontada, mas continua muito crítica quanto às fraquezas e os erros que cometeu. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Não se irrita mais que antes, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida e trabalha como sempre. Preocupa-lhe estar parecendo velha e desajeitada. Não dorme tão bem como antes. Não se cansa mais do que o normal. O apetite diminuiu. Perdeu mais de 250g sem fazer dieta. Não se preocupa com sua saúde mais do que o necessário. Não tem qualquer interesse sexual.

Soma: 09 pontos; estado normal.

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: cliente mais tranqüila ao falar da genitora, estado geral bom.

Baixa auto-estima - evidenciada por criticidade sobre as próprias fraquezas e os erros cometidos, preocupação com o fato de estar parecendo velha e desajeitada. Estressores intrapessoal.

Dificuldade para dormir - dificuldade para iniciar a diminuição da atividade corpórea. Evidenciado por não dormir tão bem como antes. Estressor intrapessoal.

Déficit nutricional - ingestão menor do que as necessidades corporais. Evidenciado por o apetite não ser tão bom como era antes. Estressor intrapessoal.

Prescrição floral: Pine + Willow + Gorse + Honeysuckle + Sweet Chestnut.

Posologia a mesma.

Após a Quinta consulta com alta da terapia floral cliente encaminhada para avaliação da geriatra quanto ao estado depressivo.

Parecer do médico:

Em julho de 2002, a cliente deu início a tratamento com florais de Bach devido ao fato de estar apresentando depressão severa, com insônia, irritabilidade, tristeza interior, sentimento de rejeição do marido para com ela. Hoje está disposta, tranqüila, de bem com a vida. Diz que está fortalecida para

viver a relação afetiva com o marido. Voltou a se pintar, fazer trabalhos manuais, freqüentar com mais alegria o grupo da terceira idade.

Parecer da psicóloga:

A cliente já havia participado de um grupo terapêutico por dois meses, relatando toda a causa de sua depressão. Ausentou-se do grupo por seu estado geral decaído. Após ter iniciado o tratamento floral, a mesma retorna ao grupo. Coloca todo o seu sofrimento emocional. No decorrer das reuniões com o grupo, sempre se coloca mostrando melhora significativa do seu estado geral. No momento, encontra-se sem depressão.

Sra. Chicory

Sra. Chicory, encaminhada para a terapia floral no dia 16 de julho de 2002 com os seguintes sintomas, segundo o DSM IV: sentimento de tristeza e infelicidade a maior parte do tempo, desesperança em relação à vida, humor deprimido e irritável a maior parte do tempo, desinteresse pelas pessoas e falta de prazer nas atividades que anteriormente gostava de fazer, sentimento de que está sendo punida por ter feito alguma coisa errada, desgosto com tudo, choro fácil, insônia diária ou perda do sono no meio da noite sem conseguir conciliá-lo (só dorme com diazepínico), ganho de peso.

Sra. Chicory, 60 anos, solteira, natural da Paraíba, nível superior completo, católica. Vive só há mais de 18 anos. Segundo ela, o que a levou a decidir morar sozinha foi a separação de sua irmã, pois começou a se sentir como uma intrusa naquela casa. Essa decisão foi vantajosa, pois hoje tem privacidade. Mas isso, não a afastou da irmã e dos sobrinhos, tanto que quando ela (a cliente) sofreu um AVC, esses parentes lhe deram tanta atenção que hoje está totalmente recuperada das seqüelas (hemiplegia e afasia). Diz que não gosta de receber visitas e, por isso, sai de casa.

Considera boas as mudanças ocorridas em sua vida. *Pois eu fiz de tudo e, se soubesse, tinha feito muito mais, pintei o sete e desenhei o oito, confessa.*

Não participa das tarefas domésticas, pois não gosta de fazê-las, tanto que seu almoço é, hoje, fornecido por uma marmiteira. Gosta muito de ler e preenche seu tempo com essa atividade. Além disso, vai à missa e participa de grupos. *É o que dá sentido a minha vida, pois, se não fosse isso, estaria muito ruim, ou seja, bem pior, justifica.*

Gosta de morar sozinha, mas, às vezes, sente uma solidão muito grande. *Quando me sinto assim, fico diante da televisão para ouvir alguém e, assim, tento preencher esse vazio*, acrescenta. Não sente falta de ninguém, nem saudade. Desejaria, apenas, ter alguém para conversar. Diz gostar de seus vizinhos.

No momento da consulta, diz que está mal. *As pessoas não pensam como eu, não são como a gente pensa, sou realista*. Diz ter um humor variável: em alguns dias está bem, em outros, mal. Quando não está bem, diz que gostaria que ninguém falasse com ela, mas, se falam, finge que está tudo bem. *Como as pessoas são falsas, doutora*.

Julga-se tímida, apesar da idade. *Descrevo-me como uma pessoa fechada, introvertida*, confessa. Diz que a vida é boa, mas que não aceita o que acontece com os seus entes queridos. *Sempre é bom viver e é belo conversar*, acrescenta.

Tem muita consciência da morte e já comprou um “buraco” no cemitério, pois não tem mais entusiasmo e espera pouco do futuro. *O AVC me desmoronou. Antes, eu era vaidosa. Ninguém jamais viu um cabelo branco em minha cabeça*.

Não pensa sobre a própria vida - *simplesmente vou levando a vida em banho-maria*. Vive quase sem perspectivas. Sua vida se resume à igreja, ao grupo de terapia e às amigas. Mesmo assim, diz que encara a vida da melhor forma, com seriedade, para que ninguém a recrimine e acrescenta: *Sou uma pessoa realista, sou muito realista* (Repete várias vezes essa frase, interpretada como indício de rigidez e consciência da realidade). Apesar dessa seriedade, sente falta de um companheiro para dançar.

De emoção positiva lembra uma festa que organizaram para ela quando completou 45 anos e a vinda de sua irmã que mora no Rio de Janeiro para cuidar dela na ocasião do AVC. *Eu me senti muito amada em ambas as ocasiões*, conta.

De negativo, lamenta terem dito, ainda na mocidade, que ela era “moça de programa”. Isso a abalou muito, pois atentou contra sua reputação.

Sente-se bem pela manhã e ao anoitecer, fica irritada e deprimida, pois se sente solitária.

Suporta a espera com paciência e, nos momentos difíceis de depressão ou de tristeza, geralmente finge para ninguém perceber. *Choro o tempo todo e ninguém vê, pois procuro me esconder das pessoas*, acrescenta.

Diz que a memória é boa.

Não tem hábito de dormir durante o dia, mas, quando assiste à televisão, costuma cochilar. Dorme a base de Diazepan de 5mg e não sabe se faz alguma coisa enquanto dorme. Raramente sonha.

Acha o despertar bom. Diz que sempre agradece a Deus pelo novo dia e dá bom dia para si mesma. O levantar é tranquilo, porém confessa que pede a Deus forças para suportar o dia. Julga o dia bom.

Não tem apetite, porém se alimenta bem. Come de tudo, alimenta-se sozinha e dá graças a Deus não precisar de ajuda para comer ou fazer as atividades diárias.

A menarca ocorreu aos 13 anos de idade. Durante a menstruação não sentia nada. A menopausa ocorreu aos 46 anos. Afirma tê-la encarado com muita tranquilidade. Aos 22 anos teve sua primeira relação sexual. A sexualidade para ela *é muito gostosa. Quando se ama, é o complemento, é expressa com amor e respeito e é muito necessária para o ser humano*. Diz ter sido muito bem sexualmente, mas que, no momento está muito passiva. *Também é a idade, né?* Sente falta de sexo às vezes e faz tudo para que isso não aconteça, pois, depois do AVC, confessa ter ficado assexuada por medo. Assim, não faz nada para compensar essa falta.

Escala BDI - Está tão triste e infeliz que não agüenta mais. Não tem esperança quanto ao futuro e acha que nada mais vai melhorar em sua vida. Não se sente fracassada, mas está infeliz e aborrecida com tudo. Não se sente culpada de nada, porém acha que está sendo punida por ter feito alguma coisa má. Está desgostosa consigo mesma e é muito crítica em relação a suas fraquezas e aos erros que cometeu. Não pensa em se matar, mas chora o tempo todo. Aborrece-se ou se irrita mais facilmente do que de costume e perdeu o interesse pelas pessoas. Deixa de tomar mais decisões do que de costume, entretanto não se sente com pior aspecto que antes. Trabalha como sempre trabalhou. Não dorme tão bem como antes, pois só consegue dormir bem com o Diazepan. Não se cansa mais do que antes e o apetite é o mesmo de antes. Mesmo assim, perdeu mais de 250g. Faz dieta por ser hipertensão e diabética. Está muito preocupada com a saúde e não consegue deixar de

pensar nisso. Perdeu completamente o interesse sexual (*Doze anos que não sei o que é isso.*).

Soma: 27 pontos; depressão severa.

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: cliente bastante tensa, face contraída, chorando muito, deprimida, saudosista, revoltada com o sobrinho por querer vender a casa que foi da família que representa toda uma história e onde ela foi criada. Não aceita essa situação de desamor pelo que foi da família. Parece uma pessoa muito autoritária.

Desesperança - sentimento de limitação ou falta de possibilidade e significado na vida, sem habilidade para mobilizar energia, com péssima visão do futuro. Evidenciada por leva a vida em “banho-maria”, perspectiva pequena em relação à vida; quanto ao futuro “ só tenho a certeza da morte e que já comprei um buraco no cemitério”, falta de entusiasmo pela vida. Estressor intrapessoal.

Interação social limitada - participação insuficiente em qualidade e quantidade nas trocas sociais. Evidenciada por “só saio de casa para a missa”, tímida, introvertida. Estressor intrapessoal.

Tristeza - sentimento de baixo espírito, melancolia e falta de energia. Evidenciada por estar tão triste e infeliz que não agüenta mais e estar infeliz e aborrecida com tudo. Estressor intrapessoal.

Insônia - falta de sono. Evidenciada por só dorme com diazepinico (5mg). Estressor intrapessoal.

Pressão sanguínea elevada - bombeamento do sangue através dos vasos sanguíneos com pressão maior que a normal. Evidenciada por hipertensão, AVC (3), aborrecimento e contrariedade (sobrinho quer vender a casa da família). Estressor intra e extrapessoal.

Medo - sentimento de ameaça, perigo ou angústia com causa conhecida. Evidenciada por insegurança em relação a tudo após o AVC. Estressor intrapessoal.

Baixa auto-estima situacional - auto avaliação negativa sobre si própria ou sobre suas capacidades, inabilidade de aceitar prazer e encorajamento em certas situações. Evidenciado por sentimento de que estar sendo punida por ter feito alguma coisa má, ser muito critico sobre suas fraquezas, chora o tempo todo, perda do interesse pelas pessoas, não consegue tomar decisões, estar aborrecida e irritada com tudo. Estressor intrapessoal.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: A formula fará com que a cliente se sinta bem, mesmo com as adversidades da vida, ajudando-a a atravessar os períodos difíceis, sem ficar arrasada e sem perder a identidade. Dar-lhe-á consciência da relatividade dos problemas para suportar as dificuldades, sem se deixar ir para o fundo do poço. Desenvolver-lhe-á o senso de justiça através do equilíbrio mental, restabelecendo sua auto-estima, para que ela alcance suas metas sem sofrer com aquilo que o outro não pode lhe dar, pois aprenderá a dar amor sem esperar nada em troca, compreendendo as emoções humanas sem que isso interfira na sua vida e na sua saúde.

Prescrição floral: Rescue Remedy + Sweet Chestnut + Chicory + Holly

Posologia: tomar 4 gotas sub-lingual, espera uns minutos antes de engolir, 4 vezes ao dia, em jejum + ___ + ___ + antes de dormir. Os dois horários em branco deverão ser determinados pela cliente e ser respeitado os mesmos horários nas tomadas subseqüentes.

Segunda Consulta (19/08/2002) - No dia marcado. As feições estavam mais descontraídas. Mostrava-se mais animada e otimista em relação à vida. Estava sentindo-se bem, inclusive não estava mais se preocupando com os problemas que não podia resolver. *De agora em diante, vou viver mais a vida. Quer vender a casa da família? Que venda. Ela não é minha, não tenho nada a ver com isso. O que posso fazer? Dra. Eliane parece mentira, mas eu me sinto outra pessoa. Vou lhe revelar uma coisa que não disse na primeira consulta: eu tinha uma cirurgia para fazer e nunca fiz por medo e insegurança. E não é que eu, esse mês, fiz. Fui sozinha, não disse a ninguém. Estou aqui. Olhe para mim! Está tudo cicatrizado, veja* (Olho bem para ela e percebo que realmente fez uma cirurgia no olho. Pergunto-lhe que cirurgia que foi feita e ela diz ter sido a retirada de uma carnosidade no globo ocular. Acrescenta que há muito tempo deveria ter se submetido a essa intervenção cirúrgica, mas não sentia coragem). *Fiz e estou muito satisfeita, pois provei para mim mesma que sou capaz de viver só e ter independência*, declarou. Sente-se mais segura e chegou à conclusão de que não deve se martirizar com a vida dos outros. E acrescenta: *Cada um que viva a sua vida. Esse é o meu lema*. Pergunto-lhe se tem alguma queixa. Ela responde que não, que está bem e que tudo passou.

Escala BDI - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se julga fracassada e tem prazer nas coisas que faz (*Até me sinto mais arrojada, com muita energia positiva*). Não tem qualquer sentimento de culpa,

nem acha que está sendo punida por alguma coisa. Não se sente desapontada, nem pior que as outras pessoas. Não pensa em se matar, como também não chora mais do que costumava fazê-lo (*Hoje não quero mais chorar.*) Não se irrita mais que de costume, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida como antes (*Até mais*). Não se sente com pior aspecto que antes. Trabalha e dorme como sempre (*Consigo dormir sem o remédio diazepam*). Não se cansa mais do que o normal, e o apetite é o mesmo de antes. Não se preocupa com a saúde mais do que o necessário. Perdeu, desde o AVC, completamente o interesse sexual.

Soma: 6 pontos; estado normal.

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: Cliente bem, com disposição, alegre, não chorou durante a consulta, está segura de si e fez colocações muito sábias quanto à vida.

Paciente apresenta quadro estável, não apresentou nenhum novo diagnóstico de Enfermagem, assim como ocorreu desaparecimento dos diagnósticos apresentados na consulta anterior.

Prescrição floral: Rescue Remedy + Sweet Chestnut + Chicory

Posologia: a mesma.

Terceira consulta (19/09/2002) - Diz que está “maravilhosamente” bem. *Eu nunca* pensei que um dia a minha cadeia de emoções estivesse tão bem equilibrada. Estou querendo que minha irmã e meu sobrinho venham fazer uma consulta com a senhora. Como estou me sentindo maravilhosamente bem, quero que isso aconteça com as pessoas que quero bem. Hoje eu percebo muito claramente que não podemos ser inflexíveis, temos que viver o contexto. Dra. Eliane, como estou bem para eu me aceitar do jeito que sou! Antes eu queria consertar o mundo e hoje eu vejo que não é assim. Isso fazia com que eu vivesse num conflito comigo mesma e nada tinha valor. Hoje me sinto uma pessoa feliz. Adeus tristeza, adeus depressão, nunca mais quero sentir o que sentia. As pessoas dizem que estou bem e perguntam o que estou fazendo. Digo que são os florais de Bach que me transformaram em uma criatura mais amável e flexível. Dra Eliane, eu questionei a minha médica quanto aos exames que a mesma solicitou. Nunca que iria fazer isso antes. Veja como sou outra criatura! Até me surpreendo comigo mesma. O meu apetite sexual, que estava adormecido, aflorou depois dos florais [Ri]. O meu ex-noivo me procurou e me pediu em casamento. Ele está viúvo, mas eu não

quero coisa para me preocupar. Tive, como a senhora sabe, dois AVCs e não quero me aborrecer com homem. Mas isso foi muito bom para o meu ego. Depois de tanto tempo ele dizer que nunca me esqueceu e que sempre gostou de mim... mas casou com outra, né, Dra.?

Escala BDI - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se acha fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Não se sente culpada de nada, nem julga estar sendo punida por alguma coisa. Não se sente desapontada, nem pior que as outras pessoas. Não pensa em se matar, como também não chora mais do que costumava fazer. Não se irrita mais que de costume, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida como sempre. Não se sente com pior aspecto que antes. Trabalha e dorme como sempre (dorme sem medicamento). Não se cansa mais que o normal, e o apetite é o mesmo de antes. Perdeu mais de 250 g e está fazendo regime. Não se preocupa com a sua saúde mais do que o necessário. E o apetite sexual, que estava adormecido, despertou normalmente.

Soma: 1 ponto; estado normal.

Ausência de diagnóstico de Enfermagem.

Prescrição floral e posologia: a mesma.

Quarta Consulta: (21/10/2002) - Compareceu após 8 dias do estabelecido, uma vez que a terapêutica e pesquisadora: Não pode comparecer ao ambulatório pois seu pai se hospitalizou e precisou de seus cuidados. A cliente afirma que está bem e que foi muito bom não ter sido atendida no dia marcado. Agora se sente mais segura por saber que chegará o momento em que não mais precisará dos remédios e acrescenta: Dra. Eliane passei muito bem esses dias sem os florais, estou tranqüila. Como digo, sou outra Chicory. Minha cadeia de emoções foram bem trabalhadas por esses florais e eu só tenho a agradecer primeiramente a Deus e depois a senhora e a Dr. Bach por eu ter sido agraciada por seu estudo. Só tenho a agradecer. Fui para o passeio organizado por Dra. Irene. Foi maravilhoso! Dancei, cantei... Nunca que faria isso. Até as pessoas do grupo me perguntam: "Chicory, o que aconteceu? Nunca lhe vi assim antes. E eu respondi:" São os florais de Dr. Bach. Agora sou outra pessoa, faço o que quero sem me sentir bloqueada. Antes eu não sorria, era fechada, intolerante, guardava muita mágoa. Agora estou vivendo a vida e feliz. Trabalho minha cadeia de emoções da melhor maneira e vivo a vida sem procurar aperreio e preocupação como antes. Vou

lhe dizer uma coisa bem íntima: o apetite sexual foi aflorado, pois estava adormecido desde o AVC e agora, às vezes, acordo de madrugada com aquela vontade. Depois de velha com essa vontade, pode? Dra. Eliane quero trazer para a senhora atender um sobrinho e minha irmã. Posso? Para quando? Marcamos para a primeira semana de janeiro.

Escala BDI - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se julga fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Não tem qualquer sentimento de culpa, nem acha que está sendo punida por alguma coisa. Não se sente desapontada, nem pior que as outras pessoas. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Não se irrita mais que de costume, nem perdeu o interesse nas pessoas. Continua decidida e trabalha como sempre e não se sente com pior aspecto que antes. Está dormindo bem, sem medicamento. Não se cansa mais que o normal e o apetite é o mesmo de antes. Perdeu mais de 250 gramas e continua fazendo dieta. Não se preocupa com a sua saúde mais do que o necessário e o apetite sexual, que estava adormecido, despertou normalmente.

Soma: 1 ponto; estado normal

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: Estado geral bom, feições tranqüilas, sorridente, transmitindo felicidade. Paciente estável.

Metas a serem alcançada segundo a Prescrição floral: a mesma

Prescrição floral e posologia: a mesma.

Quinta consulta (21/11/2002) - No dia marcado. Bem-humorada, alegre e muito animada. Diz estar “maravilhosamente” bem. *A vida é tão bonita. Doutora, agora percebo o quanto fui mesquinha em me prender e me preocupar tanto com as pessoas e com as coisas. Isso não leva a nada, só à tristeza. Pois, não podemos resolver tudo e, quando sai do nosso controle, nos achamos as piores das criaturas. Era como estava me sentindo quando vim pela primeira vez à senhora. Mas, graças a Deus, a Dr. Bach e à senhora, estou vendo a vida por outro ângulo e estou feliz e transmitindo para as pessoas que me cercam a minha felicidade. Todo mundo percebe o quanto mudei, sou outra criatura. Estou mais tolerante, mais compreensiva. Veja [e mostra as mãos]: os dedos das mãos não são iguais, como podemos exigir semelhança nos seres humanos?* Está se sentindo produtiva, pois voltou a participar das atividades do Centro como voluntária e está visitando as pessoas necessitadas da comunidade. No final da consulta, ela me entrega

um bilhete de agradecimento. Vale a pena transcrever o seguinte trecho: *Só tenho a agradecer às pessoas que colaboraram comigo em momentos tão difíceis: ao Senhor Jesus Cristo, por ter me encaminhado para fazer parte dessa pesquisa, ao Dr. Bach, o criador desse sistema de cura, e a você, Dra. Eliane, que fazem parte de minha vida. Enquanto viver, não quero nunca esquecer de vocês, pois me fizeram ver a vida mais bonita, sem depressão. Muito obrigada!*

Escala BDI - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se julga fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Não tem qualquer sentimento de culpa, como também não acha que está sendo punida por alguma coisa. Não se sente desapontada, nem pior que as outras pessoas. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Não se irrita mais que de costume. Não perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida e trabalhando como sempre. Não se sente com pior aspecto que antes. Está dormindo como sempre (sem medicamento). Não se cansa mais do que antes. O apetite está igual ao que era antes. Perdeu mais de 250 gramas. Está fazendo regime. Não se preocupa com a sua saúde mais do que o necessário e o apetite sexual, que estava adormecido, despertou normalmente.

Soma: zero ponto; estado normal.

Paciente estável.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: a mesma.

Prescrição floral: Rescue remedy + Sweet chestnut + Chicory

Após a Quinta consulta com alta da terapia floral cliente encaminhada para avaliação da geriatra quanto ao estado depressivo.

Parecer do médico:

Em julho de 2002, compareceu ao consultório com quadro de depressão severa, manifestada por choro fácil, desesperança em relação à vida, tristeza interior. Foi encaminhada para tratamento floral. Em 21 de dezembro de 2002, volta ao consultório, apresentando muita disposição física e parecendo estar ativa, de bem consigo e com a vida. Voltou a dormir bem, tendo deixado por completo o uso de diazepínico.

Parecer da psicóloga:

A cliente já se encontrava fazendo terapia grupal há 4 anos, quando iniciou a terapia floral. Apesar de colocar seus problemas para o grupo, não

permitia que esse a ajudasse. Cliente bastante agressiva, autoritária, egocêntrica. Após ter iniciado a terapia floral, comparece ao grupo da pesquisa e se coloca para as companheiras com bastante dificuldade. Depois de terminada essa terapia, o comportamento da cliente foi mudando consideravelmente. Agora, permite que o grupo a ajude, apresenta-se menos agressiva, está mais cooperativa e se engajou em um grupo de voluntários da paz. No momento, a está bem, estado geral bom, bem humorada, participa das atividades do grupo de recreação.

Sra. Cherry Plum

Sra. Cherry Plum, encaminhada para a terapia floral no dia 1 de agosto de 2002, com os seguintes sintomas segundo o DSM IV: sentimento de tristeza a maior parte do tempo com acesso de choro freqüente, desesperança em relação à vida, humor deprimido e irritável a maior parte do tempo, desinteresse e falta de prazer nas atividades que anteriormente gostava de fazer, desgostosa com tudo, insônia diária ou perda do sono no meio da noite sem conseguir conciliá-lo, vontade de morrer, mas não tem idéia suicida.

Sra. Cherry Plum, 67 anos, solteira, católica, estudou até a 4ª série primária, é mãe de 4 filhos. Atualmente mora com um filho de 38 anos. Conta que recebe visita, esporadicamente, dos amigos da Igreja. Procura sair muito de casa para esconder a tristeza, pois se sente muito triste e não consegue livrar-se desse sentimento.

Em casa faz de tudo: lava, passa, cozinha. Fora tem atividades da Legião do Apostolado e faz atividades em grupo de idosos. *Mas atualmente não tenho ânimo para nada e por estar faltando às atividades que gostava de fazer, uma vizinha e amiga de grupo me encaminhou para falar com a Dra. Irene para que ela me conseguisse uma consulta com Dra. Fátima e com a senhora, pois essa minha amiga está muito bem depois que começou a fazer tratamento com os florais e está se dando muito bem. Por isso estou aqui. No momento, sinto-me muito deprimida e sem ânimo para nada. Para vir para cá, foi muito difícil. Não tenho esperança quanto ao futuro e acho que nada mais vai melhorar na minha vida. Estou me sentindo uma fracassada por não estar fazendo o que gosto.*

Conta que gosta de morar com o filho. Ele lhe faz companhia para ela desde que o marido a abandonou sem qualquer explicação. Sente muita falta

de sua mãe, como também de um trabalho remunerado, pois gostaria de não depender do filho. Diz gostar de seus vizinhos, com exceção de uma vizinha, que “mexe com todo mundo”.

No momento, confesso estar bem, pois se sente um certo alívio. Tem esperança de que alguma coisa boa vá acontecer.

Seu estado de humor é muito depressivo (*Sempre fui depressiva, desde mocinha*), mas, segundo ela, agora está pior, pois, sem esperar, a depressão aparece. Em alguns momentos é calma; em outros, “alvorçada”. No presente, sente-se infeliz e aborrecida com tudo. Está desgostosa e julga-se culpada por não ter dado certo na vida; por isso, se recrimina por tudo que está acontecendo. Às vezes, acha que a vida não vale a pena, mas como é temente a Deus, não pensa em se matar.

Declara que teve uma depressão muito forte há 6 anos porque sua cunhada matou seu irmão de fome e fez um testamento falso.

Não tem esperança quanto ao futuro e justifica: *Quando se chega a uma certa idade, não se tem vontade para nada, não se tem vontade de mudar. O que eu queria era que, na velhice, melhorasse mais, pois me sinto pra baixo, queria mais alegria, que Jesus melhorasse minha vida, embora já tenha melhorado muito. Sobre minha vida, espero ter mais alguns anos de vida para resolver alguns problemas. Vivo a vida como Deus quer, encarando-a da maneira que vem, pedindo força para suportar. O que sinto falta na minha vida é a saúde que não tenho mais. E resolver alguns problemas e arrumar a minha casa.*

Sobre as emoções positivas na vida, não teve nenhuma boa. Dentre as negativas, destaca o fato de o marido tê-la deixado de repente, sem explicação. Conta: *Eu tinha ido passar uns dias na casa de nosso filho. Quando voltei, não tinha mais nada dele em casa. Foi um abalo muito grande. Até hoje não sei o motivo.*

Durante o dia, diz que se sente melhor pela manhã e, pior à noite. Acrescenta que suporta bem a espera, pois é paciente. Mas se queixa: *Nos momentos de depressão, só Deus sabe. É muito angustiante! Procuo sair de casa, não agüento ficar só. Quando chego em casa e meu filho não está, eu pioro; por isso, saio, embora não faça nada produtivo.*

Diz que a memória está “mais ou menos”.

Não tem hábito de dormir durante o dia e, quando o faz, não gosta, pois fica irritada. Diz que cochila quando assiste à televisão e, na maioria das vezes, dorme bem. Porém, no momento, isso não está acontecendo. O filho diz que ela fala quando dorme, mas ela assegura que tem o sono tranquilo. Insônia só quando fica preocupada com alguma coisa. Sempre sonha; às vezes lembra: são sonhos perturbados e confusos.

Conta que o despertar e o levantar são bons quando não está deprimida; com depressão, levanta-se com muito esforço e logo sai de casa. Há uns dias que julga difíceis; outros, mais amenos; uns são bons; outros, muito longos. Geralmente, se alimenta bem, come de tudo e dá graças a Deus não precisar de ajuda para se alimentar. Mas, no momento, está sem apetite.

A menarca ocorreu aos 12 anos de idade. Sofria de cólica durante todo o período menstrual. Eram 9 dias de muitas dores. A última menstruação aconteceu aos 45 anos. Achou muito bom. Perdeu completamente o interesse sexual depois que foi abandonada pelo marido (*E, com a idade, a gente não pensa mais nessas coisas*).

Sua primeira relação sexual foi aos 20 anos. Sobre sua sexualidade diz: *Não sei falar sobre sexualidade. É bom quando encontra o homem legal. A sexualidade é muito importante, não podemos passar sem ela. Sexualmente fui mais ou menos, nunca fui apaixonada por essas coisas. Sou uma pessoa normal. Não sinto falta de sexo.*

Escala BDI - Está triste o tempo todo e não consegue livrar-se desse sentimento. Não tem esperança quanto ao futuro e acha que nada vai mudar em sua vida. Sente que é um total fracasso. Está infeliz e aborrecida com tudo. Sente-se sempre culpada, mas não acha que está sendo punida por alguma coisa. Está desgostosa consigo mesma e recrimina-se todo o tempo pelos erros que cometeu. Não tem idéia de se matar. Chora mais do que costumava fazer. Irrita-se com coisas que antes não a irritavam. Não perdeu o interesse pelas pessoas. Não consegue tomar decisões. Não se sente com pior aspecto que antes. Tem que se esforçar muito para fazer alguma coisa. Está dormindo como sempre dormiu. Está sempre cansada. O apetite está pior do que era antes. Perdeu mais de 250 gramas. Não está fazendo regime. Está preocupada com a saúde e não consegue pensar em outra coisa. Perdeu completamente o interesse sexual.

Soma: 39 pontos; depressão severa.

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: Cliente com expressão e olhar triste, abatida, retraída, embora se comunique bem. Tem voz mansa, encontra-se adequadamente trajada. Está preocupada com alguns problemas pendentes, mas não falou sobre eles. Mostra vontade de vencer a depressão.

Interação social limitada - participação insuficiente, em qualidade e quantidade, nas trocas sociais. Evidenciada por procurar sair muito de casa para esconder a tristeza, mas não faz nada produtivo, não frequenta mais as atividades de grupo de idosos e nem do apostolado que antes tinha prazer. Estressor intrapessoal.

Depressão - sentimento de severa tristeza, baixo humor e letargia. Evidenciado por ser muito deprimida, sem ânimo para nada, inclusive para procurar o tratamento; por falta de esperança quanto ao futuro, por sentimento de total fracasso. Estressor intrapessoal.

Culpa - sentimento de ter feito algo errado. Evidenciado por sentir-se culpada por não ter dado certo na vida e isso faz com que se recrimine por tudo e ache que a vida não vale nada. O marido a abandonou sem explicação. Estressores inter e intrapessoal.

Desesperança - sentimento de limitação ou falta de possibilidade e de significados na vida, sem habilidade para mobilizar energia e visão pessimista do futuro. Evidenciada por achar que a vida não vale nada e não ter esperança quanto ao futuro; por sentir-se para baixo. Estressor intrapessoal.

Fadiga - cansaço, sonolência, bocejamento freqüente, desatenção, sensação de não estar bem descansado, falta de vigor com ou sem atividade. Evidenciado por ter que se esforçar muito para fazer alguma coisa, estar sempre cansado e ter perdido completamente o desejo sexual. Estressor intrapessoal.

Déficit nutricional - ingestão menor do que as necessidades corporais. Evidenciado pelo fato de o apetite não estar tão bom como antes, ter perdido mais de 250 gramas. Estressor intrapessoal.

Baixa auto-estima situacional - auto-avaliação negativa sobre si própria ou sobre as próprias capacidades, inabilidade de aceitar prazer e encorajamento em certas situações. Evidenciada por não conseguir tomar decisões, sentimento de culpa por não ter dado certo na vida e com o companheiro, recrimina-se por tudo, até pelos erros dos outros. Estressores intra e interpessoais.

Prescrição floral: Star of Bethlehem + Gentian + Elm + Pine + Cherry Plum + Red Chestnut.

Posologia: tomar 4 gotas sub-lingual, espera uns minutos antes de engolir, 4 vezes ao dia, em jejum +___+___+ antes de dormir. Os dois horários em branco deverão ser determinados pela cliente e ser respeitado os mesmos horários nas tomadas subseqüentes.

Segunda Consulta (02/09/2002) - No dia marcado. Diz que, da primeira consulta para hoje, está melhor, sente-se mais confiante e tolera mais as intercorrências de sua vida. *Antes desse tratamento, eu chorava por tudo, só tinha vontade de morrer. Agora, não, estou reagindo e resolvendo as coisas. Aos poucos, estou voltando para as atividades da Igreja e do grupo. Só tenho a agradecer a minha amiga por ter me indicado para esse tratamento.*

Escala BDI - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Apesar disso, quando pensa em sua vida, só vê derrotas. Por outro lado, tem prazer no que faz. Sente-se culpada a maioria das vezes e acha que está sendo punida por ter feito alguma coisa má. Está desapontada consigo mesma, mas não se sente pior que as outras pessoas. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Irrita-se menos e não perdeu o interesse pelas pessoas. Não consegue tomar decisão. Não se sente com pior aspecto que antes. Tem que se esforçar muito para fazer alguma coisa. Está dormindo como sempre dormiu, mas se cansa com qualquer esforço. O apetite não é tão bom como era antes. Perdeu mais de 250 gramas. Está fazendo regime. Preocupa-se tanto com a saúde que não consegue pensar em outra coisa. Perdeu completamente o interesse sexual.

Soma: 22 pontos; Depressão média.

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: aspecto bom, comunicativa, bem apresentada, boa expressão facial e verbal, confiante no tratamento.

Fadiga - Evidenciada por ter que se esforçar muito para fazer alguma coisa cansa-se com qualquer esforço, ter perdido completamente o interesse sexual.

Estressor intrapessoal.

Déficit nutricional - Evidenciado o apetite não estar tão bom como era antes.

Estressor intrapessoal.

Baixa auto-estima situacional - Evidenciada por “quando penso em minha vida só vejo derrotas”; senti-se culpada a maioria das vezes, pela sensação de

estar sendo punida por ter feito alguma coisa má, esta desapontada consigo mesma, não consegue tomar decisões. Estressores intrapessoal.

Meta a ser alcançada Segundo a Prescrição floral: o floral fará com que a cliente mesmo nas situações de grandes adversidades tenha confiança, pois terá forças para atravessar os períodos difíceis sem perder sua identidade.

Prescrição floral: mesma formula, acrescentando o Sweet chestnut.

Terceira consulta (03/10/2002) - No dia marcado. Está melhor, sente-se mais animada e mais paciente com o seu filho alcoólatra. Não tem mais medo quando ele chega alcoolizado. Está dormindo melhor. Mas, narra um fato novo: *No dia 7 de agosto, a moto atropelou minha nora e ela faleceu. Fiquei muito triste e preocupada com ele, pois ficou muito abalado e não é pra menos. Mas fiquei preocupada porque ele ficou dizendo que ela estava chamando por ele.*

Escala BDI - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se julga fracassada e tem prazer no que faz. Acha-se culpada à vezes e espera ser punida por alguma coisa. Não se sente desapontada, mas é crítica quanto à suas fraquezas e a os erros que cometeu. Não tem idéia de se matar. Costuma chorar; agora, mesmo que queira, não consegue. Irrita-se com coisas que antes não a irritavam, mas não perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida, trabalha e dorme como sempre e não se sente com pior aspecto que antes. Cansa-se com qualquer esforço. O apetite é o mesmo que antes. Não perdeu peso. Preocupa-se tanto com a saúde e não consegue deixar de pensar nisso. Perdeu completamente o interesse sexual.

Soma: 16 pontos; depressão leve.

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: Apesar da perda, apresenta-se mais disposta em relação aos encontros anteriores. Bom aspecto. Bem vestida, satisfeita com o tratamento e com as reuniões com a psicóloga.

Baixa auto-estima situacional - Evidenciada por senti-se culpada as vezes, sentimento de estar sendo punida por ter feito alguma coisa má, recrimina-se pelos erros que cometeu. Estressores intrapessoal.

Fadiga - Evidenciada por cansa-se com qualquer esforço, ter perdido completamente o interesse sexual. Estressor intrapessoal.

Déficit nutricional - Evidenciado pelo fato de o apetite não estar tão bom como antes. Estressor intra e extrapessoal.

Prescrição floral: Star of Bethelhem + Gentian + Elm + Pine + Cherry Plum + Red Chestnut.

Quarta consulta (10/11/2002) - No dia marcado. *Está ótima.* Voltou a exercer suas atividades da Igreja como também dos grupos de idosos. Sente-se com disposição para a vida. *Eu estou muito diferente do que era: estou alegre, estou me sentindo ótima. Os vizinhos estão admirados com a minha mudança e querem marcar uma consulta com a senhora. Acho, doutora Eliane, que depressão já era. Apesar de estar preocupada com uns telefonemas anônimos que minha neta está recebendo lhe ameaçando de seqüestro, não estou perdendo meu sono. Em épocas anteriores, isso seria o fim, estaria muito preocupada e muito mal. Não que não esteja preocupada; estou, mas me sinto equilibrada para poder ajudar.*

Escala BDI - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se julga fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Não se sente culpada de nada, nem acha que está sendo punida por alguma coisa. Não está desapontada consigo mesma, nem se sente pior que as outras pessoas. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Não se irrita mais que de costume, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida, trabalha e dorme como sempre. Não se sente com pior aspecto que antes. Não se cansa mais do que antes. O apetite está muito pior do que era antes. Perdeu mais de 250 gramas. Está fazendo dieta. Não se preocupa com a sua saúde mais do que o necessário. Não notou diferença quanto ao apetite sexual.

Soma: 2 pontos; estado normal.

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: Estado geral bom, bem-humorada, disposta e de bem com a vida.

Paciente estável.

Prescrição floral: Star of Bethlehem + Gentian + Elm + Pine + Cherry Plum + Red Chestnut .

Posologia: a mesma.

Quinta consulta - (02/12/2002) - No dia marcado. Aspecto geral bom, comunicativa, bem vestida, mais descontraída e muito bem-humorada. Diz que se sente bem, voltou a se alimentar melhor, está dormindo regularmente. Julga-se curada e acrescenta: *Os filhos dizem que sou outra mulher, mais alegre, coisa que nunca fui. Estou me sentindo muito bem. Dra. Eliane, só*

tenho a lhe agradecer e que todas as pessoas que vêm aqui se sintam tão bem como eu estou me sentindo.

Escala BDI - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se julga fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Não sente culpa alguma, nem Não acha que está sendo punida por alguma coisa. Não se sente desapontada, pior que as outras pessoas. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Não se irrita mais que de costume, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida, trabalha e dorme como sempre. Não se sente com pior aspecto que antes. Não se cansa mais do que antes. O apetite está igual ao que era antes. não perdeu peso apesar de estar fazendo dieta. Não se preocupa com a sua saúde mais do que o necessário. Não notou diferença quanto ao apetite sexual.

Soma: zero ponto; estado normal.

Paciente estável.

Prescrição floral e posologia: a mesma.

Após a Quinta consulta com alta da terapia floral cliente encaminhada para avaliação da geriatra quanto ao estado depressivo.

Parecer do médico:

Paciente apresentava quadro de depressão maior em final de julho de 2002, tendo sido encaminhada para tratamento com florais de Bach em 01 de agosto de 2002. No momento, retornando, apresenta bom estado geral, tranqüilidade, boa disposição, satisfação com a vida, mais força para resolver os problemas do dia-a-dia. Respondeu satisfatoriamente com o uso exclusivo dos florais de Bach.

Parecer da psicóloga:

A cliente anteriormente participava de grupo terapêutico, se ausentando do mesmo por questões financeiras e por falta de motivação. Após ter iniciado a terapia floral, retornou ao grupo por imposição da pesquisa por ser esse um dos critérios da mesma. Chegando ao grupo, apresenta-se e conta seus conflitos, pede ajuda e diz que sofre de depressão há muitos anos e, por isso, iniciou um tratamento e voltou ao grupo. Ao se colocar para o grupo, chora compulsivamente. Apresenta-se bastante depressiva, sentindo uma profunda tristeza por se julgar rejeitada pelo marido, fato que, segundo ela, tornou sua vida um pesadelo. Com a continuação da terapia grupal, a cliente foi

adquirindo confiança no grupo. No momento, está bem do estado depressivo, não tem chorado mais durante as reuniões do grupo, assim como relata os fatos com tranqüilidade e diz estar lidando melhor com as situações, sem qualquer sentimento de culpa.

Sra. Aspen

Sra. Aspen, encaminhada para a terapia floral no dia 06 de agosto de 2002, com os seguintes sintomas segundo o DSM IV: sentimento de tristeza e infelicidade a maior parte do tempo, desesperança em relação à vida, humor deprimido e irritável a maior parte do tempo, desinteresse e falta de prazer nas atividades que anteriormente gostava de fazer, sentimento de inferioridade, desgostosa com tudo, insônia diária ou perda do sono no meio da noite sem conseguir conciliá-lo, cansaço com qualquer esforço, apetite voraz, perda total do interesse sexual.

Sra. Aspen, 65 anos, casada, católica, alfabetizada, mãe de 15 filhos (10 vivos), cria 3 netos. Mora com um neto de 15 anos, que, segundo ela, “lhe dá muito trabalho”. Diz que, por isso, não gosta de morar com ele, que preferia estar sozinha. E acrescenta: *Mas, como ele não tem para onde ir, o jeito é ficar com ele. Ele é muito desobediente, vive na rua, não quer estudar, só pensa em vadiar e, ainda por cima, é malcriado, grita comigo. Já não sei o que fazer com ele.*

Não recebe visita. Sai de vez em quando para as reuniões do grupo de idosos. *É quando tenho sossego. O que seria de mim se não fosse essas reuniões. Na segunda-feira, tenho no Rangel; na terça-feira, aqui, no CRI; na quarta, no Ipê; e, na sexta, no Roger.*

Participa das atividades domésticas de casa, faz tudo quando pode. Preenche o tempo que sobra caminhando. Sente falta dos filhos, da casa sempre alegre, cheia. Queixa-se, também, da falta saúde - *A saúde é a maior riqueza na vida de uma pessoa.*

Gosta dos vizinhos, porém não freqüenta a casa deles nem quer que freqüentem a sua. Acha que essa é a melhor “filosofia de vida”. Leva a vida como Deus quer e consente e considera-se alegre. *Antes da depressão, eu não sabia o que era tristeza. Quando estou ficando triste ou deprimida, peço a Deus para ficar boa, que me devolva a alegria, pois a depressão é a pior coisa, doutora, acrescenta.*

Quando ninguém a “aperreia”, é calma e é preciso muito para lhe tirar do sério.

Sente muita tristeza em relação à vida em decorrência da sensação de abandono pelos filhos que não a visitam - *Entrego a Deus e faço de conta que não está acontecendo nada. A vida é uma grande luta e deve-se lutar até quando “Ele” permitir. A vida é como Deus quer e consente.* Lamenta a falta de saúde e atenção dos filhos.

De positivo na vida, considera o fato de ter criado os filhos com carinho. De negativo, o de ser, hoje, abandonada por eles.

Acha os turnos do dia bons. Não percebe piora da depressão em nenhum deles.

A espera, para ela, é irritante; por isso, diz que não faz ninguém esperar por ela. *Sou pontual nos meus compromissos*, afirma.

Nos momentos de depressão e tristeza, pede forças ao “bom” Deus para vencer os momentos difíceis.

Declara que a memória esta ruim.

Não dorme durante o dia, mas, ao assistir à televisão, cochila. Queixa -se de que não dorme bem. Acorda várias vezes e não consegue voltar a dormir. Tem insônia às vezes e geralmente é no meio da noite, quando a corda. Atribui isso às preocupações e pensamentos. Sempre sonha e lembra os sonhos.

O despertar e o levantar são bons, mas se sente sem disposição para enfrentar o dia. *Mas espreguiço e luto pela vida*, acrescenta. *Os dias são sempre iguais: nem bons, nem ruins; nem curtos, nem longos.*

Tem bom apetite quando está em casa; na rua, não come nada. Come sozinha; não precisa de ajuda para se alimentar.

A menarca ocorreu aos 13 anos. Não sentia nenhum desconforto durante o período menstrual; nem antes e nem após esse período. A menopausa ocorreu entre 49 e 50 anos, sem qualquer desconforto. Não quis falar da sua vida sexual.

Escala BDI - Está tão triste e infeliz que não agüenta mais. Não tem esperança quanto ao futuro e acha que nada mais vai melhorar na sua vida. Sente-se um total fracasso. Está infeliz e aborrecida com tudo. Não se sente culpada de nada, nem acha que está sendo punida por alguma coisa. Está desgostosa consigo mesma e recrimina-se por tudo de mal que acontece. Não pensa em se matar. Costumava chorar, mas, agora, mesmo que queira, não consegue.

Irrita-se com coisas que antes não se irritava. Não perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida. Acha que está feia e/ou desagradável. Tem que se esforçar muito para fazer alguma coisa. Acorda antes do que costumava acordar e não consegue mais voltar a dormir. Cansa-se com qualquer esforço. O apetite está igual ao que era antes. Ultimamente não perdeu peso. Está tão preocupada com a sua saúde que não consegue pensar em outra coisa. Perdeu completamente o interesse sexual.

Soma: 31 pontos; depressão severa.

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: Estado geral regular, queixosa, pouco confusa, irritada, chegando a ser agressiva em algumas colocações.

Distúrbio no relacionamento familiar - relação inadequada e inapropriada dos membros da família entre si. Evidenciada pela queixa da desobediência do neto, dos gritos dele com ela e da falta de respeito com que ele a trata. (inversão dos valores). Estressor extrapessoal.

Dificuldade para dormir - dificuldade para iniciar a diminuição da atividade corpórea. Evidenciada por não dormir bem, acorda varias vezes à noite e não consegui conciliar o sono (atribui isso a pensamentos e preocupações). Estressor interpessoal.

Solidão - sentimento de tristeza, melancolia devido à falta de companhia, simpatia e amizade. Evidenciada por sensação de abandono pelos filhos que não a visitam, por sentir-se infeliz e aborrecida com tudo. Estressor intra e interpessoal.

Desesperança - sentimento de limitação ou falta de possibilidade e significados na vida, sem habilidade para mobilizar energia, visão pessimista do futuro. Evidenciada por não ter qualquer esperança. Estressor intrapessoal.

Crença em valor - capacidade de reter ou abandonar ações, levando em conta opiniões de uma pessoa sobre o que está sendo castigada por não ter ouvido os conselhos de sua mãe sobre o pai dos seus filhos, por ter fugido com ele (desde então sua infelicidade começou). E por recriminar-se por tudo de mal que acontece. Estressor intrapessoal.

Fadiga - sensação de não estar descansada, falta de vigor com ou sem atividade, baixa da libido. Evidenciado por cansaço com qualquer esforço e desinteresse sexual. Estressor intrapessoal.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: A formula floral fará com que a cliente se harmonize mental e espiritualmente para que se

posicione como líder familiar, impondo respeito. Fará com que a cliente não se sinta solitária, mesmo estando só, pois o mais importante é estar bem consigo mesma e restabelecer sua auto-estima.

Prescrição floral: Gorse + Agrimony + Cherry Plum + Chicory.

Posologia: tomar 4 gotas sub-lingual, espera uns minutos antes de engolir, 4 vezes ao dia, em jejum + ___ + ___ + antes de dormir. Os dois horários em branco deverão ser determinados pela cliente e ser respeitado os mesmos horários nas tomadas subseqüentes.

Segunda consulta (10/09/2002) - Compareceu no dia marcado.

Escala BDI - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se julga fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Sente-se culpada às vezes e acha que está sendo punida por ter feito alguma coisa má. Está desgostosa consigo mesma e recrimina-se todo o tempo pelos erros que cometeu. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Não está mais irritada que de costume, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida. Não se sente com pior aspecto que antes. Tem que fazer mais esforço para começar alguma coisa. Não dorme tão bem como antes. Está sempre cansada. O apetite está igual ao que era antes. Ultimamente não tem perdido peso. Está tão preocupada com a sua saúde que não consegue deixar de pensar nisso. Perdeu completamente o interesse sexual.

Soma: 18 pontos; Depressão média.

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: Estado geral bom, descontraída, menos agressiva e mais segura de si. Está bem, dormindo melhor, e não se queixa do abandono dos filhos. Está se preocupando menos com as coisas às quais não pode dar jeito. Lamenta estar muito esquecida.

Fadiga - Evidenciado por cansaço com qualquer esforço e desinteresse sexual. Estressor intrapessoal.

Baixa auto-estima situacional - auto-avaliação negativa sobre si própria ou sobre as próprias capacidades, inabilidade de aceitar prazer e encorajamento em certas situações. Evidenciada por recriminar-se pelos erros do passado, desgosto consigo mesma, sentimento de culpa e de que está sendo castigada pelos erros do passado. Estressor intrapessoal.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: a mesma.

Prescrição floral: mesma formula acrescentando a essência Sweet Chestnut

Posologia: a mesma.

Terceira consulta (10/10/2002) - No dia marcado. Estado geral bom, ativa, bem-humorada. Tem passado a semana mais tranqüila, pois está falando mais sobre seus sentimentos e isso está tranqüilizando-a mais. *Antes o sofrimento era maior porque sofria calada e, agora, percebo que estou convivendo melhor com o distanciamento dos filhos.* Há noites em que dorme muito bem, mas ainda tem dificuldade para dormir. Diz estar mais tranqüila consigo. Queixa-se de cansaço e dores nas pernas. Está mais paciente com o neto. Às vezes, sente culpa por alguma coisa que fez e se questiona: *Onde errei? Criei tanta gente e hoje me sinto só. Fui pai e mãe, e os filhos não querem nem morar no meu bairro. Dra. Eliane, isso é muito triste.* Recrimina-se até hoje por ter fugido com o pai dos filhos dela, pois acha que foi aí que começou o seu sofrimento. Não consegue se perdoar por não ter ouvido os conselhos de sua mãe - *Imaginei viver no céu e foi um engano.*

Preocupa-se muito com sua saúde porque tem medo de adoecer e não ter ninguém para cuidar dela.

Não tem qualquer interesse sexual e justifica: *Quando eu era pequena, ouvia dizer que o homem tinha direito a sete mulheres, e a mulher, a três. Tive esses três e não fui feliz. Por isso hoje não quero saber de homem. Com o primeiro marido, vivi 14 anos, tive 8 filhos. Com o segundo, vivi 6 anos, tive 6 filhos. E, com o terceiro, vivi 12 anos, tive 3. Hoje, não conto com nenhum e não penso em sexo, - nem me lembro.*

Escala BDI - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se julga fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Sente-se sempre culpada. Não acha que está sendo punida por alguma coisa. Está desapontada consigo e recrimina-se todo o tempo pelos erros que cometeu. Não pensa em se matar. Não chora mais do que costumava fazer, nem está mais irritada que de costume. Não perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida e trabalha como sempre. Não se sente com pior aspecto que antes. Não dorme tão bem como antes. Está sempre cansada. O apetite é o mesmo. Ultimamente, não tem perdido peso. Esta tão preocupada com a saúde que não consegue pensar em outra coisa. Perdeu completamente o interesse sexual.

Soma: 16 pontos; Depressão média.

Solidão - Evidenciada por sensação de abandono pelos filhos que não a visitam, por sentir-se infeliz e aborrecida com tudo. Estressor Intra e interpessoal.

Fadiga - Evidenciado por cansasse com qualquer esforço e desinteresse sexual. Estressor intrapessoal.

Crença em valor - capacidade de reter ou abandonar ações, levando em conta opiniões de uma pessoa sobre o que é bom ou ruim. Evidenciado por sentimento de que está sendo castigada por não ter ouvido os conselhos de sua mãe sobre o pai dos seus filhos, por ter fugido com ele (desde então sua infelicidade começou). E por recriminar-se por tudo de mal que acontece. Estressor intrapessoal.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: estado estável.

Prescrição floral: manteve-se a mesma fórmula, substituindo cherry Plum por Willow.

Posologia: a mesma.

Quarta consulta (02/12/2002) - No dia marcado. Estado geral bom, bem arrumada, tranqüila, apesar de continuar lamentando o fato de não ser visitada pela família - *Estou levando como Deus quer.* Diz que a filha que mora em Cabedelo passou o sábado com ela, *mas os outros não aparecem nem ligam. Se eles querem assim, o que posso fazer. Eu, me aperreando, é pior para mim. Aí eu adoço, fico sem ninguém para fazer as coisas para mim. E assim estou fazendo de conta que não tem nada. Agora eu sei me proteger e estou vivendo bem. Eles são grandes, não dependem de mim. E, pensando assim, estou bem, doutora. Nunca tive problema com alimentação, estou dormindo bem. Acho que estou curada da depressão, pois o que eu sentia agora estou boa graças a Deus. Estou me cuidando mais, estou gostando mais de mim.*

Escala BDI - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se julga fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Não se culpa por coisa alguma, nem acha que está sendo punida por algum erro. Não se sente desapontada, nem pior que as outras pessoas. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Não está mais irritada que de costume, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida, trabalha e dorme como sempre. Não se sente com pior aspecto que antes. Está sempre cansada. O apetite é o mesmo de antes e, ultimamente, não tem perdido peso.

Preocupa-se com algumas dores e mal - estares. Está menos interessada em sexo do que de costume.

Soma: 5 pontos; estado normal.

Fadiga - evidenciado por estar sempre cansada, apesar de estar dormindo bem. Está menos interessada em sexo que de costume. Estressor intrapessoal.

Solidão - evidenciado por ter tido tanto filho e hoje não conta com nenhum. Estressor intrapessoal.

Metas a ser alcançada segundo a terapia floral: a mesma.

Prescrição floral e posologia: a mesma.

Quinta Consulta (06/01/2003) – No dia marcado. Estado geral bom, tranqüila, com aparência feliz. Está bem e diz que sua pressão nunca esteve tão boa, julga-se curada da depressão. Conta, com tranqüilidade, que os filhos não foram passar o ano novo com ela, com exceção de dois: um que reside em Cabedelo e o outro que mora com ela. Assegura que isso não a entristeceu. *Se eles não vieram é porque teve coisa melhor. De coração, Dra. Eliane, não fiquei triste, pois o que aprendi é que deve ficar comigo quem quer. Foi muito bom! À meia noite, o meu filho me abraçou e disse que eu não ficasse triste. Eu disse para ele que não estava, pois quem não veio é quem perdeu. Isso, em épocas atrás, eu não perdoaria, mas esse ano foi diferente. Estou feliz, rompi o ano com meus dois filhos que realmente quiseram romper o ano comigo. No dia seguinte, os outros foram lá para casa. Recebi todos muito bem.*

Escala BDI - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se julga fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Não se sente culpada nem acha que está sendo punida por alguma coisa. Não se sente desapontada, nem pior que as outras pessoas. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Não está mais irritada que de costume, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida, trabalhando e dormindo como sempre. Não se sente com pior aspecto que antes. Não se cansa mais do que antes. O apetite é o mesmo de antes e, ultimamente, não tem perdido peso. Preocupa-se com algumas dores e mal-estares. Não notou diferença quanto ao apetite sexual.

Soma: 1 ponto; estado normal.

Sensação de dor - resposta a estímulo de parte do corpo. Evidenciado por preocupação com algumas dores e mal-estares. Estressor intrapessoal.

Prescrição floral e posologia: a mesma.

Após a Quinta consulta com alta da terapia floral cliente encaminhada para avaliação da geriatra quanto ao estado depressivo.

Parecer do médico:

A cliente está reagindo melhor à indiferença dos filhos. Decidiu não mais se importar com esta situação, está cuidando de sua saúde e participando com mais entusiasmo dos grupos de terceira idade. Respondeu bem ao tratamento com os florais de Bach.

Parecer da psicóloga:

No início do grupo, a cliente se encontrava agressiva na maneira de falar, apresentando estado geral comprometido, depressiva, aparência descuidada. Emocionou-se ao falar dos seus problemas, colocando-se na defensiva. Demonstrou sentimento de abandono pelos filhos. No decorrer das sessões, apresenta-se menos agressiva, sabendo ouvir as companheiras e deixando-se ser ajudada. Percebemos um grande crescimento pessoal e emocional, inclusive cuidando de sua aparência física. Hoje, encontra-se bem, aspecto geral bom, sem depressão. Após o último encontro da pesquisa, a cliente não deu continuidade ao tratamento grupal, mas participa de grupo recreativo.

Sra. Mimulus

Sra. Mimulus, encaminhada para a terapia floral no dia 11 de agosto de 2002, com os seguintes sintomas, segundo o DSM IV: sentimento de tristeza a maior parte do tempo, desesperança em relação à vida, humor deprimido e irritável a maior parte do tempo, desinteresse pelas pessoas e falta de prazer nas atividades que anteriormente gostava de fazer, sentimento de culpa constante, desgosto com tudo, choro fácil, falta de iniciativa, insônia diária ou perda do sono no meio da noite sem conseguir conciliar o sono, cansaço constante, falta de apetite e perda de peso.

Sra. Mimulus, 75 anos, viúva, católica, mãe de três filhos, estudou até a 5ª série primária. Atualmente, reside com um filho separado e dois netos. Esse filho decidiu vir morar com ela devido à situação financeira difícil e por estar sozinho.

Recebe visita de amigos e parentes próximos. Nunca sai de casa a não ser para a Igreja e para resolver as coisas. É responsável pelas atividades domésticas. Faz tudo em casa. Sua manhã é preenchida com a luta diária do lar e à tarde assiste à televisão. Tem desejo de morar sozinha, pois se preocupa muito com o filho e com os netos. Acha que, se morasse só, essas preocupações não existiriam - *Como diz o ditado, o que os olhos não vêem o coração não sente. Pensei que, com essa minha idade, eu fosse viver melhor, mas, não: as preocupações estão maiores.* Sente muita falta do esposo porque, antes, a vida era muito alegre: ia à praia, passeava. Hoje, não faz nada disso.

Teve uma adolescência muito boa.

Gosta dos vizinhos mais próximos, mas dos outros, não. Não gosta de freqüentar assiduamente a casa de ninguém.

Sobre seu atual estado, afirma que, neste momento em que está conversando comigo se sente bem, mas se queixa de que, antes, estava muito mal. Seu humor é instável. Há momentos em que é péssimo. Então, explode com facilidade e sofre muito por isso. Acha seu temperamento bom - *É preciso que me contrariem muito para que saia do meu normal.*

Não sente nada pela vida e, em relação ao futuro, acha que não pode mudar nada. Gostaria de que os filhos tomassem um rumo na vida, ficassem independentes para que ela se sentisse em paz. Queixa-se de que, agora, é só tumulto - *Houve um período da vida em que fui feliz: na adolescência e no início da vida de casada.* A sua primeira crise depressiva ocorreu com o fim do casamento, tendo saído da depressão com o apoio do seu pai, pois ele a ajudou muito com as crianças. *Meu marido me deixou por outra, mas nunca deixou de dar assistência aos filhos. Nós nos separamos, mas a amizade ficou: compras, finais de semana com as crianças.* Houve separação de *corpus*, mas continuaram trabalhando juntos. Diz que foi muito sofrimento, pois ela nutria esperança de que ele voltasse para casa. *Vivo a vida na luta. Cuidando dos filhos, cuidando dos negócios, nunca viajo. Quando morre alguém, eu vou. Raramente saio para me divertir com os vizinhos. Isso é coisa rara. É só trabalho e preocupação. Tenho muita saudade de minha vida. O meu filho é bom, só que ele bebe e isso é o que me preocupa e me maltrata. Acho que, além das perdas, o alcoolismo do meu filho é a causa da minha depressão. A nora veio buscar ele duas vezes. Ela não gosta de mim.*

Quando o meu neto nasceu, eles vieram passar uns meses comigo, mas ele estava com a vida destruída. Ele bebe muito.

Encara a vida com resignação - *Tudo tem seu tempo traçado e planejado.*

O que lhe falta na vida é paz. Além disso, sente muita falta dos pais e de seu esposo, ou seja, ex-esposo: *Foi o único homem que amei na vida. Primeiro, ele me deixou por outra e, depois, Deus o levou.*

As grandes emoções positivas na vida ocorreram durante o tempo em que viveu com os pais: a infância e adolescência. *Os meus pais estão dentro de mim*, afirma. As emoções negativas estão associadas ao fato de ter perdido o marido para outra mulher.

Sente-se bem pela manhã e mal à noite, quando fica triste, desanimada e deprimida.

A espera para ela é horrível. Não tem paciência de esperar, fica irritada.

Nos momentos de depressão suporta com fé em Deus, pedindo força para enfrentá-los. *Agora, por exemplo, me sinto no fundo do poço. Se não fosse a fé em Deus, era melhor morrer.*

Diz que sua memória esta muito ruim, que esquece tudo.

Costuma dormir após o almoço e, quando assiste à televisão, também cochila. Não dorme bem, pois acorda várias vezes e não consegue conciliar o sono. Raramente fala durante o sono. Tem insônia com freqüência. Sempre sonha com os pais.

O despertar é bom, mas o levantar é muito difícil e pesado. Não tem disposição para enfrentar o dia, sente desânimo. Mas, depois que começa a fazer as coisas, fica mais fácil. Depois de meio dia, começa a desanimar de novo. Acha o dia muito longo.

Pouco apetite; come por necessidade, mas não precisa de ajuda para fazer isso.

A menarca ocorreu aos 14 anos e a menopausa aos 48. Sempre encarou esses períodos com naturalidade. Sua primeira relação sexual foi aos 28 anos, quando casou. Entende a sexualidade como uma obrigação da humanidade, uma necessidade para a vida. E é expressa com bom humor, felicidade e muita paz - *Sexualmente fui muito feliz. Sexualmente sou normal. O impulso sexual nunca perdi, apesar de ter me separado há 24 anos.* Sente falta de sexo porque foi muito feliz, teve um esposo que lhe proporcionou felicidade e

prazer durante quinze anos. Enfrenta essa carência pedindo a Deus força para resistir.

Escala BDI - Está triste o tempo todo e não consegue livrar-se desse sentimento. Acha que não tem mais nada de bom pela frente e só vê derrota em sua vida. Sente-se infeliz e aborrecida com tudo. Considera-se sempre culpada. Está desgostosa consigo mesma. É crítica com suas fraquezas e erros que comete. Chora mais do que costumava chorar. Acha que está mudando e ficando desagradável. Acorda 2 a 3 horas mais cedo e não consegue mais dormir. Está sempre cansada. Não tem apetite e perdeu mais de 7 quilos. Não está fazendo dieta. Está tão preocupada com sua saúde que não consegue pensar em outra coisa. Não notou diferença no apetite sexual.

Soma: 31 pontos; depressão severa.

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: Aparência boa, participativa, porém com semblante triste, ansiosa e bastante preocupada com seu estado de saúde.

Interação social limitada - participação insuficiente em quantidade e qualidade nas trocas sociais. Evidenciada por não ter lazer e só sair para a igreja e para resolver as coisas. Não encontra tempo para o lazer. Estressor intra e interpessoal.

Distúrbio no relacionamento familiar - relação inadequada e inapropriada dos membros da família entre si evidenciado por saudosismo interferindo no hoje, pelo alcoolismo do filho, causando desajuste familiar. Estressor interpessoal.

Desesperança - sentimento de limitação ou falta de possibilidade e significados na vida, sem habilidade para mobilizar e pessimista em relação ao futuro. Estressor intrapessoal.

Depressão - sentimento de severa tristeza, baixo humor e letargia. Evidenciado por “sentir se no fundo do poço”. Estressor intrapessoal.

Memória - capacidade mental pelas quais as sensações e impressões e idéias são armazenadas e recordadas. Evidenciadas por esquecimento constante. Estressor intrapessoal.

Dificuldade para dormir - dificuldade para iniciar a diminuição da atividade corporal. Evidenciada por preocupação com o filho. Estressor intra e interpessoal.

Fadiga - cansaço, sonolência, bocejamento freqüente, desatenção, sensação de não estar descansada, falta de vigor com ou sem atividade. Evidenciado por indisposição para enfrentar o dia. Estressor intrapessoal.

Falta de apetite - desejo diminuído por alimentos. Evidenciado por comer por obrigação. Estressor intrapessoal

Prescrição floral: Honeysuckle + Star of Bethlehem + Oak + Pine + Vervain + Gorse.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: A fórmula floral fará com que a cliente viva o presente com intensidade, não permitindo que as lembranças do passado interfiram no presente. Será aliviada das contrariedades do dia-a-dia, restabelecendo o seu bem-estar. Livra-se-á do sentimento de culpa, discernindo o que é sua culpa e deixando de se culpar por tudo de mal que acontece. Dessa forma, terá confiança em dias melhores e será restabelecido o seu estado mental e espiritual. Conseqüentemente, haverá um equilíbrio de suas funções fisiológicas.

Posologia: tomar 4 gotas sub-lingual, espera uns minutos antes de engolir, 4 vezes ao dia, em jejum +___+___+ antes de dormir. Os dois horários em branco deverão ser determinados pela cliente e ser respeitado os mesmos horários nas tomadas subseqüentes.

Segunda Consulta (10/09/2002) - No dia marcado. Mais disposta e menos ansiosa. Sente-se um pouco melhor, porém as contrariedades permanecem. O filho continua a beber e isso a deixa preocupada e contrariada. Na noite passada não dormiu esperando-o chegar. Além disso, teve um aborrecimento com a neta de 15 anos. A garota mora com ela e, como é muito estudiosa, ela (a avó) lhe faz todos os gostos. Ultimamente, a menina só vive com o namorado; não quer ter responsabilidade com os estudos e com a casa. *Então falei com ela, coloquei algumas coisas e ela pela primeira vez me respondeu. Coloquei algumas regras, não sei o que vai dá. Apesar de tudo isso que lhe falei, estou me sentindo mais forte e mais controlada, porque antes eu chorava por tudo, qualquer coisa que via na TV. Com esses últimos ocorridos, eu me controlei e me posicionei, não sei como seria a minha atitude se não estivesse fazendo esse tratamento. Hoje me sinto mais segura e mais confiante comigo mesma, apesar dos problemas.*

Escala BDI - Está tão triste e infeliz que não agüenta mais. Não tem esperança quanto ao futuro e acha que nada vai melhorar na sua vida. Quando pensa em

sua vida, só vê derrota. Está infeliz e aborrecida com tudo. Sente que está sendo punida por ter feito alguma coisa má. Está desapontada consigo mesma e recrimina-se por tudo de mal que acontece. Não tem idéia de se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Aborrece-se ou irrita-se mais facilmente do que de costumava fazer. Está menos interessada pelas pessoas que antes. Continua decidida e trabalhando como sempre. Sente que está mudando e ficando uma pessoa desagradável. Não dorme tão bem como antes. Está sempre cansada. Não tem apetite. Perdeu mais de 5 quilos. Está comendo menos e tão preocupada com sua saúde que não consegue pensar em outra coisa. Não notou diferença quanto ao apetite sexual.

Soma: 27 pontos; depressão severa.

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: Paciente bem vestida, olhar quebrado, tensa, preocupada e bastante ansiosa.

Desesperança - sentimento de limitação ou falta de possibilidade e significados na vida, sem habilidade para mobilizar e pessimista em relação ao futuro. Estressor intrapessoal.

Tristeza - sentimento de baixo espírito, melancolia e falta de energia. Evidenciado pelo fato da neta ter lhe respondido pela primeira vez. Estressor intra e interpessoal.

Culpa - sentimento de ter feito alguma coisa má. Evidenciada por ter feito alguma coisa errada no passado. Estressor intrapessoal.

Depressão - sentimento de severa tristeza, baixo humor e letargia. Evidenciado por “sentir se no fundo do poço”. Estressor intrapessoal.

Baixa auto-estima situacional - auto-avaliação negativa sobre si própria ou sobre as próprias capacidades, inabilidade de aceitar prazer e encorajamento em certas situações. Evidenciado por se sentir feia. Estressor intrapessoal.

Dificuldade para dormir - dificuldade para iniciar a diminuição da atividade corporal. Evidenciada por preocupação com o filho. Estressor intra e extrapessoal.

Falta de apetite - desejo diminuído por alimentos. Evidenciado por comer por obrigação. Estressor intrapessoal

Prescrição floral: Rescue Remedy + Oak + Gorse + Vervain + Scleranthus

Posologia: a mesma.

Meta a ser alcançada segundo Prescrição floral: a formula fará com que a mente fique mais tranqüila a fim de pesar os problemas conforme a real dimensão e para pensar com mais clareza, de forma racional e metódica. Desse modo a personalidade volta a adquirir confiança em si mesma, avaliando as preocupações tornando-as mais suportáveis. Embora não as faça desaparecer, elas serão trabalhadas em um nível consciente, devolvendo-lhe a harmonia do corpo físico.

Terceira consulta (10/10/2002) - No dia marcado. Estado geral bom, disposta e bem-humorada. Até riu durante a consulta. Sem queixa no momento. Afirma que está bem melhor em relação às últimas consultas, mas que ainda não se sente curada. Está chorando menos. Só se preocupa mais quando o filho bebe. Garante que está se esforçando para sair da depressão. Ainda se sente desanimada e sem disposição para sair de casa, mas esta saindo, esforçando-se para se arrumar. Não está se entregando como das outras vezes em que “ficou largada”. Dessa vez, está reagindo e acha que são os florais que estão lhe dando essa coragem. Não está dormindo bem, principalmente quando o filho não tem chegado, pois sabe que ele está bebendo. Mesmo assim, diz que a pressão nunca esteve tão bem (150 x 90mmhg).

Escala BDI – Sente-se triste e desencorajada em relação ao futuro. Acha que fracassou mais do que as outras pessoas. Não tem prazer em nada. Sente-se culpada às vezes e julga que está sendo punida por ter feito alguma coisa má. Está desapontada consigo mesma. É muito crítica quanto a suas fraquezas e aos erros que cometeu. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava. Irrita-se com coisa que antes não a irritavam. Não perdeu o interesse nas pessoas. Continua decidida como sempre. Não se sente com pior aspecto que antes. Tem que se esforçar mais para começar a fazer alguma coisa. Não dorme tão bem como antes. Está sempre cansada. Não tem apetite e perdeu mais de 250 gramas. Está tentando perder peso, tão preocupado com sua saúde que não consegue pensar em outra coisa. Não notou diferença quanto ao apetite sexual.

Soma: 25 pontos; depressão severa

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: Estado geral bom, com boa disposição, bem-humorada, sem queixa.

Tristeza - Evidenciado pelo ressentimento com a neta Estressor intra e interpessoal.

Culpa - sentimento de ter feito alguma coisa má. Evidenciada sentir-se culpada as vezes, sentir que está sendo punida por ter feito alguma coisa má. Estressor intrapessoal.

Baixa auto-estima situacional - Evidenciado por se sentir desencorajada em relação ao futuro, sentir que fracassou mais que as outras pessoas, não ter prazer em nada, estar desapontada consigo, ser muito critica com suas fraquezas e com os erros cometidos, irrita-se com qualquer coisa. Estressor intrapessoal.

Falta de apetite - Evidenciado por não ter apetite e ter perdido mais de 250 gramas. Estressor intrapessoal.

Fadiga - Evidenciado por ter que fazer mais esforço para começar alguma coisa. Estressor intrapessoal.

Prescrição floral: Rescue Remedy + Gorse + Pine + Hornbeam + White Chestnut.

Posologia: a mesma.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: a mesma.

Quarta consulta (07/11/2002) - No dia marcado. Estado geral bom, feição descontraída e bem-humorada. Seu estado de saúde está bom. Está com a pele bonita e diz que até as vizinhas comentaram sobre sua pele. *Dra. Eliane, o meu filho continua bebendo, mas não estou mais perdendo o sono por conta disso. Ele é adulto e sabe o que faz. Até o mês passado, me angustiava e perdia o sono. Isso passou. Me preocupo, sim, mas não me descontrolo, entrego a Deus. Graças a Deus e a Você que veio para cá trazendo essa maravilha, eu me sinto outra. Atualmente, estou sentindo que tenho mais condições de ajudá-lo, pois estou mais tranqüila e, quando ele chega, não saio mais do quarto para discutir com ele, deixo para falar no dia seguinte. Ele prometeu que não vai mais beber, mas não tem força de vontade. Gostaria tanto que ele viesse se tratar com a senhora, ele disse que vem, vamos ver. Continuo me preocupando com ele, mas não posso me acabar. Hoje vejo as coisas com mais clareza, mais segurança para poder ajudá-lo e não me desespero. Não choro como vinha chorando.*

Escala BDI - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Mesmo assim, quando pensa em sua vida, só vê derrotas. Tem prazer nas coisas que faz e não se sente culpada de nada, nem acha que está sendo punida por alguma coisa. Está desapontada consigo mesma e recrimina-se

por tudo de mal que acontece. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazê-lo. Não está mais irritada que de costume, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida como sempre. Está preocupada como fato de parecer velha e desajeitada. Trabalha como sempre trabalhou, mas não dorme tão bem como antes. Cansa-se mais facilmente. O apetite é o mesmo de antes. Perdeu mais de 250 gramas. Está fazendo dieta. Não se preocupa com sua saúde mais do que o necessário. Não notou diferença quanto ao apetite sexual.

Soma: 10 pontos; depressão leve.

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: Estado geral bom, sorridente, feições tranqüilas, fala com tranqüilidade sobre o alcoolismo do filho e não mais angustiada. Solicita que eu o atenda e me coloco a sua disposição.

Baixa auto-estima situacional - Evidenciado por quando pensa em sua vida, só vê derrotas, está desapontada consigo mesma, recrimina-se por tudo de mal que acontece, está preocupada pelo fato de estar parecendo velha e desajeitada. Estressor intrapessoal.

Dificuldade para dormir - Evidenciada por não dorme tão bem como antes (só durmo quando os quatro estão em casa). Estressor intra e extrapessoal.

Prescrição floral: manteve-se a mesma formula suspendendo o Hornbeam.

Posologia: a mesma.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: a mesma

Quinta Consulta (10/12/2002) - No dia marcado. Estado geral bom, feições tranqüilas. Continua a preocupar-se com a bebida do filho, mas diz que não de forma a impossibilitar-lhe a vida. No momento, o que a está aborrecendo é a sua filha adotiva. Essa está falando em recorrer à justiça para pedir a pensão do pai - *Ela não quer trabalhar; só pensa em farrar*. Arrependo-me de não tê-la incluído no inventário. Assim, ela estaria de fora.

Escala BDI – Sente-se triste, mas não desencorajada em relação ao futuro. Não se julga fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Não se sente culpada de nada, nem acha que está sendo punida por alguma coisa. Está desgostosa consigo mesma, mas não se sente com pior aspecto que antes. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazê-lo. Não está mais irritada que de costume, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida, trabalhando e dormindo como sempre. Não se sente com

pior aspecto que antes. Não se cansa mais do que antes. O apetite é o mesmo e, ultimamente, não tem perdido peso. Não se preocupa com sua saúde mais do que o necessário. Está menos interessada em sexo do que de costume.

Soma: 4 pontos; estado normal.

Tristeza - Evidenciado por fato de a neta ter lhe respondido. Estressor intrapessoal

Prescrição floral: Gorse + Pine + White Chestnut + Sweet Chestnut + Hornbeam.

Posologia: a mesma.

Após a Quinta consulta com alta da terapia floral cliente encaminhada para avaliação da geriatra quanto ao estado depressivo.

Parecer do médico :

A cliente, em agosto de 2002, procurou este serviço com quadro depressivo severo ocasionado por problema com o filho alcoólatra. Iniciou tratamento com florais de Bach, sendo acompanhada periodicamente. Hoje compareceu a este serviço, apresentando melhora importante do referido quadro, inclusive mais disposta para enfrentar o problema de alcoolismo do filho.

Parecer da psicóloga:

Compareceu ao grupo terapêutico após iniciar a terapia floral. Ao colocar-se para o grupo, emociona-se, ficando difícil falar. Estado geral decaído, humor depressivo, desesperança em relação à vida, choro fácil. Com a continuação das reuniões do grupo e com os florais, ela consegue se colocar, permitindo que o grupo a ajude. Houve, então, um grande crescimento pessoal. Confessou o quanto a terapia floral e o grupo contribuíram para a sua mudança. Apesar das dificuldades existenciais, a cliente não está se deixando abater-se. No momento, apresenta-se sem depressão.

Sra. Sweet Chestnut

Sra. Sweet Chestnut, encaminhada para a terapia floral no dia 10 de setembro de 2002, com os seguintes sintomas, segundo o DSM IV: sentimento de tristeza e infelicidade a maior parte do tempo, desesperança em relação à vida, humor deprimido e irritável a maior parte do tempo, desinteresse pelas pessoas e falta de prazer nas atividades que anteriormente gostava de fazer,

sensação de que está sendo punida por ter feito alguma coisa errada, desgosto com tudo, choro fácil, insônia diária ou perda do sono no meio da noite sem conseguir conciliá-lo.

Sra. Sweet Chestnut, 75 anos, viúva, católica, estudou até a primeira série do Ensino Fundamental. É mãe de 10 filhos. Não reside só: mora com uma filha e dois netos. Sempre recebe visitas dos amigos e filhos. Uma de suas filhas mora na Holanda e sempre vem visitá-la. Quando isso ocorre, sempre traz alguém e a casa fica cheia. Frequentemente, sai de casa e também organiza romarias. Participa das atividades domésticas, fazendo tudo quando pode. Preenche seu tempo organizando encontros e faz trabalhos manuais.

Gostaria de morar só. Queixa-se de que a filha e os netos não lhe dão a devida atenção. Sente muita falta da filha que mora fora do Brasil, pois essa era sua companhia. Como também sente falta de uma pessoa para conversar, uma companhia. Gosta muito dos seus vizinhos. No momento, está muito desgostosa por causa da filha alcoólatra com quem mora. Julga-a totalmente irresponsável e "sem juízo". *Essa tem dois filhos: um rapaz de 19 e uma moça de 20 anos que moram comigo. Atualmente ela namora um vagabundo que também não quer nada com a vida e, além do mais, é ladrão. Então, doutora, como posso ter tranquilidade com essas coisas na minha cabeça? Qualquer um adoeceria, não acha? [Por isso] atualmente, o meu estado de humor está péssimo. Estou desagradável, não me sinto bem, não sei falar com o povo, estou impaciente, não estou conseguindo fazer o que fazia antes, pois estou impaciente e, por conta disso, não estou mais organizando nada porque não sei mais trabalhar com o público. As pessoas ficam cobrando de mim e eu não sei o que dizer. O meu temperamento é calmo.*

Gosta da vida apesar de todo sofrimento. *O que eu queria mesmo era uma casa para morar sozinha, ter sossego, acrescenta.*

Sobre a vida, diz que pensa em ser feliz, ter tranquilidade, terminar a velhice com saúde. Vive a vida trabalhando nos grupos da terceira idade. Encara-a como Deus quer. Materialmente, tem tudo; mas, afetivamente, falta-lhe tudo.

Não falou sobre emoções positivas, mas, dentre as negativas, destacou o abandono do marido.

Sente-se bem durante o dia inteiro. Mas, quando deprimida, diz que não há momentos bons.

Não gosta de esperar, fica impaciente, irritada.

Em seus momentos de depressão, pede a Deus calma e confiança.

A memória está regular

Tem o hábito de dormir durante o dia, sempre após o almoço. Mesmo assim, cochila quando assiste à televisão. Não dorme bem, mas, quando dorme, o sono é tranquilo. Sempre tem insônia e atribui isso a preocupações e pensamentos. Não costuma sonhar e, quando sonha, não lembra.

O despertar, à vezes, é bom, mas há dias em que acorda de mau-humor. Atualmente tem despertado muito irritada. O levantar é muito pesado, mas tem disposição para enfrentar o dia. Acha o dia bom.

Não tem apetite, nem se alimenta bem. Come sozinha, não precisa de ajuda.

A menarca ocorreu aos 10 anos, nunca teve desconforto durante o período. Casou-se aos 11 anos de idade. Para ela, a sexualidade é uma coisa bonita quando se sabe usar e diz ter sido muito bem sexualmente (*Atualmente sou muito parada. Depois da histerectomia, fiquei sem vontade de nada.*). Não sente falta de sexo e atribui esse desinteresse à histerectomia.

Toma Captomed 25mg 1 comp. ao dia.

Escala BDI – Sente-se triste e sem esperança quanto ao futuro, pois acha que nada mais vai melhorar na sua vida. Quando pensa na própria vida, só vê derrotas. Está infeliz e aborrecida com tudo. Não se sente culpada de nada, mas acha que está sendo punida por ter feito algo errado. Está desgostosa consigo mesma e recrimina-se por tudo de mal que acontece. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazê-lo. Aborrece-se ou irrita-se mais facilmente do que costumava fazê-lo. Perdeu o interesse pelas pessoas. Tem mais dificuldade que anteriormente para tomar decisões. Sente que está mudando e ficando uma pessoa desagradável. Trabalha como sempre, mas não dorme tão bem como antes. Cansa-se com qualquer esforço. Não tem apetite e perdeu mais de 250 gramas. Não está fazendo dieta. Preocupa-se com algumas dores e mal-estares. Perdeu completamente o interesse sexual.

Soma: 34 pontos; depressão severa.

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: Aparência boa, bem cuidada, ativa, semblante triste, fala mansa, quase inaudível.

Solidão - sentimento de tristeza melancolia, devido à falta de companhia, simpatia e amizade. Evidenciado por morar com a filha e netos e não ter atenção deles, sentir falta de uma pessoa para conversar. Estressor intra e interpessoal.

Baixa auto-estima situacional - auto-avaliação negativa sobre si própria ou sobre as próprias capacidades, inabilidade para aceitar prazer e encorajamento em certas situações. Evidenciado por estar muito desgostosa, sentir-se desagradável, não estar conseguindo fazer o que fazia, não conseguiu mais trabalhar com o público. Afetivamente, falta-lhe tudo, não tem esperança quanto ao futuro, só vê derrota em sua vida, recrimina-se por tudo de mal que acontece. Sentimento de que está sendo punida, não toma decisões. Estressor intrapessoal.

Sono intermitente - sono descontinuo dentro de um período de sono noturno normal esperado, freqüente desperta durante o sono. Evidenciado por não dormir bem, sempre ter insônia e atribui isso a preocupação e pensamentos. Estressor intrapessoal.

Déficit nutricional - ingestão menor do que as necessidades corporais. Evidenciado por não se alimentar bem. Estressor intrapessoal.

Tristeza - sentimento de baixo espírito, melancolia e falta de energia. Evidenciado por humor pessimista, infeliz e aborrecida com tudo. Estressor intrapessoal.

Fadiga - cansaço, sonolência, bocejamento freqüente, desatenção, sensação de não estar bem descansada, falta de vigor com ou sem atividade. Evidenciado por cansar-se com qualquer esforço. Estressor intrapessoal.

Prescrição floral: Gorse + Olive + Clematis + Impatiens + Water Violet.

Metas a ser alcançada segundo a Prescrição floral: a formula fará com que a cliente viva plenamente o presente e participe da vida em toda a sua plenitude, com confiança em dias melhores, aprendendo com as experiências dolorosas e sabendo que cada coisa acontece no tempo certo, tendo paciência e tolerância para suportar as adversidades da vida. Devolverá paz de espírito.

Posologia: tomar 4 gotas sub-lingual, espera uns minutos antes de engolir, 4 vezes ao dia, em jejum + ___+___+ antes de dormir. Os dois horários

em branco deverão ser determinados pela cliente e ser respeitado os mesmos horários nas tomadas subseqüentes.

Segunda consulta (15/10/2002) - No dia marcado. Aparência boa, tranqüila, bem arrumada. Voltou a organizar os passeios e está muito feliz, embora as preocupações continuem. *O meu filho deixou a mulher e esta lá em casa de mala e cuia isso me contrariou muito, mas o que posso fazer? Ele está numa depressão muito grande. Vou trazer ele para a senhora receitar, posso?. Minha filha foi morar com o malandro dela. Essas coisas estão acontecendo, mas estou calma. Estou colocando as coisas, estou tomando as rédeas de minha casa. Estou dormindo bem, acho que estou ótima.*

Escala BDI - Não se sente triste nem desencorajada em relação ao futuro. Acha que fracassou mais que as outras pessoas, mas tem prazer nas coisas que faz. Sente-se culpada à vezes e julga que está sendo punida por ter feito alguma coisa má. Está desgostosa consigo mesma e recrimina-se por tudo de mal que acontece. Não pensa em se matar. Costumava chorar mais; agora, mesmo que queira, não consegue. Não está mais irritada que de costume, mas está menos interessada nas pessoas que antes. Sente que está mudando e ficando uma pessoa desagradável. Continua decidida como sempre, mas tem que se esforçar muito para fazer alguma coisa. Acorda 2 a 3 horas antes e demora para voltar a dormir. Está sempre cansada. O apetite não é tão bom como era antes, mas, ultimamente, não tem perdido peso. Preocupa-se com algumas dores e mal-estar. Perdeu completamente o interesse sexual.

Soma: 30 pontos; depressão severa.

Baixa auto-estima situacional - auto-avaliação negativa sobre si própria ou sobre as próprias capacidades, inabilidade para aceitar prazer e encorajamento em certas situações. Evidenciado por estar muito desgostosa, sentir-se desagradável, não estar conseguindo fazer o que fazia, não conseguiu mais trabalhar com o público. Afetivamente, falta-lhe tudo, não tem esperança quanto ao futuro, só vê derrota em sua vida, recrimina-se por tudo de mal que acontece. Sentimento de que está sendo punida, não toma decisões. Estressor intrapessoal.

Fadiga - cansaço, sonolência, bocejamento freqüente, desatenção, sensação de não estar bem descansada, falta de vigor com ou sem atividade. Evidenciado por cansar-se com qualquer esforço. Estressor intrapessoal.

Déficit nutricional - ingestão menor do que as necessidades corporais. Evidenciado por não se alimentar bem. Estressor intrapessoal.

Sono intermitente - sono descontinuo dentro de um período de sono noturno normal, esperado, freqüente despertar durante o sono. Evidenciado por não dormir bem, sempre ter insônia e atribui isso a preocupações e pensamentos. Estressor intrapessoal.

Distúrbio no relacionamento familiar - relação inadequada e inapropriada aos membros da família entre si. Evidenciada por “meu filho deixou a mulher e veio para a minha casa de ‘mala e cuia’. Isso me contraria muito. A filha foi morar com o malandro”.

Prescrição de Enfermagem: Gorse + Elm + Pine + Clematia + SweetChestnut + Impatiens.

Metas a ser alcançada segundo a Prescrição floral: a mesma
Terceira consulta (13/11/2002) – No dia marcado. Teve uma irritação no esôfago e bastante flatulência. Atribuiu aos florais e suspendeu o tratamento por uns dias. Após a melhora, voltou a tomar. Diz que agora está se sentindo bem e quer continuar na pesquisa, pois está se sentindo muito bem com os florais. *Os problemas continuam mais estou mais tranqüila. Conversei com minha filha e disse que não admitia que o namorado dela viesse aqui para casa. Ela que fosse para casa dele. Ela ouviu calada, nunca que iria falar isso para ela.*

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: Estado geral bom, com aparência boa, mais determinada, falando com mais segurança.

Escala BDI – Sente-se triste, mas não desencorajada em relação ao futuro. Não se julga fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Sente-se culpada às vezes, mas não acha que está sendo punida por alguma coisa. Está desgostosa consigo mesma e recrimina-se todo o tempo pelos erros que cometeu. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazê-lo. Não está mais irritada que de costume, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida, trabalhando e dormindo como sempre. Não se sente com pior aspecto que antes. Tem que fazer mais esforço para começar alguma coisa. Cansa-se mais facilmente que antes. O apetite não é tão bom como anteriormente e, ultimamente, não tem perdido peso. Preocupa-se com algumas dores e mal-estares. Perdeu completamente o interesse sexual.

Soma: 13 pontos; depressão leve.

Baixa auto-estima situacional - Evidenciado por sentir-se culpada às vezes, estar desgostosa consigo mesma, recrimina-se todo o tempo pelos erros cometidos. Estressor intrapessoal.

Fadiga - Evidenciado por cansar-se com qualquer esforço. Estressor intrapessoal.

Prescrição floral: a mesma com acréscimo do floral Impatiens.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: O floral atuará sobre o esgotamento físico e mental, fazendo com que o sentimento de incapacidade desapareça e levando o indivíduo a seguir em frente, firme em seus propósitos. Dissolverá o sentimento de incapacidade que, muitas vezes, por se estar envolvido na situação, impede de discernir os próprios erros e dos erros dos outros.

Posologia: a mesma

Não compareceu à quarta consulta. A cliente foi para a Holanda com sua filha.

Sra. Holly

Sra. Holly, encaminhada para a terapia floral no dia 23 de setembro de 2002, com os seguintes sintomas, segundo o DSM IV: humor depressivo a maior parte do tempo, tristeza profunda, desesperança em relação à vida e ao futuro, pensamento negativista, infeliz e aborrecida com tudo, espírito derrotista, ódio por si mesma e auto-recriminação por tudo, humor irritável a maior parte do tempo, desinteresse e falta de ânimo em relação ao que antes gostava de fazer, sentimento de culpa a maior parte do tempo, insônia diária ou perda do sono no meio da noite sem conseguir conciliá-lo, perda total do interesse sexual.

Sra. Holly, 60 anos, viúva, católica, estudou até a 5ª série primária. É mãe de 9 filhos, avó de 2 netos. Mora com dois filhos solteiros, uma filha e dois netos – um de 1 ano e seis meses e outro recém-nascido. Não gosta de morar com essa filha, mas as circunstâncias a obrigam. Diz que gosta da filha, mas queixa-se das interferências em sua vida. *Gostaria muito que ela fosse para o cantinho dela para que eu pudesse ter sossego.* Não recebe visitas. Raramente sai de casa. Pertence a um grupo da terceira idade, porém nunca mais frequentou as reuniões. Justifica afirmando que está sem ânimo, apesar de sentir-se infeliz. *Mas atualmente é só tristeza, alega.*

A vida para ela não tem mais sentido, não vê motivação em nada. Não participa das atividades domésticas, pois não tem disposição, vive mais deitada. Atualmente, não gosta de fazer coisa alguma. Antes da depressão, preenchia o tempo no grupo da terceira idade e se sentia bem, não pensava nos problemas de casa. Entretanto, quando voltava para casa, ficava infeliz porque seus filhos não lhes dão atenção. *Não me maltratam, mas não falam comigo. No meu aniversário, ninguém lembrou. Procuo cativar as pessoas e não recebo nada em troca.* Apesar de morar com membros da família, sente uma profunda solidão. *Estou acompanhada e me sinto só. Então, é melhor morar sozinha porque não aborreço ninguém e ninguém me aborrece,* completa. Sente muita falta de uma companhia para conversar, andar. *Quando meu marido morreu, ficou um vazio muito grande. Me sinto deprimida desde a morte dele, 2 anos e seis meses. De lá para cá, não tive mais saúde. Quando ele era vivo, a vida era outra. Sinto muita falta dele, da companhia dele. Fui muito feliz. Sinto falta da minha saúde.* Gosta dos vizinhos, dá-se bem com todos, mas não frequenta a casa de ninguém.

No momento, sente-se muito deprimida, com vontade de morrer. Reza muito, mas há dias em que tem vontade de sair e não voltar mais. E diz: *Minha vida mudou muito, choro muito, não consigo me controlar.* Antes, era alegre. *Fui muito feliz, gostava de rir, conversar. Hoje, sou triste, infeliz, depressiva. Era tranqüila, mas agora estou muito alterada, revoltada, irritada. Tenho muita vontade de voltar a ser como antes: uma pessoa tranqüila, cooperativa com todos. Hoje me sinto agressiva.*

Julga que sua vida é muito importante, porém sente-se fracassada. Resta-lhe apenas uma esperança: que melhore no futuro. Sua maior preocupação é de viver doente. Acha que, sem saúde, a razão e o sentido da vida acabam. Diz que está sem dormir, sem ânimo para nada, sem disposição alguma. E acrescenta: *Minha vida está muito mudada. Fora de casa, eu me mostro feliz, mas, dentro de mim, sou uma fracassada. É como uma fruta: por fora, bonita; por dentro; podre. Tenho vontade de viver, mas viver feliz.*

Sente desejo de melhorar, de sair da depressão. Apesar de tanta tristeza, tem perspectiva: *Sonho muito com o futuro, como pagar o INSS. É o meu maior sonho. Encaro a vida como ela é.*

Acha que lhe falta compreensão, mais atenção da família, mais carinho, que a apoiem com mais delicadeza e não se afastem dela como seus filhos.

Fui uma boa mãe, mas hoje é só decepção. Não sei se é por causa da idade. Meu filho do Rio não liga, não me dá notícia. E eu me pergunto: por que isso se fui uma boa mãe?

Dentre as emoções positivas, destaca os momentos em que viveu junto com o esposo, diz terem sido os mais felizes. *Ao lado dele, eu era feliz. Não é pelo sexo, é a companhia. Acho que minha vida melhoraria muito se eu encontrasse uma pessoa que me fizesse companhia.* Quanto às emoções negativas, enfatiza o fato de seu primeiro esposo ter-lhe deixado com 6 filhos. Diz que sofreu durante 12 anos para criar os meninos. Conheceu, então, o seu segundo marido. Ele a ajudou muito e foram muito felizes. Conseqüentemente, a morte dele significou uma grande perda. *Foi muito duro, pois foi quase que de repente. Ele era diabético. Teve um enfarte fulminante.*

O melhor momento do dia, para ela, é ao amanhecer; o pior é noite. Suporta a espera com muita irritação. Não gosta de esperar, acha péssimo.

Os momentos de depressão encaro com dificuldade. Diz que é o jeito: *É muito ruim, é bastante difícil, sinto vontade de me isolar, chorar.*

A memória está ruim.

Não tem hábito de dormir durante o dia. Quando está assistindo à TV, cochila de vez em quando. Não dorme bem. Não fala durante o sono. Acorda várias vezes e não consegue voltar a dormir. Sempre tem insônia, e atribui esse fato à preocupação com a filha e com o filho solteiro que mora com ela. Diz: *Na realidade me preocupo com tudo.*

Conta que sonhava e se lembrava dos sonhos, mas atualmente não sabe o que é isso. O despertar é tranquilo, mas o levantar é muito difícil. Sempre está irritada e tem pouca disposição para enfrentar o dia, que, para ela, não é longo nem curto.

Não tem apetite, não se alimenta bem. Atualmente não está comendo nada, mas dá graças a Deus não precisar de ninguém para comer.

Sua menarca ocorreu aos 14 anos. Tinha o período menstrual muito bom; nunca sentiu nada. A menopausa ocorreu aos 56 anos e recebeu-a com tranquilidade. Sua primeira relação sexual ocorreu aos 21 anos, mas diz que nunca teve prazer nessa relação: *Tive filho, mas não sei o que é isso.* Não sabe o que é sexualidade. E afirma que, apesar de não ter sentido prazer sexual, considera que foi muito bem sexualmente. Sempre que desejava, procurava o companheiro. Declara ser ativa sexualmente e desejar um

companheiro, pois sente falta de sexo e suporta essa falta *porque é o jeito, mas é muito ruim.*

Escala BDI - Está tão triste que não agüenta mais. Não tem esperança quanto ao futuro e acha que nada mais vai melhorar na sua vida. Sente que é um total fracasso e está infeliz e aborrecida com tudo. Acha que está sendo punida por ter feito alguma coisa má. Odeia-se e recrimina-se por tudo de mal que acontece. Não tem idéia de se matar, mas chora o tempo todo. Irrita-se com coisas que antes não a irritavam. Não consegue tomar decisões. Acha que está feia e/ou desagradável. Não consegue fazer nada. Acorda algumas horas antes do que costumava acordar e não consegue mais voltar a dormir. Está sempre cansada. Não tem apetite, mas, ultimamente, não tem perdido peso. Está tão preocupada com sua saúde que não consegue pensar em outra coisa. Perdeu completamente o interesse sexual.

Soma: 56 pontos; depressão severa.

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: cliente com semblante triste e muito tensa, bastante preocupada com tudo, chorosa, lamurienta, comunica-se bem, porém com voz muito baixa. Ao fim da consulta, esboça um sorriso e diz que foi muito bom conversar comigo.

Interação social limitada - participação insuficiente, em quantidade e qualidade, nas trocas sociais. Evidenciada por não receber visita, raramente sai de casa, nunca mais foi ao grupo da terceira idade, não tem atenção dos filhos. Estressor intra, inter e extrapessoal.

Solidão - sentimento de tristeza, melancolia devido à falta de companhia, simpatia e amizade. Evidenciado por sentir-se só apesar de morar com alguém, sente falta de companhia, não tem atenção dos filhos, diálogo (ninguém lembrou do seu aniversário) estressor intra e interpessoal.

Depressão - sentimento de severa tristeza, baixo humor e letargia. Evidenciado por “quando meu marido morreu ficou um vazio muito grande, me sinto deprimida desde a morte dele, há dois anos. E, de lá para cá, não tive mais saúde”. Vontade de morrer, de sair e não voltar mais chora muito, e não consegui se controlar revolta-se e irrita-se, sente-se fracassada, não tem disposição para nada, falta de motivação. Estressor intra e interpessoal.

Insônia - falta de sono. Evidenciado por esta sem dormir devido a preocupações. Quando acorda, não consegue mais dormir. Acorda várias vezes e não consegue mais dormir. Estressor intra e interpessoal.

Fadiga - cansaço, sonolência, bocejamento freqüente, desatenção, sensação de não estar bem descansada, falta de vigor com ou sem atividade. Evidenciado por não ter disposição para nada, só viver deitada, memória ruim. Estressor intrapessoal.

Baixa auto-estima situacional - auto avaliação negativa sobre si própria ou sobre a própria capacidade, inabilidade de aceitar prazer e encorajamento em certas situações. Evidenciado por “me sinto como uma fruta por fora, bonita e por dentro podre”. Irritabilidade à flor da pele, ódio por si mesma, recriminasse por tudo, sente-se feia e ou desagradável, não toma decisão.

Déficit nutricional - ingestão menor do que a necessidade corporal. Evidenciada por não ter apetite, não se alimenta, não esta comendo nada. Estressor intrapessoal.

Prescrição floral: Rescue Remedy + Chicory + Holly + Hornebeam + Pine + Sweet Chestnut.

Posologia: tomar 4 gotas sub-lingual, espera uns minutos antes de engolir, 4 vezes ao dia, em jejum +___+___+ antes de dormir. Os dois horários em branco deverão ser determinados pela cliente e ser respeitado os mesmos horários nas tomadas subseqüentes.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: a formula lhe dará força e capacidade para amar sem esperar nada em troca, tornando-se independente. Também trabalhará o desapego de uma maneira geral. Não terá medo de ser feliz, pois esse equilíbrio conseguido lhe dará o poder de compreender as emoções humanas, devolvendo-lhe o amor e o respeito a si mesma, a vitalidade, o dinamismo, vigor, o prazer pela vida e pelo trabalho, mantendo o equilíbrio entre o físico e o psíquico. Assim, saberá superar as grandes adversidades sem perder a sua verdadeira identidade.

Segunda consulta (19/11/2002) - Compareceu à consulta depois de um mês, alegando que precisara tratar de uma irmã que está com câncer e que, por isso, esquecera de si. Afirma que, no período do tratamento floral, estava muito bem, mas agora voltaram os sintomas. Hoje está se sentindo péssima. Coloquei para ela que, se ela quer continuar na pesquisa, não poderá faltar mais. Caso contrário, ela fará o tratamento, mas não no protocolo da pesquisa. Ela insiste em continuar na pesquisa e se compromete mais uma vez de cumprir todo o regulamento com o qual anteriormente se comprometera e falhara. No momento, o que a perturba é uma filha de 22 anos. *Ela*

engravidou de um rapaz que não reconheceu o filho achou pouco e arranjou outro. Ela não fala a verdade, mente muito. Não trabalha e não tem responsabilidade em casa e com os filhos. Estou trabalhando para sustentar 5 pessoas. Ela sai de casa e deixa os meninos sem comida, sem nada e fica bebendo com as camaradas. Não confio nela, todo mundo quer mandar na minha casa. Isso me deixa muito preocupada. Tudo que coloco dentro de casa, as pessoas quebram. Trabalho e não vejo em quê. Penso em deixar o emprego para tomar conta da minha casa e dos meus filhos de 14 e 16 anos. E, por outro lado, esse dinheiro vai fazer falta.

Sra.Holly procura mostrar-se feliz, mas há momentos em que tem vontade de sumir. Sente vontade de dizer: *Ela ou eu, para viver na mesma casa, mas não adianta, não digo nada. Ela não maltrata em palavras, mas maltrata em atitudes. Eu vinha muito bem com o tratamento floral, estava dormindo bem, estava muito bem, estava ótima, tanto é que fui cuidar de minha irmã e esqueci de mim. Sei que a culpa é minha. Trabalho para sustentar 4 adultos e 2 crianças e ela não quer ter responsabilidade... Vou mandar ela trabalhar. Estou muito angustiada, os nervos à flor da pele, minha irmã continua doente, passo o dia com ela e a noite vou para casa. Quando chego em casa, encontro as coisas muito bagunçada e isto me estressa bastante. Além de me preocupar com o estado de saúde de minha irmã, quando volto para casa, que era para ter tranqüilidade e sossego, encontro as coisas pior, não sei mais o que fazer. Estou pensando em deixar de ir para lá e ficar mais em casa para organizar melhor a minha vida. Como falei para a senhora na primeira consulta, que estava muito agressiva, desgostosa com a vida e durante o tratamento floral me senti menos agressiva.*

Escala BDI - Está tão triste que não agüenta mais. Não tem esperança quanto ao futuro e acha que nada mais vai melhorar na sua vida. Sente que é um total fracasso. Está infeliz e aborrecida com tudo. Sente-se sempre culpada e acha que está sendo punida por ter feito alguma coisa má. Está desgostosa consigo mesma e recrimina-se por tudo de mal que acontece. Tem idéia de se matar, mas diz que não vai fazer. Costumava chorar, mas, agora, mesmo que queira, não consegue. Irrita-se com coisas que antes não a irritavam. Perdeu todo o interesse pelas pessoas. Não consegue tomar decisões. Sente-se feia e/ou desagradável. Não consegue fazer nada. Acorda algumas horas antes do que costumava e não consegue mais voltar a dormir. Está sempre cansada. Não

tem apetite, mas, ultimamente, não tem perdido peso. Está tão preocupada com sua saúde que não consegue pensar em outra coisa. Perdeu completamente o interesse sexual.

Soma: 54 pontos; depressão severa.

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: Cliente bastante angustiada, tensa, com olheiras, feições de sofrimento. Chora durante a consulta.

Depressão - Evidenciada por “quando meu marido morreu ficou um vazio muito grande me sinto deprimida desde a morte dele, há dois anos. E, de lá para cá, não tive mais saúde”. Vontade de morrer, de sair e não voltar mais chora muito, e não consegui se controlar revolta-se e irrita-se, sente-se fracassada, não tem disposição para nada, falta de motivação. Estressor intra e interpessoal.

Insônia - Evidenciado por esta sem dormir devido a preocupações. Quando acorda, não consegue mais dormir. Acorda várias vezes e não consegue mais dormir. Estressor intra e interpessoal.

Fadiga - Evidenciado por não ter disposição para nada, só viver deitada, memória ruim. Estressor intrapessoal.

Baixa auto-estima situacional - Evidenciado por “me sinto como uma fruta por fora, bonita e por dentro podre”. Irritabilidade à flor da pele, ódio por si mesma, recriminasse por tudo, sente-se feia e ou desagradável, não toma decisão. Estressor intrapessoal.

Déficit nutricional - Evidenciada por não ter apetite, não se alimenta, não esta comendo nada. Estressor intrapessoal.

Prescrição de Enfermagem: Rescue remedy + Sweet Chestnut + Chicory + Pine + Holly + Vervain.

Meta a ser alcançada segundo a prescrição flora: O floral devolverá força de vontade e coragem para lutar pelo que acredita, trabalhando suas energias de modo eficiente e amoroso, respeitando suas limitações.

Posologia: a mesma.

Terceira consulta (19/12/2002) No dia aprazado. Estado geral regular, ansiosa. Diz que está bem melhor, menos estressada, que está dormindo melhor, irrita-se menos e, aos poucos, esta voltando a ter pulso forte em casa.

Escala BDI - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Considera-se um total fracasso. Está infeliz e aborrecida com tudo. Sente-se culpada às vezes, e acha que está sendo punida por ter feito alguma coisa

má. Está desgostosa consigo mesma e recrimina-se por tudo de mal que acontece. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Não se irritada mais que de costume, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida e trabalha como sempre e não se sente com pior aspecto que antes. Não dorme tão bem como anteriormente. Cansa-se mais facilmente que antes. O apetite é o mesmo de antes. Não perdeu peso. Preocupa-se com algumas dores e mal-estares. Não notou diferença quanto ao apetite sexual.

Soma: 18 pontos; depressão média.

Insônia - Evidenciado por esta sem dormir devido a preocupações. Quando acorda, não consegue mais dormir. Acorda várias vezes e não consegue mais dormir. Estressor intra e interpessoal.

Fadiga - Evidenciado por não ter disposição para nada, só viver deitada, memória ruim. Estressor intrapessoal.

Baixa auto-estima situacional - Evidenciado por “me sinto como uma fruta por fora, bonita e por dentro podre”. Irritabilidade à flor da pele, ódio por si mesma, recriminasse por tudo, sente-se feia e ou desagradável, não toma decisão. Estressor intrapessoal.

Prescrição floral: Rescue Remedy + Sweet Chestnut + Chicory + Pine + Holly + Vervain.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: o floral dará grande força de vontade e de coragem para ultrapassar as dificuldades do dia-a dia, lidando com suas inquietações e usando suas energias de modo eficiente e amoroso.

Posologia: a mesma.

Quarta Consulta (21/01/2003) - No dia marcado. Estado geral regular, mas ainda se queixa de ansiedade, mesmo que em menor intensidade. Afirma ter melhorado da insônia. O convívio com a filha está menos tenso, pois ela arranhou um emprego de faxineira, está mais responsável com os filhos. A outra, de 16 anos, está lhe obedecendo. *Graças a Deus, as coisas estão se equilibrando, minha irmã continua grave, cada dia aparece uma novidade. Estou segurando as pontas tanto lá em casa como na casa dela. Se não fosse os florais, estaria no Juliano (Hospital de alienados).*

Dra. Eliane, não quero resolver o problema de ninguém, quero viver a vida. O clima de minha casa está ficando melhor. Fiz tudo que a senhora me aconselhou. Estou cuidando de minha vida. Quando dá para voltar para casa, volto; quando não, fico na casa de uma amiga. Então, eles estão se

organizando sem mim. Estou ótima e eles também. Se soubesse, teria feito isso há mais tempo. Doutora Eliane, como as coisas estão acontecendo! Encontrei um ex-namorado, conversamos bastante. Ele está viúvo. Aí eu voltei a pensar nele. Gostaria muito de ter um companheiro. Me faz falta, sabia? Ele ficou de ir à minha casa.

Escala BDI - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se julga fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Sente-se culpada às vezes. Não acha que está sendo punida por alguma coisa. Esta desapontada consigo mesma. É crítica quanto às suas fraquezas e com aos erros que comete. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Não se irritada mais que de costume, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida e trabalha como sempre. Não se sente com pior aspecto que antes. Não dorme tão bem como antes. Cansa-se mais facilmente que antes. Não tem apetite, mas não perdeu peso. Preocupa-se com algumas dores e mal-estares. Não notou diferença quanto ao apetite sexual.

Soma: 10 pontos; depressão leve.

Insônia - falta de sono. Evidenciado por esta sem dormir devido a preocupações. Quando acorda, não consegue mais dormir. Acorda várias vezes e não consegue mais dormir. Estressor intra e interpessoal.

Fadiga - cansaço, sonolência, bocejamento freqüente, desatenção, sensação de não estar bem descansada, falta de vigor com ou sem atividade. Evidenciado por não ter disposição para nada, só viver deitada, memória ruim. Estressor intrapessoal.

Baixa auto-estima situacional - auto avaliação negativa sobre si própria ou sobre a própria capacidade, inabilidade de aceitar prazer e encorajamento em certas situações. Evidenciado por “me sinto como uma fruta por fora, bonita e por dentro podre”. Irritabilidade à flor da pele, ódio por si mesma, recriminasse por tudo, sente-se feia e ou desagradável, não toma decisão. Estressor intrapessoal.

Déficit nutricional - ingestão menor do que a necessidade corporal. Evidenciada por não ter apetite, não se alimenta, não esta comendo nada. Estressor intrapessoal.

Prescrição floral e posologia: a mesma.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: a mesma

Quinta consulta (17/ 02/ 2003). No dia marcado. Estado geral bom, aparência boa, bem-humorada, elegante, com uma maquiagem adequada. Declara estar muito bem e ter passado a depressão. Diz que está muito bem com a vida e com os filhos. O ex-namorado a visitou e estão naquela fase de conquista. *Está muito gostoso! Os filhos gostaram dele e seja o que Deus quiser. Eu já sei que quero, vamos dar tempo ao tempo. Estou muito feliz, Dra., graças aos florais e à senhora que trouxe esse tratamento para nós.*

Escala BDI, - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se julga fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Não se sente culpada de nada, nem acha que está sendo punida por alguma coisa. Não se sente desapontada, nem com pior aspecto que antes. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Não se irrita mais que de costume, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida, trabalha e dorme como sempre. Não se sente com pior aspecto que antes. Não se cansa como vinha ocorrendo. O apetite está igual ao que era antes. Não perdeu peso. Preocupa-se com algumas dores e mal-estares. Não notou diferença quanto ao apetite sexual.

Soma: 2 pontos; estado normal.

Insônia - falta de sono. Evidenciado por esta sem dormir devido a preocupações. Quando acorda, não consegue mais dormir. Acorda várias vezes e não consegue mais dormir. Estressor intra e interpessoal.

Fadiga - cansaço, sonolência, bocejamento freqüente, desatenção, sensação de não estar bem descansada, falta de vigor com ou sem atividade. Evidenciado por não ter disposição para nada, só viver deitada, memória ruim. Estressor intrapessoal.

Déficit nutricional - ingestão menor do que a necessidade corporal. Evidenciada por não ter apetite, não se alimenta, não está comendo nada. Estressor intrapessoal.

Prescrição floral: Rescue Remedy + Chicory + Pine + Gentian + Sweet Chestnut + Scleranthus.

Após a Quinta consulta com alta da terapia floral cliente encaminhada para avaliação da geriatra quanto ao estado depressivo.

Parecer da psicóloga:

Participou do grupo terapêutico por três meses, mas deixou, voltando a participar das reuniões por imposição da pesquisa. Ao se colocar para o

grupo, chora, não tendo condições de falar. Estado geral comprometido, semblante triste, negativista, desesperançada em relação à vida. Dificuldade de relacionamento com a família após a sua viuvez. No decorrer das reuniões do grupo, sente-se mais segura, diz que está cuidando mais de si e participando de grupo recreativo. Apresenta-se mais motivada para a vida, inclusive, diz que está participando de grupo de dança e teatro. No momento estado geral bom, sem depressão.

Sra. Clematis

Sra. Clematis veio encaminhada para a terapia floral no dia 30 de setembro de 2002, com os seguintes sintomas, segundo o DSM IV: desesperança em relação à vida, humor deprimido e irritável a maior parte do tempo, desinteresse e falta de prazer nas atividades que anteriormente gostava de fazer, insônia diária ou perda do sono no meio da noite sem conseguir conciliá-lo, sentimento de tristeza e infelicidade a maior parte do tempo associado a acesso de choro freqüente, sentimento de abandono por parte da família e dos amigos.

Sra. Clematis, 64 anos, viúva, católica, estudou até o antigo "Admissão ao Ginásio". É mãe de 06 filhos e avó de três netos. Reside com três filhos e três netos. Esses, por força das circunstâncias precisaram ir morar com ela. No início, acha que não foi bom, mas diz que agora se acostumou e está gostando, pois não se sente só, embora tenha muita preocupação com eles.

Refere não receber visitas. Atualmente, não tem ânimo para nada, não está saindo, nem para a igreja. Até o grupo de idosos do SESC, de que participava, deixou.

Dá conta dos afazeres domésticos por necessidade, mesmo assim muito pouco; prefere observar. Afirma que sua depressão começou há três meses. Acha que esse seu estado se deve à situação financeira e familiar. Os filhos não se entendem e ela não suporta as brigas, sente-se pressionada. Diz que, quando está se sentindo melhor, põe a casa em ordem e cuida do jardim, mas nunca mais fez isso. No momento, não tem ânimo para nada, por isso não preenche o seu tempo com nada. Fica isolada só com seus pensamentos. Antes participava das atividades domésticas, assistia à TV, fazia trabalhos manuais, ministrava curso de cestas no SESC, assim como participava de grupos de idosos. Atualmente não faz coisa alguma.

Gosta de morar com os filhos e netos. Diz que orienta e observa o comportamento deles e sente-se mais segura perto deles. *Mesmo com a desarmonia em casa, prefiro assim*, acrescenta.

Sente muita falta de sua mãe. Do marido não tem saudade. Diz que sofreu muito com ele. Sente falta da tranquilidade no lar, da união dos filhos. Praticamente não têm vizinhos, pois sua casa é isolada.

Afirma se sentir vazia no momento, sem perspectiva na vida, “só esperando”. Diz que seu estado de humor é triste, não sente alegria na vida. Julga que seu temperamento não é muito bom: reclama de tudo em casa, aborrece-se com tudo. Apesar disso, não gosta de violência; prefere resolver as coisas na calma.

Acha que deve preservar a vida por esta ser “um dom de Deus”. E agradece por continuar viva. Mas, não tem perspectiva alguma em relação à vida: não pensa em nada, não planeja nada, deixa acontecer. Não gosta de ser responsável pela família, pois, com “essa idade” imaginava ter uma vida tranqüila. Gostaria de mudar, não ter problemas. *Aí era bom demais! E, com saúde, ainda melhor. Não penso em nada, vivo a vida sem perspectiva. Como diz, estou vegetando, não tenho noção do hoje e do amanhã. Encaro a vida enfrentando os problemas e dificuldades, tentando resolver os meus e os dos outros. Mas, no momento, não faço nada, pois não tenho ânimo nem coragem. Na minha vida falta tudo, principalmente saúde.*

Não se recorda de emoções positivas, só das negativas: a separação dos filhos, a desarmonia em casa, a saudade dos entes queridos que se foram, a situação financeira cada vez mais difícil.

Declara que se sente mal o dia inteiro; não há para ela nenhum momento em que fique melhor. Entretanto diz que piora sensivelmente à noite.

Não gosta de esperar; sente muito medo.

Encara os momentos de depressão e tristeza rezando e pede que as horas passem. Tem a sensação de que está tudo paralisado.

Queixa-se da memória ruim.

Não dorme durante o dia, mas cochila quando assiste à TV. Não dorme bem e não sabe se faz alguma coisa enquanto dorme. Apenas sente que o sono é agitado. Acorda várias vezes e não consegue mais dormir. A insônia é uma constante em sua vida. Atribui à preocupação. Às vezes, sonha, mas não lembra o quê. Tem um despertar muito ruim e o seu levantar é muito difícil: só

tem vontade de ficar na cama. Não tem disposição para enfrentar o dia. Acha-o longo demais.

Não tem apetite, nem se alimenta bem. Come sem precisar de ajuda, como também não necessita de auxílio para as atividades diárias.

Sua menarca ocorreu aos 13 anos. No período menstrual, sofria muitas cólicas. A menopausa ocorreu aos 45 anos. Achou ótimo. Sua primeira relação sexual foi aos 23 anos. Gostou. Sexualidade para ela é a convivência com um homem, é o relacionamento. Ela é expressa com carinho e respeito, é uma coisa boa. Declara que sexualmente não foi bem, pois, como não teve uma convivência boa com o marido, não poderia gostar de ter relações sexuais com ele. Hoje, não sente falta de sexo.

Escala BDI, - Está tão triste e infeliz que não agüenta mais. Sente que não tem mais nada de bom pela frente. Acha que fracassou mais do que as outras pessoas. Não tem prazer no que faz. Sente-se culpada às vezes e tem a sensação de que está sendo punida por ter feito alguma coisa má. Esta desgostosa consigo e recrimina-se por tudo de mal que acontece. Não pensa em se matar. Chora o tempo todo. Irrita-se com coisas que antes não a irritavam. Perdeu o interesse pelas pessoas. Não consegue tomar decisões. Tem a impressão de que está mudando e ficando uma pessoa desagradável. Precisa esforçar-se mais para fazer alguma coisa. Acorda algumas horas antes do que antes e não consegue mais voltar a dormir. Está sempre cansada. O apetite está muito pior do que era antes. Não perdeu peso. Está preocupada com sua saúde e não consegue deixar de pensar nisso. Perdeu completamente o interesse sexual.

Soma: 41 pontos; depressão severa.

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: Cliente bem trajada, olhar triste, apática, bastante abatida, chorando o tempo todo.

Depressão - sentimento de severa tristeza, baixo humor e letargia. Evidenciado por falta de ânimo, não sai nem para a igreja, deixou de participar do grupo de idosos, esta no momento como observadora, até as atividades domésticas não esta fazendo. Estressor intrapessoal.

Distúrbio no relacionamento familiar - relação inadequada e inapropriada dos membros da família entre si. Evidenciado por: depressão começou a mais ou menos três meses, acha que é a situação financeira e a situação familiar, uma

vez que os filhos não se entendem, não suporta as brigas e com isso a pressão em cima dela é muito grande. Estressor extrapessoal.

Interação social limitada - participação insuficiente em quantidade e em qualidade nas trocas sociais. Evidenciado por fica isolada com os seus pensamentos, deixou de ir para os grupos da melhor idade e a missa, não esta fazendo trabalhos manuais, não assiste TV, sentimento de vazio. Estressor intrapessoal.

Baixa auto-estima situacional - auto avaliação negativa sobre si própria ou sobre as próprias capacidades, inabilidade de aceitar prazer e encorajamento em certas situações. Evidenciado por não tem perspectiva na vida, tudo falta em sua vida, saúde. Se sente vegetando, não tem noção do hoje e do amanhã. Só vê coisa ruim. As emoções negativas são muitas. Sente-se mal em todos os horários, sente-se culpada e sente-se que esta sendo punida por ter feito alguma coisa má, não consegue tomar decisões, sente que está ficando desagradável. Estressor intrapessoal.

Sono intermitente - sono descontinuo dentro de um período de sono noturno normal esperado, freqüente despertar durante o sono. Evidenciado por não dorme bem, sono agitado, acorda varias vezes, não consegue mais dormir. A insônia é uma constante em sua vida, atribuída preocupação. Estressor intrapessoal.

Fadiga - cansaço, desatenção sensação de não esta bem descansada, falta de vigor com ou sem atividade. Evidenciado por não ter disposição para nada, acha o dia longo o despertar ruim, levantar difícil, só tem vontade de ficar na cama, perda completa de apetite sexual, tem que se esforçar muito para começar alguma coisa. Estressor intrapessoal.

Déficit nutricional - ingestão menor do que a necessidade corporal. Evidenciado por não tem apetite, não se alimenta bem. Estressor intrapessoal.

Prescrição floral: Rescue Remedy + Elm + Pine.

Posologia: tomar 4 gotas sub-lingual, espera uns minutos antes de engolir, 4 vezes ao dia, em jejum +___+___+ antes de dormir. Os dois horários em branco deverão ser determinados pela cliente e ser respeitado os mesmos horários nas tomadas subseqüentes.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: A formula floral fará com que a cliente fique com a mente tranqüila a fim de analisar os problemas conforme a real dimensão dos mesmos fazendo com que tenha mais clareza

para poder tomar decisões conscientes. Permitindo-lhe que volte a adquirir confiança em si mesma aliviando as preocupações devolvendo-lhe a harmonia e conseqüentemente o desaparecimento dos sintomas.

Segunda Consulta (30/10/2002). No dia marcado. Estado geral bom, feições mais tranqüilas, esperança de sair da depressão, mais confiante. Conta que está melhor em relação ao que estava, mas ainda não se considera curada. Está tentando se controlar diante das situações. Queixa-se de insônia, do mau-humor, do retraimento, mas demonstra esperança de sair da depressão: *Se Deus quiser, vou voltar a ser o que era antes*. Declara ter passado a semana bem, mas desabafou: *no sábado bate uma angústia, chega dói. Antes, essa angústia era direto, hoje é só no final de semana*. Por outro lado, diz que ficou feliz porque os filhos perceberam que ela sorriu. E acrescenta: *também estou percebendo que estou mais animada, estou mais disposta*. E sorriu para mim. Não chorou como na consulta anterior.

Escala BDI - Está triste todo o tempo e não consegue livrar-se desse sentimento. Não se sente desencorajada em relação ao futuro. Acha que fracassou mais do que as outras pessoas. Não tem prazer no que faz. Julga-se culpada a maioria das vezes, mas não considera que está sendo punido por alguma coisa. Está desgostosa consigo mesma. É muito crítica em relação a suas fraquezas e aos erros que cometeu. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Não está mais irritada que de costume, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Não consegue tomar decisões. Preocupa-lhe o fato de estar parecendo velha e desajeitada. Não consegue fazer nada. Acorda 2 a 3 horas mais cedo que antes e demora a voltar a dormir. Cansa-se com qualquer esforço. O apetite é o mesmo de antes. Não perdeu peso. Preocupa-se com algumas dores e mal-estares. Não notou diferença quanto ao apetite sexual.

Soma: 21 pontos; Depressão média.

Depressão - Evidenciado tristeza intensa, não tem prazer no que faz. Estressor intrapessoal.

Baixa auto-estima - Evidenciado por sentimento de culpa, desgosto consigo mesma crítico com suas fraquezas, não consegue tomar decisões, mal humor, retraimento. Estressor intrapessoal.

Sono intermitente - Evidenciado por não dorme bem, sono agitado, acorda varias vezes, não consegue mais dormir. A insônia é uma constante em sua vida, atribuída preocupação. Estressor intra e extrapessoal.

Fadiga - Evidenciado por não ter disposição para nada, acha o dia longo o despertar ruim, levantar difícil, só tem vontade de ficar na cama, perda completa de apetite sexual, tem que se esforçar muito para começar alguma coisa. Estressor intrapessoal.

Prescrição floral: mesma formula com o acréscimo do floral Sweet Chestnut

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: o floral fará com que supere suas adversidades tendo confiança em si para atravessar suas dificuldades, trabalhando suas torturas interior devolvendo-lhe a tranqüilidade e o bom humor.

Posologia: a mesma.

Terceira consulta (30/10/2002). No dia marcado. Estado geral bom, bem vestida, feições tranqüilas, sorridente e bem-humorada. Declara que tem passado bem, que se sente mais tranqüila, com discernimento para enfrentar os problemas. Está mais animada. *Às vezes, quero recair; então, penso comigo mesma para que serve os florais. Tomo mais uma vez o remédio; logo melhora. Dra. Eliane, nunca estive tão bem. Minha filha se operou, está lá em casa. Meu genro sofreu um acidente, mas, graças a Deus, está bem. Suportei tudo isso com equilíbrio. Veja como os florais me deixaram! Época atrás teria sido o fim. Queixa-se de não dormir tão bem: logo cedo, consegue dormir, mas um cachorro do vizinho late à noite. Então, acordo e não consigo mais dormir, pois fico pensando sobre a minha vida e os problemas. Dra. Eliane trouxe minha neta para fazer uma consulta com a senhora. Ela é diabética e está passando por alguns problemas em casa. Ela atualmente está muito rebelde com a mãe. Ela é filha de criação. Minha filha adotou porque tinha um desejo muito grande de ser mãe e, mesmo solteira, com a autorização minha e do pai dela, adotamos essa criança. Ela paparicava muito, tudo era motivo de fotografias. Isso foi até os 4 anos de idade, quando arranhou um namorado e, depois de 4 anos, ela resolveu morar com ele. Dessa união nasceu meu neto. A menina se sentiu ou se sente rejeitada por ela, como também o companheiro não gosta da garota. Então é um problema muito grande, pois ela está agressiva, tirando as coisas em casa para dar às amigas, mentindo*

muito. Eu não suporto isso. Atualmente ela esta mais lá em casa. Não confio nela porque ela mente muito, veja o que a senhora pode fazer com ela, me ajude.

Escala BDI, - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se considera fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Acha-se culpada às vezes e tem a sensação de que vai ser punida por alguma coisa. Não se sente desapontada, mas é crítica quanto a suas fraquezas e aos erros que cometeu. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Não está mais irritada que de costume, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida e não se sente com pior aspecto que antes. Ainda tem que fazer mais esforço para começar alguma coisa. Acorda 2 a 3 horas mais cedo que antes e demora a voltar a dormir, mas não se cansa mais do que antes. O apetite não é tão bom como era, mas não perdeu peso. Preocupa-se com algumas dores e mal-estares. Perdeu completamente o interesse sexual.

Soma: 11 pontos; depressão media.

Sono intermitente - Evidenciado por não dorme bem, sono agitado, acorda varias vezes, não consegue mais dormir. A insônia é uma constante em sua vida, atribuída preocupação. Estressor intra e extrapessoal.

Fadiga - Evidenciado por não ter disposição para nada, acha o dia longo o despertar ruim, levantar difícil, só tem vontade de ficar na cama, perda completa de apetite sexual, tem que se esforçar muito para começar alguma coisa. Estressor intrapessoal.

Razões para as ações - motivação que propiciam um entendimento e explicação para o comportamento de uma pessoa. Evidenciado por preocupação com a neta de criação por a mesma apresentar comportamento inadequado (mentiras e cleptomania). Estressor extrapessoal.

Prescrição floral: mantido a mesma formula com o acréscimo de Hornebean e + White Chestnut.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: o floral fará com que tenha energia para realizar o que quer fazer, devolvendo-lhe vitalidade, dinamismo e vigor fazendo com que sinta prazer na vida, mantendo o equilíbrio físico, mental e espiritual.

Posologia: a mesma.

Quarta Consulta (28/11/2002) - No dia marcado. Bastante contrariada porque sua filha mais nova fez umas compras no seu cartão e agora está endividada com o nome no SPC. Isso a deixou muito aborrecida. *Apesar de tudo, estou suportando melhor a minha carga. Estou muito bem. O sono ainda não está bom, continuo me acordando e demorando a dormir. Antes desse problema, eu estava dormindo bem, mas agora voltou tudo de novo. O filho se mudou para a casa da namorada: Estou morando com duas filhas e minha neta que fica mais comigo do que com a mãe.*

Escala BDI - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se considera fracassada e tem prazer no que faz. Não se culpa por coisa alguma, nem acha que está sendo punida por alguma coisa. Não se sente desapontada, nem pior que as outras pessoas. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Não está mais irritada que de costume, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida como antes. Não se sente com pior aspecto. Trabalha como sempre. Acorda 2 a 3 horas mais cedo e demora a voltar a dormir. Não se cansa mais do que antes, mas o apetite não é tão bom como era. Perdeu mais de dois quilos sem fazer dieta. Não se preocupa com sua saúde mais do que o necessário, porém perdeu completamente o interesse sexual.

Soma: 10 pontos; depressão leve.

Sono intermitente - Evidenciado por não dorme bem, sono agitado, acorda varias vezes, não consegue mais dormir. A insônia é uma constante em sua vida, atribuída preocupação. Estressor intra e extrapessoal.

Fadiga - Evidenciado por não ter disposição para nada, acha o dia longo o despertar ruim, levantar difícil, só tem vontade de ficar na cama, perda completa de apetite sexual, tem que se esforçar muito para começar alguma coisa. Estressor intrapessoal.

Razões para as ações - Evidenciado por preocupação com a neta de criação por a mesma apresentar comportamento inadequado (mentiras e cleptomania). Estressor extrapessoal.

Prescrição floral e Posologia: a mesma.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: a mesma.

Quinta Consulta (27/12/2002) - No dia marcado. Estado geral bom, feições preocupadas. Queixa-se de que, há uma semana, sentiu angústia, depressão. Conta que teve uma sensação ruim, como se fosse acontecer alguma coisa

que não sabe explicar (mau pressentimento). Sua filha mais nova tem 35 anos; é muito difícil não se dá com ninguém. Tem o curso superior, mas não trabalha, nem tem responsabilidade. Assim, a outra filha fica sobrecarregada e isso a angustia muito. Uma extremamente responsável; outra, completamente ausente dos compromissos.

Sua neta está melhor depois dos florais: mais compreensiva. Agora, está morando definitivamente com a avó (a cliente), pois a mãe se mudou, foi viver com o companheiro. Segundo a cliente, a garota continua com a mania de “tirar as coisas”. *Me preocupo porque ela não tem amigos, não quer saber de namorar, não se veste direito, anda toda à vontade. Acho que é para contrariar a mãe. Ela desenha coisas horríveis, verdadeiros monstros, não vai à missa, não reza, é muito anti-social. Atualmente não gosta de nada a não ser do futebol de salão, que frequenta duas vezes por semana.*

Em relação a si mesma, afirma que, apesar de tudo, está bem. Até se colocou à disposição para dar o curso de cesta no SESC e vai fazer o curso de valgonite.

Escala BDI, - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se considera fracassada e tem prazer no que faz. Não se julga culpada como também não acha que está sendo punida por alguma coisa. Não se sente desapontada, nem pior que as outras pessoas. Não pensa em se matar e também não chora mais do que costumava fazer. Por outro lado, ainda se aborrece ou irrita mais facilmente. Tem menos interesse pelas pessoas e toma menos decisões que anteriormente. Não se sente com pior aspecto que antes. Tem que fazer mais esforço para começar alguma coisa. Acorda 2 a 3 horas mais cedo e demora a voltar a dormir. Cansa-se mais facilmente que antes. O apetite não é tão bom como era, mas não perdeu peso. Não se preocupa com sua saúde mais do que o necessário. Não notou diferença quanto ao apetite sexual.

Soma: 8 pontos; estado normal.

Sono intermitente - Evidenciado por não dorme bem, sono agitado, acorda varias vezes, não consegue mais dormir. A insônia é uma constante em sua vida, atribuída preocupação. Estressor intrapessoal.

Fadiga - Evidenciado por não ter disposição para nada, acha o dia longo o despertar ruim, levantar difícil, só tem vontade de ficar na cama, perda

completa de apetite sexual, tem que se esforçar muito para começar alguma coisa. Estressor intrapessoal.

Razões para as ações - motivação que propiciam um entendimento e explicação para o comportamento de uma pessoa. Evidenciado por preocupação com a neta de criação por a mesma apresentar comportamento inadequado (mentiras e cleptomania). Estressor extrapessoal.

Déficit nutricional - evidenciado por o apetite não é tão bom como era antes. Estressor intrapessoal.

Prescrição floral e posologia: mesma.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: a mesma.

Após a Quinta consulta com alta da terapia floral cliente encaminhada para avaliação da geriatra quanto ao estado depressivo.

Parecer do médico:

A cliente foi atendida no dia 30/08/02, apresentando depressão severa, irritabilidade, insônia e isolamento social e familiar. No dia 06/02/03, compareceu ao ambulatório para controle clínico, apresentando bom estado geral, ativa, sono bom a irregular. Refere que está novamente a se reunir com grupo de idosos do qual tinha se afastado e vai dar curso no SESC. Avaliando a evolução clínica, foi constatado que a paciente apresentou melhora importante do quadro depressivo com uso exclusivo de florais de Bach.

Parecer da psicóloga:

Iniciou o grupo após a terapia floral. No grupo terapêutico, ao colocar seus problemas, emocionou-se. Estado geral comprometido, humor deprimida, desesperançada em relação à vida, negati vista. No decorrer das sessões grupais, a mesma diz o quanto está sendo importante na sua vida a terapia floral e declara que essas reuniões quinzenais estão ajudando-a muito a superar essa fase difícil de sua vida. Apesar de os problemas continuarem, está sabendo lidar com eles, não permitindo que eles a levem para o “fundo do poço”. No momento, a cliente está bem, voltou a dar aulas no SESC e a participar de grupo da melhor idade.

Sra. Cerato

Sra.Cerato veio encaminhada para a terapia floral no dia 26 de setembro de 2002, com os seguintes sintomas, segundo o DSM IV: sentimento de tristeza e infelicidade a maior parte do tempo, acesso de choro freqüente,

desesperança em relação à vida, humor deprimido e irritável a maior parte do tempo, desinteresse e falta de prazer nas atividades de que anteriormente gostava, insônia diária ou perda do sono no meio da noite sem conseguir conciliá-lo, sentimento de culpa, falta de apetite.

Sra. Cerato, 65 anos, solteira, católica, estudou até a quarta série do primeiro grau. No momento reside só, mas morava em Goiana-PE, com um companheiro. Quando ele faleceu, o irmão dela a trouxe para cá. Ela ficou com ele até a missa de 7º dia do marido. Em seguida – depois de um mês – sua irmã a convidou para vir morar em João Pessoa, alegando que seria bom para ambas: tanto ela não ficaria só, longe da família, como ajudaria a irmã – que estudava e trabalhava, a criar as filhas. Isso foi há 25 anos. Hoje, mora sozinha, numa casa vizinha à da irmã. Sempre teve o seu “canto” e não abre mão disso. Sempre gostou de conviver com sua solidão; gosta do convívio com as pessoas, mas gosta de sossego. É muito sensível e não gosta de incomodar ninguém.

Enquanto meu cunhado era vivo, as coisas andavam bem, pois ele não permitia que ela fosse injusta comigo. Após a sua morte, em 1993, minha irmã ficou intragável. E, de lá para cá, minha vida é um inferno. Às vezes chego a me arrepender de ter vindo morar com ela, embora tenha a minha casa, minha independência. Ela é uma pessoa muito mal agradecida e fica passando na minha cara que vivo à custa dela. Não lembra que criei as filhas dela como se fossem minhas filhas. Isso me machuca e me faz adoecer. Dra. Eliane, a causa da minha depressão é porque eu não sei reagir aos desaforos dela e isso me deixa sufocada. Então, eu me deprimi e perco o sono e a vontade de viver, não me alimento direito, só tenho disposição para fazer minhas tapiocas, é quando me sinto bem. Graças a Deus eu tenho esse ponto que consegui quando meu cunhado ainda era vivo, a contragosto dela. Ai de mim se não fosse esse meu ganha pão, a minha situação estaria muito pior ou já teria morrido.

Em 1996, morreu seu irmão e, segundo ela, sua vida ficou pior. *Com a perda dessas duas pessoas, me sinto como um barco afundando.*

Não recebe visitas, pois sempre procura visitar as pessoas.

Devido à morte de seu companheiro, sua vida ficou muito ruim. Antes, tinha uma casa própria; agora; vive na dependência dessa irmã. Isso a faz

muito infeliz. *Fui muito feliz, Dra. Eliane, ele era um companheiro e tanto!* desabafa.

É responsável pelos afazeres domésticos, pois não tem empregada. Preenche o seu tempo com atividades em grupo. Ainda faz tapioca das 16h30min até às 20h, ou mais, dependendo da freguesia.

Gosta de seus vizinhos, mas não frequenta assiduamente a casa de nenhum. Sente-se feliz pelo carinho que todos demonstram quando a vêem. Todos sabem o seu nome e isso a deixa muito feliz. No momento me sinto bem por estar falando com a senhora e com esperança de ficar boa, pois as pessoas têm falado muito do seu tratamento e espero que me ajude também.

Confessa-se triste e considera-se calma. Em relação à vida, sente um enorme vazio, pois não tem perspectiva quanto ao futuro. A sua vida resume-se ao emprego. *Ai de mim se Deus não tivesse me dado esse emprego, talvez eu não existisse mais, porque é muito bom viver independente dos outros, eu pedi e Ele me ouviu, acrescenta. O que penso de minha vida? Só espero a hora que Deus mandar.*

Considera-se uma pessoa muito medrosa, muito tímida e sensível. Não faz planos para o futuro. *Tive tudo que quis, pois tive um marido bom fui muito feliz e não fiz força para casar de novo por medo de não encontrar um homem bom como o primeiro, pois ele foi o meu primeiro namorado e meu único homem.*

Atualmente, vive com sua aposentadoria e com os trocados que recebe das tapiocas. Além disso, participa dos grupos de terceira idade, fato que a fez saber da existência deste tratamento.

Encara a vida como ela se apresenta: ora rindo, ora chorando. O que lhe falta é viver “no que é seu” e ter uma companhia ao seu lado, não necessariamente masculina, mas uma companhia para lhe dar assistência quando precisar.

Guarda grandes emoções positivas: pais maravilhosos, apesar de rigorosos quanto à educação dela; um companheiro que a fez ver verdadeiramente e conhecer o mundo, a teatro, a festas, ao cinema; e o emprego. Dentre as emoções negativas, destaca a viuvez, a morte dos pais, do irmão, do cunhado e a perda de sua casa.

Quando está bem, gosta da noite. Caso contrário, o anoitecer é o momento em que se sente pior. *O barulho dos grilos lembra Zezo (o seu companheiro), aí fico triste.*

Não gosta de esperar, pois fica muito impaciente.

Os momentos de depressão suporta calada, chorando. Não sai de casa, não desabafa com ninguém, o choro a alivia.

A memória está mais ou menos.

Tem o hábito de dormir após o almoço, não cochila quando está assistindo à televisão. Não dorme bem, sofre de insônia, acorda várias vezes à noite e não consegue dormir. Não sabe informar se faz alguma coisa enquanto dorme. Atribui a sua insônia a lembranças do passado e dos problemas atuais. Há muito tempo não sonha.

O seu despertar é bom e o levantar também. A disposição para enfrentar o dia é boa, porque tudo depende dela e gosta não de ficar parada. *Quando estou parada, procuro ler alguma coisa, principalmente a Bíblia. Quando estou bem, acho o dia curto e, quando estou deprimida, acho muito longo.*

Tem bom apetite, alimenta-se bem. Come de tudo, sem precisar da ajuda de ninguém.

A primeira menstruação foi aos 14 anos. No período menstrual, sentia muitas dores e vomitava bastante. A menopausa ocorreu aos 49 anos; gostou disso e não sentiu falta. Sua primeira relação sexual ocorreu aos 22 anos.

Sexualidade para ela é o prazer da carne que todos ser humano sente. Não sabe informar como ela é expressa. Acha que é o carinho, o afeto entre duas pessoas e diz que foi muito bem sexualmente, mas que, atualmente, é muito apática. Sente falta de sexo. Confessa que, às vezes, sozinha, na cama, tem saudade do carinho, do afeto e do amor. *Não compensa essa carência e peço a Deus para livrar-me desses desejos.*

Considera-se nervosa, triste, sem ânimo (*Choro de soluçar*). Queixa-se de muita insônia, da qual sofre há bastante tempo, aproximadamente há 40 anos. *Me deito cedo, mas não durmo. Aí chega tudo em minha mente: coisas boas e coisas ruins, coisas que me sinto magoada, coisas que não fiz e isso me causa insônia. Aí, durante a noite, urino muito e também fico com a boca e a garganta seca, desabafa.*

Muitas vezes, quando começa a dormir, por volta de duas horas da manhã, sente um “repuxo” na perna. Sobressalta-se e não dorme mais. E

continua: *sofro de tontura. Durante o dia, sinto-me muito ruim, um mal-estar geral, dor na nuca, olhos secos, tremores e taquicardia. Tenho um apito no ouvido e, de vez em quando, um zumbido direto. Quando me contrairio, fico com constipação intestinal. Atualmente choro por tudo, sinto-me impaciente, procuro me isolar, tenho medo de tudo. Como já falei moro só; então, me assusto com tudo, sou muito sensível, na noite não durmo 3 horas.*

Como é sua vizinha, a irmã tem uma chave da casa para as situações de urgências. Às vezes, chega sem avisar e a qualquer hora. Isso a assusta e perde o sono. Já tentou falar com ela para que não fizesse isso, mas não adianta: ela faz tudo para contrariá-la. *Eu sempre peço a Deus para que eu não morra quando estiver com raiva e angustiada.*

Escala BDI - Está tão triste e infeliz que não agüenta mais, não tem esperança quanto ao futuro e acha que nada vai melhorar na sua vida. Não se considera fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Sente-se culpada à vezes e acha que está sendo punida por ter feito alguma coisa má. Está desgostosa consigo mesma, mas não se sente pior que as outras pessoas. Não pensa em se matar, entretanto chora o tempo todo. Irrita-se com coisas que antes não a irritavam. Está menos interessada pelas pessoas que antes. Continua decidida como sempre e não se sente com pior aspecto que antes. Trabalha como sempre trabalhou. Acorda 2 a 3 horas mais cedo que de costume e demora para voltar a dormir. Cansa-se mais facilmente. O apetite é o mesmo e não tem perdido peso. Preocupa-se com algumas dores e mal-estares. Esta menos interessada em sexo do que de costume.

Soma: 23 pontos; depressão severa.

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: Paciente bem vestida, tensa, chorando compulsivamente durante a consulta, mãos trêmulas, frias, sudorese intensa, bastante ansiosa.

Sono intermitente - sono descontínuo dentro de um período de sono noturno normal esperado, freqüente despertar durante o sono. Evidenciado por estresse psicológico devido à difícil convivência com a irmã e á situação financeira. Estressor intra e interpessoal.

Distúrbio no relacionamento familiar - relação inadequada e inapropriada dos membros da família entre si. Evidenciado por perda do companheiro e posteriormente do irmão e cunhado, e maus tratos verbais da irmã. Estressor intra e interpessoal.

Fadiga - cansaço, sonolência, bocejamento freqüente, desatenção, sensação de não estar bem descansada, falta de vigor com ou sem atividade. Evidenciado por tristeza constante, falta de perspectiva em relação ao futuro, solidão (só estou esperando a hora que Deus mandar). Estressor intrapessoal.

Eliminação urinária alterada - indivíduo com distúrbio na eliminação urinária. Evidenciada por urinar várias vezes no período noturno.

Mucosa oral alterada - estado no qual o indivíduo experimenta uma mudança na estrutura e função da mucosa oral. Evidenciada por respiração pela boca no período noturno, boca seca.

Ansiedade - sentimento de ameaça, perigo ou angústia, sem causa conhecida (conteúdo do pensamento) evidenciado por crises situacionais, levando a taquicardia, tontura, dor na nuca, olhos secos, tremores, impaciência, medo voz tremula, sudorese e tremores nas mãos. Estressor intra e interpessoal.

Baixa auto-estima situacional - auto avaliação negativa sobre si própria ou sobre as próprias capacidades, inabilidade de aceitar prazer e encorajamento em certas situações. Evidenciado por sentimento de culpa e de estar sendo punido por ter feito alguma coisa má. Estressor intrapessoal.

Prescrição floral: Rescue Remedy + Sweet Chestnut + Willow + Pine + Gentian + Scleranthus.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: a formula fará com que a cliente tenha consciência de suas perdas sem que isso a imobilize para viver o presente, vivenciando as situações sociais, superando as mudanças ocorridas na vida para poder lidar construtivamente com novas situações, preservando o físico e o mental, devolvendo-lhe o prazer pelas coisas da vida.

Posologia: tomar 4 gotas sub-lingual, espera uns minutos antes de engolir, 4 vezes ao dia, em jejum +___+___+ antes de dormir. Os dois horários em branco deverão ser determinados pela cliente e ser respeitado os mesmos horários nas tomadas subseqüentes.

Segunda consulta (29/10/2002) - No dia marcado. Aparência boa, sorridente, bem-humorada. Tem passado bem e está participando até das festividades, fato que há muito tempo não ocorria (*Sábado, fui para Recife visitar o túmulo de Frei Damião e algumas igrejas. Foi uma excursão organizada pelo SESC.*). Continua com insônia, porém menos freqüente. Inclusive diz que já há noites em que dorme direto, coisa que não fazia há muitos anos (*Como falei, há mais de 40 anos.*). Está melhor da impaciência e convivendo mais pacificamente

com a irmã. A irritação da garganta melhorou (*fiz os exames que a senhora mandou, não deu nada.*). *A tristeza acontece de vez em quando, o coração entristece e as lágrimas descem.*

Escala BDI - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se considera fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Julga-se culpada às vezes e acha que está sendo punida por ter feito alguma coisa má. Não se sente desapontada, mas recrimina-se por tudo de mal que acontece. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazê-lo. Não está mais irritado que de costume, mas se interessa menos pelas pessoas. Tem mais dificuldades que anteriormente para tomar decisões. Preocupa-lhe o fato de estar parecendo velha e desajeitada. Trabalha como sempre trabalhou. Acorda 2 a 3 horas mais cedo que o costume e demora para voltar a dormir. Cansa-se mais facilmente, mas o apetite é o mesmo de antes. Não perdeu peso. Preocupa-se com algumas dores e mal-estares. Está menos interessada em sexo do que de costume.

Soma: 16 pontos; depressão media.

Sono intermitente - sono descontinuo dentro de um período de sono noturno normal esperado, freqüente despertar durante o sono. Evidenciado por pensamentos constantes. Estressor intra e interpessoal.

Distúrbio no relacionamento familiar - Evidenciado por estresse psicológico dificuldade de convivência com a irmã, situação financeira difícil. Estressor intra e interpessoal.

Baixa auto-estima situacional - auto avaliação negativa sobre si própria ou sobre as próprias capacidades, inabilidade de aceitar prazer e encorajamento em certas situações. Evidenciado por sentimento de culpa e de estar sendo punido por ter feito alguma coisa má. Estressor intrapessoal.

Prescrição floral: Honeysuckle + Mustard + Willow + Pine + Scleranthus + Centaury.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: a formula fará com que a cliente tenha a capacidade de recordar o passado sem que este a imobilize para viver o presente, sem mágoas e ressentimentos, equilibrando-lhe o físico e a mente e conseqüentemente, levando os sintomas a desaparecerem.

Terceira consulta (26/11/2002) - No dia marcado. Aspecto melhor, menos tensa e chorando menos. Afirma sentir-se melhor. Tem menos insônia, porém queixa-se de uma irritação na garganta que, ultimamente, não a tem deixado

dormir. Melhorou, também, da sudorese nas mãos e diz que “os zumbidos e apitos” no ouvido passaram. A relação com a irmã está mais equilibrada. Não sabe se isso se deve a um progresso da irmã ou seu, que se julga mais tolerante. *Resume: o fato é que estou melhor, graças a Deus e à senhora.*

Escala BDI – Sente-se triste, mas não desencorajada em relação ao futuro. Não se considera fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Às vezes, acha-se culpada e tem a impressão de que está sendo punida por ter feito alguma coisa má. Não se sente desapontada, nem pior que as outras pessoas. Não pensa em se matar, mas chora mais do que costumava fazê-lo. Irrita-se com coisas que antes não a irritavam. Não perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida e trabalha como sempre. Não se sente com pior aspecto que antes. Acorda 2 a 3 horas mais cedo que antes e demora para voltar a dormir. Cansa-se mais facilmente. O apetite é o mesmo de antes. Não perdeu peso. Preocupa-se com algumas dores e mal-estares. Está menos interessada em sexo do que de costume.

Soma: 14 pontos; depressão leve.

Sono intermitente - sono descontinuo dentro de um período de sono noturno normal esperado, freqüente despertar durante o sono. Evidenciado por pensamentos constantes. Estressor intra e interpessoal.

Prescrição floral e posologia: a mesma.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: a mesma.

Quarta consulta (23/12/2002) - No dia marcado. Bem vestida semblante tranqüilo e bem-humorada. Diz que está bem, porém se queixa de insônia. Confessa ter diminuído a dosagem do floral por causa da gastrite. A convivência com a minha irmã está a cada dia mais equilibrada. Agradecida, diz sentir-se curada.

Escala BDI, - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se considera fracassada. Tem prazer nas coisas que faz. Às vezes, acha-se culpada, mas não que está sendo punida por alguma coisa. Não se sente desapontada, nem pior que as outras pessoas. Não pensa em se matar, mas ainda chora mais do que costumava. Não se irrita mais que de costume, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Tem mais dificuldades que anteriormente para tomar decisões. Não se sente com pior aspecto que antes. Trabalha como sempre, mas não dorme tão bem como dormia. Cansa-se mais

facilmente. O apetite é o mesmo. Não perdeu peso. Preocupa-se com algumas dores e mal-estares. Está menos interessada em sexo do que de costume.

Soma: 10 pontos; depressão leve.

Sono intermitente - sono descontinuo dentro de um período de sono noturno normal esperado, freqüente despertar durante o sono. Evidenciado por pensamentos constantes. Estressor intra e interpessoal.

Ansiedade - sentimento de ameaça, perigo ou angústia, sem causa conhecida (conteúdo do pensamento) evidenciado por crises situacionais, levando a taquicardia, tontura, dor na nuca, olhos secos, tremores, impaciência, medo voz tremula, sudorese e tremores nas mãos. Estressor intrapessoal.

Prescrição floral e Posologia: a mesma.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: a mesma.

Quinta Consulta (23/01/2003) - No dia marcado. Boa aparência, estado geral bom, bem-humorada, semblante tranqüilo. Diz que tem passado bem. Queixa-se ainda da insônia, mas conta que há noites em que dorme bem. Declara que, mesmo acordando cedo, está com mais disposição para levantar. O relacionamento com a irmã continua bom.

Escala BDI, - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se julga fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Não se acha culpada de nada, nem que está sendo punida por alguma coisa. Não se sente desapontada, nem pior que as outras pessoas. Não pensa em se matar, nem choro mais como anteriormente. Não se irrita mais que de costume, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida como sempre e não se sente com pior aspecto que antes. Trabalha como sempre, mas acorda algumas horas antes e não consegue mais voltar a dormir. Cansa-se mais facilmente. O apetite é o mesmo de antes e não tem perdido peso. Preocupa-se com algumas dores e mal-estares. Está menos interessada em sexo do que de costume.

Soma: 9 pontos; estado normal.

Sono intermitente - sono descontinuo dentro de um período de sono noturno normal esperado, freqüente despertar durante o sono. Evidenciado por estresse psicológico devido à difícil convivência com a irmã e à situação financeira. Estressor intra e interpessoal.

Prescrição floral e posologia: a mesma.

Após a Quinta consulta com alta da terapia floral cliente encaminhada para avaliação da geriatra quanto ao estado depressivo.

Parecer do médico :

A cliente, em final de setembro de 2002, estava apresentando quadro de tristeza interior, choro fácil, desprazer perante a vida, irritação e insônia. Foi dado início ao tratamento com florais de Bach. A mesma, após o tratamento, compareceu à consulta, referindo mais disposição, chorando menos, irritando-se menos, sem sentimento de fracasso ou desesperança perante o futuro, sono regular.

Parecer da psicóloga:

Iniciou o grupo após a terapia floral. Ao apresentar-se para o grupo, a mesma teve dificuldade de se colocar uma vez que chorava muito. Com a continuação do grupo terapêutico, diz estar bem, mais tolerante, sabendo lidar melhor com os problemas e que se sente até em condições de aconselhar as pessoas que se encontram com depressão, uma vez que já passou pelo problema. Atualmente, encontra-se bem, sem depressão, estado geral bom.

Sra. Gentian

Sra. Gentian veio encaminhada para a terapia floral no dia 23 de setembro de 2002, com os seguintes sintomas, segundo o DSM IV: sentimento de tristeza e infelicidade a maior parte do tempo, desesperança em relação à vida, humor deprimido e irritável a maior parte do tempo, desinteresse pelas pessoas e falta de prazer nas atividades costumeiras, sensação de que está sendo punida por ter feito alguma coisa errada, desgosto com tudo, choro fácil, insônia diária ou perda do sono no meio da noite sem conseguir conciliá-lo, pessimismo em relação à vida.

Sra. Gentian, 69 anos, casada, evangélica, estudou até a 4ª série primária. É mãe de 13 filhos (dos quais sete estão vivos) e avó de 4 netos.

Mora com três filhos adotivos, a filha, o genro e três netos. A decisão de morar com a filha se deve à descoberta de que seu marido tinha outra mulher. Devido a isso, ela adoeceu. Então, a filha propôs que fosse morar com ela. Isso ocorreu há vinte anos.

Recebe visita de amigos, filhos e noras. Nunca sai, só para a igreja. Declara ter sido muito bom ter ido morar com a filha, pois vivia muito só no

interior. Faz toda atividade doméstica. Porém, no momento, não consegue fazer nada, pois se sente fraca e indisposta (*Me falta até o fôlego.*). Não consegue tomar decisões: quem resolve tudo é sua filha. Por isso, acha-se segura em sua companhia. Sente-se muito triste, a semana passada estava se sentindo pior. Para preencher seu tempo, lê a Bíblia. Diz que gosta de morar com a filha: atualmente, a vê como se fosse sua mãe. Tem saudade dos dois filhos que moram distante; passa muito tempo sem vê-los. Sente muita falta de companhia: a filha trabalha o dia todo, só a encontra à noite. Sente, também, muita falta de sua casa, de seu “canto”, apesar de ser muito bem tratada pela filha. Gosta da vizinhança.

No momento, afirma sentir-se bem por estar conversando sobre seus problemas. Isso está deixando-a aliviada.

Tem humor instável: há momentos em que é alegre; em outros, é triste. Mas não sabe explicar essa tristeza. Agora, está triste, porém acha que, na semana passada estava pior. Tem temperamento irritadiço, considera-se muito estressada.

Às vezes se arrepende por não ter ouvido os conselhos do seu pai; ele não queria o casamento. Acha que, por isso, está sendo punida. *Tenho muito desgosto de mim mesma*, acrescenta.

Não faz planos para o futuro. A única preocupação é morrer e deixar um filho com 11 anos. Não costuma pensar sobre a vida, diz que não tem mais idade para isso. Vive a vida na igreja e encara-a como Deus quer.

O que falta é tranqüilidade. Dentre os fatos positivos, lembra apenas sua mocidade, quando, segundo ela, era feliz. Ao casamento só agradece os filhos que tem. Declara que foram tantos os fatos negativos que *não dá nem para contar*.

Não sabe informar qual o melhor e nem o pior momento do dia. Não gosta de esperar, pois fica muito irritada. Nos momentos de tristeza e depressão, só faz chorar. A memória está “mais ou menos”.

Tem o hábito de dormir durante o dia. Não cochila quando assiste à televisão, nem fala enquanto dorme. O sono é tranqüilo, não tem insônia, sempre sonha, lembra apenas alguns. O despertar e o levantar são bons, já a disposição para enfrentar o dia é relativa: há uns em que está disposta; outros em que sente muita dificuldade. Acha o dia bom, o apetite é regular, não se alimenta bem, come sozinha, não precisa de ajuda para as atividades diárias.

A menarca ocorreu aos 11 anos de idade. Não sofria nenhum incômodo durante os períodos de menstruação. A menopausa ocorreu aos 52 anos de idade. Encarou-a com naturalidade. Não quis falar sobre a sexualidade.

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: paciente descompensada chorou muito durante a consulta.

Escala BDI, - Sente-se triste. Não tem esperança quanto ao futuro e acha que nada mais vai melhorar na sua vida. Julga-se um total fracasso. Não tem prazer no que faz. Às vezes, tem sentimento de culpa e acha que está sendo punida por ter feito alguma coisa má. Está desgostosa consigo mesma, mas não se sente pior que as outras pessoas. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Irrita-se com coisas que antes não a irritavam. Não perdeu o interesse pelas pessoas. Não consegue tomar decisões. Sente que está mudando e ficando uma pessoa desagradável. Não consegue fazer nada. Acorda algumas horas antes do que costumava acordar e não consegue mais voltar a dormir. Está sempre cansada. Não tem apetite. Não perdeu peso. Não se preocupa com sua saúde mais do que o necessário. Perdeu completamente o interesse sexual.

Soma: 37 pontos; depressão severa.

Desesperança - sentimento de limitação ou falta de possibilidade e significados na vida, sem habilidade para mobilizar energia e pessimismo em relação ao futuro. Evidenciado por não ter esperança quanto ao futuro, acha que nada vai melhorar em sua vida, sensação de fracasso, não espera nada na vida. Estressor intrapessoal.

Baixa auto-estima situacional - auto avaliação negativa sobre si própria ou sobre as próprias capacidades inabilidade de aceitar prazer e encorajamento em certas situações. Evidenciado por desgosto consigo mesma, sentir-se culpado às vezes, não conseguiu tomar decisões. Estressor intrapessoal.

Fadiga - cansaço, sonolência, bocejamento freqüente, desatenção, sensação de não esta bem descansada, falta de vigor com ou sem atividade. Evidenciado por não conseguir fazer nada, grande indisposição, moleza no corpo, perda completa do interesse sexual. Estressor intrapessoal.

Déficit nutricional - ingestão menor do que as necessidades corporais. Evidenciados por não ter apetite. Estressor intrapessoal.

Tristeza - sentimento de baixo espírito, melancolia e falta de energia. Evidenciado por sentimento de tristeza profundo. Estressor intrapessoal.

Isolamento social sólido - experimentada por um individuo e percebida como imposta por outros, um estado negativo ou ameaçador. Evidenciado por sentir falta de companhia. Estressor intra e interpessoal.

Prescrição floral: Rescue remedy + Chicory + Pine + Gentian.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: a formula fará com que a cliente se sinta com mais disposição para a vida, trabalhando os seus apegos, culpas e medos, restabelecendo sua auto-estima. Assim, voltará a ter esperança no futuro, vivendo a vida em toda a sua plenitude.

Posologia: tomar 4 gotas sub-lingual, espera uns minutos antes de engolir, 4 vezes ao dia, em jejum + ___ + ___ + antes de dormir. Os dois horários em branco deverão ser determinados pela cliente e ser respeitado os mesmos horários nas tomadas subseqüentes.

Segunda consulta (24/10/2002) - No dia aprazado. Está bem em relação à consulta anterior. Sente-se mais tranqüila com menos vontade de chorar e não está mais agitada, nem se irritando como antes. Voltou a ter prazer nas coisas que faz. *Estou mais tolerante. Da depressão estou muito melhor.* Porém, continua sem esperança em relação à vida e ainda tem a sensação de fracasso. Continua desgostosa consigo e com a vida, mas a sensação de está sendo punida passou. Conta que esteve interna no domingo da semana passada, pois sentiu umas palpitações no coração e foi socorrida. Atribui esse descontrole à notícia inesperada de que sua neta de 13 anos estava muito mal, entre a vida e a morte. [Mas] *continuo preocupada com ela.* Outro fato que a contrariou muito foi o filho estar se separando da mulher: ele apaixonou-se por outra e a esposa dele voltou para a casa da mãe (*Ele é igual ao pai.*). Além disso, preocupa-se muito com o seu filho mais novo que não quer estudar.

Escala BDI, - Não se sente triste, mas não tem esperança quanto ao futuro e acha que nada mais vai melhorar na sua vida. Não se considera fracassada. Tem prazer nas coisas que faz. Às vezes, sente-se culpada, mas não acha que está sendo punida por alguma coisa. Está desgostosa consigo, mas não se sente pior que as outras pessoas. Não pensa em se matar. Não chora mais do que costumava fazer, nem se irrita mais facilmente. Não perdeu o interesse pelas pessoas. Não consegue tomar decisões. Não se sente com pior aspecto que antes. Trabalha como sempre trabalhou. Acorda algumas horas antes do habitual e não consegue mais voltar a dormir. Está sempre cansada. Não tem

apetite. Não perdeu peso. Não se preocupa com sua saúde mais do que o necessário. Perdeu completamente o interesse sexual.

Soma: 35 pontos; depressão severa.

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: estado geral bom, semblante tranqüilo. Não chorou durante a consulta.

Desesperança - sentimento de limitação ou falta de possibilidade e significados na vida, sem habilidade para mobilizar energia e pessimismo em relação ao futuro. Evidenciado por não ter esperança quanto ao futuro, acha que nada vai melhorar em sua vida, sensação de fracasso, não espera nada na vida. Estressor intrapessoal.

Baixa auto-estima situacional - auto avaliação negativa sobre si própria ou sobre as próprias capacidades inabilidade de aceitar prazer e encorajamento em certas situações. Evidenciado por desgosto consigo mesma, sentir-se culpado às vezes, não conseguiu tomar decisões. Estressor intrapessoal.

Fadiga - cansaço, sonolência, bocejamento freqüente, desatenção, sensação de não estar bem descansada, falta de vigor com ou sem atividade. Evidenciado por não conseguir fazer nada, grande indisposição, moleza no corpo, perda completa do interesse sexual. Estressor intrapessoal.

Déficit nutricional - ingestão menor do que as necessidades corporais. Evidenciados por não ter apetite. Estressor intrapessoal.

Razão para ação - motivação que propiciam um entendimento e explicação para comportamento de uma pessoa. Evidenciado por preocupação com a neta de 13 anos que está hospitalizada em estado grave, com o filho que se separou da esposa, com o filho mais novo que não quer nada com a vida. Estressor intra e extrapessoal.

Sono intermitente - sono descontinuo dentro de um período de sono noturno normal esperado, freqüente despertar durante o sono. Evidenciado por acordar algumas horas antes do que o costume acorda e não consegue mais voltar a dormir. Estressor intrapessoal.

Prescrição de Enfermagem: Mesma formula acrescentando Pine e Sweet Chestnut.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: o floral fará com que a cliente supere suas adversidades com confiança, sem permitir que essas diferenças a deixem arrasadas. Assim como trabalhará as culpas.

Terceira consulta (24/11/2002) - No dia aprazado. Estado geral regular. Continua ansiosa. Está bem; sente-se menos estressada e está suportando a brutalidade do genro. Diz que está menos irritada, porém continua com uma moleza muito grande. *O corpo só pede para ficar na cama*, principalmente nos primeiros horários da manhã, de 8h à 9h. Diz ser muito alérgica. *Estou muito bem. O meu ex-marido adoeceu, cuidei dele sem mágoa, ele é um grande amigo, mas ele não me quis, eu respeito a decisão dele e vivo bem como estou. Se ele adoecer, eu cuido dele, afinal ele é o pai dos meus filhos.*

Escala BDI, - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se considera fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Às vezes, sente-se culpada, mas não acha que está sendo punida por alguma coisa. Não se sente desapontada, nem pior que as outras pessoas. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Não se irritada mais que de costume, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Toma menos decisões do que tomava anteriormente. Não se sente com pior aspecto que antes. Trabalha como sempre trabalhou. Acorda 2 a 3 horas mais cedo e demora voltar a dormir. Cansa-se mais facilmente que o habitual. O apetite é o mesmo de antes. Não perdeu peso. Não se preocupa com sua saúde mais do que o necessário. Está agora muito menos interessada em sexo do que de costume.

Soma: 7 pontos; estado normal.

Baixa auto-estima situacional - Evidenciado por sentir-se culpado às vezes, não consegui tomar decisões. Estressor intrapessoal.

Fadiga - Evidenciado por moleza no corpo, desejo de só ficar na cama, cansar-se mais facilmente que antes, estar menos interessada em sexo que de costume.. Estressor intrapessoal.

Sono intermitente - Evidenciado por acordar 23 mais cedo e demora para voltar a dormir. Estressor intrapessoal.

Prescrição floral: Rescue Remedy + Gentian + Sweet Chestnut + Chicory

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: o floral fará com que a cliente tenha um equilíbrio interior, recupere o poder de decisão, a firmeza, a estabilidade, a agilidade, a força e a possibilidade de tomar decisões no momento adequado, com firmeza na sua intuição.

Quarta Consulta (22/12/2002) - Compareceu à consulta no dia marcado. Estado geral regular, ainda se queixando de ansiedade, porém em menor intensidade. De uma maneira geral, sente-se bem, não tem mais medo do

genro, está até enfrentando-o e sente que ele está respeitando-a mais. Está menos irritada, a moleza passou.

Escala BDI, - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se considera fracassada. Tem prazer nas coisas que faz. Às vezes, sente-se culpada, mas não acha que está sendo punida por alguma coisa. Não se sente desapontada, nem pior que as outras pessoas. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava. Não se irrita mais que de costume, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Toma menos decisões do que tomava anteriormente. Não se sente com pior aspecto que antes. Trabalha e dorme como sempre. Cansa-me mais facilmente. O apetite é o mesmo de antes. Não perdeu peso. Não se preocupa com sua saúde mais do que o necessário. Está agora muito menos interessada em sexo do que de costume.

Soma: 5 pontos; estado normal.

Baixa auto-estima situacional - Evidenciado por sentir-se culpado às vezes, não consegui tomar decisões. Estressor intrapessoal.

Fadiga - Evidenciado por moleza no corpo, desejo de só ficar na cama, cansar-se mais facilmente que antes, estar menos interessada em sexo que de costume.. Estressor intrapessoal.

Prescrição floral: Rescue Remedy + Chicory + Pine + Gentian + Scleranthus

Posologia: a mesma.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: a mesma.

Quinta consulta (22/01/2003) - No dia marcado. Estado geral bom. Está bem, apesar dos problemas domésticos. Está conseguindo se posicionar e, assim, sentindo-se mais respeitada pelo genro. Sente-se mais disposta e com coragem. Voltou a participar das atividades da igreja. O sentimento de culpa passou. E acrescenta: *estou conseguindo viver a minha vida, o que não fazia há muito tempo, pois ficava na dependência de minha filha. Hoje saio e faço tudo só, graças a Deus e à senhora. Com esse tratamento, sou outra criatura.*

Escala BDI, - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se considera fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Não sente-se culpada de nada, nem acha que está sendo punida por alguma coisa. Não se sente desapontada, nem pior que as outras pessoas. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava fazer. Não se irrita mais que de costume, nem perdeu o interesse pelas pessoas. Toma menos decisões que

anteriormente. Não se sente com pior aspecto que antes. Trabalha e dorme como sempre. Cansa-se mais facilmente. O apetite é o mesmo de antes. Não perdeu peso. Não se preocupa com sua saúde mais do que o necessário. Está agora muito menos interessada em sexo do que de costume.

Soma: 2 pontos; estado normal.

Fadiga - Evidenciado por moleza no corpo, desejo de só ficar na cama, cansar-se mais facilmente que antes, estar menos interessada em sexo que de costume.. Estressor intrapessoal.

Prescrição floral: Rescue Remedy + Chicory + Pine + Gentian + Scleranthus

Após a Quinta consulta com alta da terapia floral cliente encaminhada para avaliação da geriatra quanto ao estado depressivo.

Posologia: a mesma.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: a mesma.

Parecer médico:

A cliente, em setembro de 2002, estava apresentando quadro de irritabilidade intensa, com humor depressivo, tendo iniciado tratamento com florais de Bach. Hoje, compareceu à consulta, referindo melhora importante da irritabilidade, ou seja, está mais tranqüila, confiante para enfrentar seus problemas pessoais.

Parecer da psicóloga:

A cliente compareceu ao grupo terapêutico após ter iniciado a terapia floral. A mesma colocou-se para o grupo com muita timidez. Relatou os seus problemas, bastante desesperançada e sem ânimo para a vida. Quando comparecia ao grupo, ficava isolada, porém, agora, percebe-se grande melhora em seu estado psicológico. Ao se colocar para o grupo, apresenta-se mais confiante e declara estar bem. No momento, encontra-se bem.

Sra. Vervain

Sra. Vervain veio encaminhada para a terapia floral no dia 23 de setembro de 2002, com os seguintes sintomas, segundo o DSM IV: sentimento de tristeza e infelicidade a maior parte do tempo, desesperança em relação à vida, humor deprimido e irritável a maior parte do tempo, choro fácil, desinteresse pelas pessoas e falta de prazer nas atividades que anteriormente lhe davam prazer, sentimento de culpa e a sensação de que está sendo

castigada por ter feito alguma coisa má, desgosto com tudo, choro fácil, dificuldade para tomar decisões, desânimo, insônia diária ou dificuldade para conciliar o sono, desinteresse sexual, pessimismo geral em relação à vida.

Sra. Vervain, 86 anos, divorciada, testemunha de Jeová, estudou até o antigo admissão. É mãe de uma filha e avó de quatro netos. Reside com sua filha, mas não gosta porque ela é muito prepotente, autoritária. Segundo a cliente, nem os filhos gostam de morar com ela. *O que eu sinto os filhos dela também sentem. Então, estou morando com ela porque não tenho outra opção. Quando não agüento mais ficar na casa dela, vou para a casa de meu irmão. Na casa de meu irmão, eu gosto muito, pois somos da mesma religião e isso é muito bom porque temos as mesmas idéias e opiniões.*

Sra. Vervain, conta que sua filha não gosta da sua religião e isso é motivo de muitas discussões. Ela faz coisas que sua religião não permite, como beber. *Ela deveria procurar mais Deus, me sinto oprimida na casa dela por conta de tudo isso e, quando falo, é uma briga. Ela é muito difícil, já está no terceiro casamento. O que fez eu vir morar com ela foram à circunstâncias, pois não podia continuar morando só, no Rio de Janeiro, e não tinha para onde ir, embora que, quando cheguei aqui em João Pessoa, tinha condições de montar minha casa e morar sozinha. Só que não fiz isso por causa dos netos e nunca pensei que minha filha fosse tão difícil de convivência. O tempo foi passando, o dinheiro escasseando e hoje não tenho condições de morar só. Hoje fico sonhando com a possibilidade de morar no meu canto, ter minha independência. Na realidade ela nunca me perdoou por eu ter ido morar no Rio e de ter lhe deixado com uma tia, pois, quando me separei do pai dela, fiquei desesperada e, naquela época, arranjei um namorado e fui embora com ele na intenção de um dia levá-la comigo. Mas ela depois não quis ir. Mas nunca deixei de mandar as coisas e de ter notícias dela.*

O que me prende na casa dela são os meus netos principalmente o mais velho que é o meu xodó. Faço tudo por eles, eles são a razão da minha vida.

Não recebe visita. Atualmente não sai porque a vista não permite. Antes, saía muito: era representante da AVON. Hoje não faz nada, pois depende de alguém para sair. Tem medo de cair, já levou dois tombos. Fez uma cirurgia de catarata, mas não ficou muito boa e tem medo de fazê-la no segundo olho.

Participa das atividades domésticas, até cozinha quando não se tem empregada. Sua filha é procuradora da UFPB. Só chega em casa para

almoçar e à noite, mas, quando chego, reclama de tudo, não está satisfeita com nada. *O meu tempo é preenchido com a casa não tenho tempo para mim. O meu problema é minha filha, pois me sinto oprimida*, acrescenta.

Ela administra a casa na ausência da filha, mas *no momento não tenho disposição para nada, até para falar tenho dificuldade, como a senhora está vendo. Sou muito preocupada com as coisas da casa e não tenho tempo de me preocupar com as minhas coisas, o problema todo é minha filha*, repete.

Tem uma vizinha de quem gosta, foi amiga de infância de sua filha é uma amizade antiga. Com os outros não tem aproximação.

No momento está se sentindo bem, por acreditar que há pessoas que se interessam por ela e querem ajudá-la. *Vim encaminhada por uma amiga que está muito bem depois que começou o tratamento com a senhora*, acrescenta.

Quanto ao estado de humor, diz que é muito variável, depende muito do ambiente onde está. Quando está com a filha, é calada porque ela a reprime o tempo todo. Já quando está com os netos, ou com o irmão, é alegre. No momento, porém, não sente qualquer alegria; só tristeza e “escuridão”. Quando jovem, tinha um temperamento muito explosivo, era malcriada, destemida e aventureira. Agora, diz que é calma, medrosa e preocupada com tudo. *Sofro calada. Sempre abro mão das minhas coisas para o bem de todos*, acrescenta.

Sente um profundo vazio; não tem muita perspectiva para o futuro. Seu único desejo é de, um dia, morar só ou com uma irmã da igreja e seguir a vida espiritual que escolheu. É isso que a filha não aceita. *Vivo a vida na paz de Deus descobrindo as mensagens da vida como ela se apresenta, fugindo do mal, procurando aceitar as coisas que Deus manda e procurando a companhia da comunidade cristã. O que me falta na vida é a saúde e uma moradia tranqüila. Acho que a vida é viver em paz, ter tranqüilidade*.

Dentre os fatos positivos, o casamento – amava muito o seu marido – e conhecer a religião de Testemunhas de Jeová. Em relação aos negativos, lembra a separação do marido por adultério. *Ele tinha outra família, sempre foi adúltero. Sofri e sofro muito por conta disso até hoje*.

Ela se sente melhor ao amanhecer e fica triste e deprimida à noite.

A espera para ela é muito difícil, pois é muito nervosa e não gosta de esperar.

Em seus momentos de depressão, procura se resignar e busca a obediência a Deus, pedindo que Ele dê paciência para suportar.

Diz que está com a memória fraca, devido às perturbações.

Tem hábito de dormir à tarde, após o almoço. Não cochila quando assiste à televisão. No momento, não dorme bem, pois lhe falta tranquilidade. Não fala enquanto dorme, mas o sono é inquieto e acorda várias vezes na noite. Ronca enquanto dorme. Às vezes, sofre de insônia. Atribui isso à preocupação e às contrariedades com a sua filha. Antes, sonhava muito; atualmente, não lembra os sonhos. Tem um despertar calmo, mas falta-lhe disposição para o levantar. Enfrenta o dia com muita dificuldade. Faz as tarefas que lhe cabem porque não tem outra opção, mas sente muita dificuldade.

Gosta da paz, do silêncio. No momento, acha os dias muito longos e muito ruins.

Afirma que o apetite é bom, come de tudo. Faz as refeições sozinhas ou com o neto, quando ele está em casa, pois sua filha chega muito tarde para almoçar. Dá graças a Deus não precisar da ajuda de ninguém para comer.

Menarca aos 12 anos. Não gostava de ficar menstruada; sentia dores e ficava irritada, pois era proibida de fazer muitas coisas. A última menstruação ocorreu aos 43 anos. Sentiu-se muito bem; achou que foi um alívio ficar sem esse incômodo mensal. Sua primeira relação sexual ocorreu aos 23 anos. Considera que a sexualidade é uma coisa que Deus permitiu para que seja utilizada pelas pessoas. É uma necessidade biológica. Quando há amor, é bom. Pode ser expressa de várias maneiras, até pela expressão do olhar, do falar, tudo enfim. Pensa que é uma coisa muito boa quando se ama. Foi muito bem sexualmente porque amava muito o seu marido. Não sente falta de sexo.

Escala BDI, - Está tão triste e infeliz que não agüenta mais. Sente-se desencorajada em relação ao futuro. Não se considera fracassada. Não tem prazer no que faz. Às vezes, sente-se culpada e acha que vai ser punida por alguma coisa. Não se sente desapontada, nem pior que as outras pessoas. Não pensa em se matar. Chora o tempo todo. Irrita-se com coisas que antes não a irritavam. Não perdeu o interesse pelas pessoas. Tem mais dificuldade que anteriormente para tomar decisões. Não se sente com pior aspecto que antes. Tem que se esforçar muito para fazer alguma coisa. Acorda 2 a 3 horas mais cedo que antes e demora para voltar a dormir. Cansa-se com qualquer esforço. O apetite é o mesmo de antes, mas, ultimamente não tem perdido

peso. Está muito preocupada com sua saúde e não consegue pensar em outra coisa. Está agora muito menos interessada em sexo do que de costume.

Soma: 24 pontos; depressão severa.

Evolução e diagnósticos de Enfermagem: cliente muito triste; chega ao consultório carregada pela sua cunhada; tem um andar muito vagaroso, voz bastante fraca, quase inaudível, expressão facial de angústia e sofrimento. Guarda muita mágoa da filha; o que a impossibilita de ser feliz.

Distúrbio no relacionamento familiar - relação inadequada e inapropriada dos membros da família entre si. Evidenciado por não gostar de morar com a filha porque ela é prepotente, autoritária, mandona, difícil a convivência com ela. Sentimento de opressão e impotência por não poder modificar a situação. Sente falta de sua casa. Chora o tempo todo. Estressor interpessoal.

Crença religiosa - capacidade de reter ou abandonar ações, levando em conta a opinião religiosa de uma pessoa; evidenciado por “ela não gosta da minha religião e isso é motivo de uma discussão, ela faz coisas que minha religião não permite, como beber, fumar, me sinto oprimida por causa dela por conta de tudo isso”. Estressor interpessoal.

Interação social limitada - participação insuficiente em quantidade e qualidade nas trocas sociais. Evidenciado por não receber visita. Não sai de casa porque a vista não permite, fica na dependência de alguém para sair, tem medo de cair pela limitação visual. Estressor interpessoal.

Fadiga - cansaço, sonolência, bocejamento freqüente, desatenção, sensação de não estar bem descansada, falta de vigor com ou sem atividade. Evidenciado por não ter disposição para nada, “até para falar, como à senhora esta vendo”. O levantar é cansado, sem disposição para começar o dia, sente-se desencorajada, humor irritado. Estressor intrapessoal.

Depressão - sentimento de severa tristeza, baixo humor e letargia. Evidenciado por tristeza profunda, infelicidade e aborrecimento por tudo, sentimento de incapacidade, sem perspectiva para o futuro. Não consegue tomar decisões. Menor interesse em sexo que de costume. Cansaço com qualquer esforço. Estressor intrapessoal.

Culpa - sentimento de ter feito algo errado. Evidenciado por sentimento de culpa às vezes, sentimento de que está sendo punida por ter feito algo errado. Choro freqüente. Estressor intrapessoal.

Sono intermitente - sono descontinuo dentro de um período de sono noturno normal esperado. Freqüente despertar durante o sono. Evidenciado por acordar 2-3 horas mais cedo e demora a voltar a dormir. Estressor intrapessoal.

Medo - sentimento de ameaça, perigo ou angústia com causa conhecida. Evidenciado por tanta preocupação com a própria saúde que não consegue pensar em outra coisa. Medo de andar só pela limitação visual. Estressor intrapessoal.

Prescrição floral: Vervain + Gentian + Rock Water + Centaury

Posologia: tomar 4 gotas sub-lingual, espera uns minutos antes de engolir, 4 vezes ao dia, em jejum +___+___+ antes de dormir. Os dois horários em branco deverão ser determinados pela cliente e ser respeitado os mesmos horários nas tomadas subseqüentes.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: a formula floral fará com que a cliente se sinta bem física e emocionalmente e, conseqüentemente, se sentirá bem em seu contexto familiar, pois saberá respeitar a opinião dos demais, assim como se fará ser respeitada em suas opiniões.

Segunda Consulta (26/09/2002) - No dia marcado, em companhia de sua cunhada. Com mais desenvoltura no caminhar, expressão facial de angústia e tristeza, olhar parado, voz calma e muito baixa, muito fixada na religião.

Está sentindo uma discreta melhora. *Sinto que os florais me serviram muito, embora ainda tenha muita coisa para ser tratada. Como já falei, minha filha está no terceiro relacionamento. Isso me preocupa muito, porque ela é muito desestruturada, não tem religião, bebe, sai à noite. Sei que, se não estivesse tomando esse remédio, seria pior. Estou dormindo melhor, mas ainda não estou bem. Não sei o que ele produziu, mas sei que estou sobressaltada com minha consciência. Sei que, se não estivesse tomando, seria pior. Estou com o caminhar melhor, me sinto mais segura, mas ainda tenho medo de cair.*

Escala BDI, - Está tão triste e infeliz que não agüenta mais. Sente-se desencorajada em relação ao futuro. Não se considera fracassada, mas não tem prazer no que faz. Não tem qualquer sentimento de culpa, mas acha que vai ser punida por alguma coisa. Não se sente desapontada, mas recrimina-se todo o tempo pelos erros que cometeu. Não pensa em se matar. Costumava chorar, mas, agora, mesmo que queira, não consegue. Irrita-se com coisas

que antes não a irritavam. Não perdeu o interesse pelas pessoas. Tem mais dificuldade que anteriormente para tomar decisões. Não se sente com pior aspecto que antes. Tem que se esforçar muito para fazer alguma coisa. Acorda 2 a 3 horas mais cedo e demora para voltar a dormir. Cansa-se com qualquer esforço. O apetite não é tão bom como era, mas, ultimamente, não tem perdido peso. Está tão preocupada com sua saúde que não consegue pensar em outra coisa. Está agora muito menos interessada em sexo do que de costume.

Soma: 28 pontos; depressão severa.

Depressão - sentimento de severa tristeza, baixo humor e letargia. Evidenciado por tristeza profunda, infelicidade e aborrecimento por tudo, sentimento de incapacidade, sem perspectiva para o futuro. Não consegue tomar decisões. Menor interesse em sexo que de costume. Cansaço com qualquer esforço. Estressor intrapessoal.

Sono intermitente - sono descontinuo dentro de um período de sono noturno normal esperado. Freqüente despertar durante o sono. Evidenciado por acordar 2-3 horas mais cedo e demora a voltar a dormir. Estressor intrapessoal.

Medo - sentimento de ameaça, perigo ou angústia com causa conhecida. Evidenciado por preocupação excessiva com a própria saúde que não consegue pensar em outra coisa. Medo de andar só pela limitação visual. Estressor intrapessoal.

Prescrição floral: mesma formula com acréscimo de Scleranthus.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: o floral fará com que a cliente recupere o equilíbrio interior, o poder de decisão, a firmeza, a estabilidade, a agilidade, a força e a possibilidade de tomar decisões no momento adequado, com confiança na sua intuição.

Terceira consulta (24/10/2002) - No dia marcado. Veio só, bem vestida, com traje mais jovial, andar mais seguro, aparência boa, expressão facial mais tranqüila, alegre, comunicativa e sorridente, falando mais forte.

Sente-se bem e só não está melhor porque as pessoas a perturbam. *Minha filha me perturba muito, fica trazendo o passado. Mas estou bem, não estou mais depressiva, apesar da situação de casa ser a mesma. Quando me aborreço, vou para a casa do meu irmão. Lá, eu me sinto muito bem e durmo bem porque me sinto num ambiente amado. Coisa que não sinto na casa da*

minha filha. Ela é muito prepotente, ela é muito ela. Ela diz que não tem obrigação comigo, passa o meu passado o tempo todo e isso me entristece, me machuca. O meu passado que ela relata é que eu deixei o pai dela por ele ter me colocado doença venérea. Então, eu deixei ela com uma tia e fui para o Rio. E lá vivi com outro homem. Isso ela não perdoa e me passa o tempo todo na cara, por mais que eu explique que não deu para levar ela e depois ele não permitiu e ela não quis ir comigo. Apesar de toda essa discórdia, estou convivendo melhor com as ofensas dela. Apesar dela me maltratar muito, estou me sentindo mais fortalecida.

Escala BDI, - Não se sente triste, nem desencorajada em relação ao futuro. Não se considera fracassada e tem prazer nas coisas que faz. Às vezes, sente-se culpada, mas não acha que está sendo punida por alguma coisa. Não se sente desapontada, porém recrimina-se todo o tempo pelos erros que cometeu. Não pensa em se matar, nem chora mais do que costumava. Irrita-se com coisas que antes não a irritavam. Não perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida como sempre. Não se sente com pior aspecto que antes. Tem que se esforçar muito para fazer alguma coisa. Acorda algumas horas antes do que o costume e demora para voltar a dormir. Cansa-se com qualquer esforço. O apetite é o mesmo de antes e ultimamente não tem perdido peso. Preocupa-se com algumas dores e mal-estares, como distúrbios gástricos e/ou obstipação. Não notou diferença quanto ao apetite sexual.

Soma: 13 pontos; depressão leve.

Distúrbio no relacionamento familiar - relação inadequada e inapropriada dos membros da família entre si. Evidenciado por não gostar de morar com a filha porque ela é prepotente, autoritária, mandona, difícil a convivência com ela. Sentimento de opressão e impotência por não poder modificar a situação. Sente falta de sua casa. Chora o tempo todo. Estressor interpessoal.

Fadiga - cansaço, sonolência, bocejamento freqüente, desatenção, sensação de não estar bem descansada, falta de vigor com ou sem atividade. Evidenciado por não ter disposição para nada, "até para falar, como a senhora esta vendo". O levantar é cansado, sem disposição para começar o dia, sente-se desencorajada, humor irritadiço. Estressor intrapessoal.

Culpa - sentimento de ter feito algo errado. Evidenciado por sentimento de culpa às vezes, sentimento de que está sendo punida por ter feito algo errado. Choro freqüente. Estressor intrapessoal.

Sono intermitente - sono descontinuo dentro de um período de sono noturno normal esperado. Freqüente despertar durante o sono. Evidenciado por acordar 2-3 horas mais cedo e demora a voltar a dormir. Estressor intrapessoal.

Prescrição floral: Rescue remedy + Vervain + Gentian + Chicory + Centaury + Holly.

Meta a ser alcançada Segundo a Prescrição floral: a mesma

Posologia: a mesma

Quarta consulta (12/12/2002) - Compareceu à consulta duas semanas após a data aprazada, mas entrou em contato com a pesquisadora no dia marcado, justificando sua ausência e mandou seu motorista pegar a medicação no dia da consulta. Hoje, veio em companhia de sua filha. Aparência boa, mais animada, mais segura no caminhar, expressão facial boa, comunicativa, disposta, timbre de voz mais forte, apesar de baixo. Ainda traz muita mágoa da filha pela maneira que ela a trata.

Tem passado muito bem, pois agora está fazendo assim: *Fico na casa da minha filha enquanto ela está bem. Ela começa a me aborrecer, não digo nada e saio para a casa de meu irmão. E assim vou vivendo. Antes eu ficava impossibilitada de sair; agora, não; graças a Deus estou conseguindo fazer isso e não vou permitir que ela me adoça como antes. Ela está aí, foi me buscar ontem. Eu vim, mas ficarei com ela até enquanto ela estiver de bom-humor. Atualmente, estou suportando melhor as coisas dela. Ela é muito problemática. Ela precisa fazer um tratamento com a senhora. É muito difícil ela vir, mas seria muito bom. Fui para a casa do meu irmão antes de minha cunhada adoecer, pois tive uma contrariedade muito grande com ela. Nesse período, minha cunhada adoeceu. Fiquei dando assistência a ela no hospital e depois em casa, pois a mesma teve pneumonia bilateral. Estou feliz por ela ter me buscado dessa vez, pois nunca havia passado tanto tempo fora de casa. Ficarei com ela enquanto ela estiver de bom-humor. Estava na casa do meu irmão desde o dia 11 de novembro. Estou dormindo bem, apesar da preocupação com o horário das medicações.*

Quando penso na minha vida, vejo que não fiz nada para mim. Estou pensando muito em ter meu cantinho com alguém para me fazer companhia. Estou com muita vontade de morar no campo, na tranquilidade, no silêncio.

Escala BDI, - Está triste todo o tempo e não consegue livrar-se desse sentimento. Não se sente desencorajada em relação ao futuro, nem fracassada. Não tem prazer no que faz. Não tem qualquer sentimento de culpa, nem acha que está sendo punida por alguma coisa. Não se sente desapontada, nem pior que as outras pessoas. Não pensa em se matar, nem chora mais do que o costume. Aborrece-se ou irrita-se mais facilmente. Não perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida como sempre. Não se sente com pior aspecto que antes. Tem que se esforçar muito para fazer alguma coisa. Está dormindo como sempre, mas se cansa com qualquer esforço. O apetite é o mesmo de antes e, ultimamente não tem perdido peso. Preocupa-se com algumas dores e mal-estares, como distúrbios gástricos e/ou obstipação. Não notou diferença quanto ao apetite sexual.

Soma: 9 pontos; estado normal.

Fadiga - cansaço, sonolência, bocejamento freqüente, desatenção, sensação de não estar bem descansada, falta de vigor com ou sem atividade. Evidenciado por não ter disposição para nada, "até para falar, como a senhora esta vendo". O levantar é cansado, sem disposição para começar o dia, sente-se desencorajada, humor irritadiço. Estressor intrapessoal.

Tristeza - sentimento de baixo espírito, melancolia devido à falta de energia. Evidenciado por tristeza freqüente e dificuldade de livrar-se desse sentimento, falta de prazer no que faz, muita mágoa da filha. Estressor intrapessoal.

Prescrição floral: Rescue Remedy + Vervain + Gentian + Chicory + Holly + Willow.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: a mesma.

Quinta consulta (16/01/2003) - No dia marcado. Veio só. Aparência boa, ativa, segura, diz estar bem e reivindicando os seus direitos de idosa. Acrescenta: *ela diz que não tem responsabilidade sobre mim, mas eu tenho a lei, e ela tem responsabilidade comigo*. Aconselhei-a falar com a assistente social do Centro. Certamente, ela a orientaria melhor quanto a isso, inclusive poderia falar com a sua filha.

Está enfrentando as coisas como nunca imaginou. O que a preocupa é o seu neto, pois está passando por uns problemas com sua mãe e no domingo ele bebeu e chegou em casa embriagado pela primeira vez. Ela pede que o atenda e esteja à disposição para quando ele quiser vir. *Isso tudo que está*

acontecendo na família é porque minha filha não tem religião; sempre muito ligada à questão religiosa.

Escala BDI, - Sente-se triste, mas não desencorajada em relação ao futuro. Não se considera fracassada. Tem prazer no que faz. Não tem qualquer sentimento de culpa, nem acha que está sendo punida por alguma coisa. Não se sente desapontada, nem pior que os outros. Não pensa em se matar. Costumava chorar, mas, agora, mesmo que queira, não consegue. Aborrece-se ou irrita-se mais facilmente. Não perdeu o interesse pelas pessoas. Continua decidida e dorme como sempre. Não se sente com pior aspecto que antes. Tem que se esforçar muito para fazer alguma coisa. Cansa-se com qualquer esforço. O apetite é o mesmo de antes e não tem perdido peso. Preocupa-se com algumas dores e mal-estares, como distúrbios gástricos e/ou obstipação. Não notou diferença quanto ao apetite sexual.

Soma: 9 pontos; estado normal.

Fadiga - cansaço, sonolência, bocejamento freqüente, desatenção, sensação de não estar bem descansada, falta de vigor com ou sem atividade. Evidenciado por não ter disposição para nada, “até para falar, como a senhora esta vendo”. O levantar é cansado, sem disposição para começar o dia, sente-se desencorajada, humor irritadiço. Estressor intrapessoal.

Tristeza - sentimento de baixo espírito, melancolia devido à falta de energia. Evidenciado por tristeza freqüente e dificuldade de livrar-se desse sentimento, falta de prazer no que faz, muita mágoa da filha. Estressor intrapessoal.

Prescrição floral e posologia: a mesma.

Meta a ser alcançada segundo a Prescrição floral: a mesma.

Após a Quinta consulta com alta da terapia floral cliente encaminhada para avaliação da geriatra quanto ao estado depressivo.

Parecer médico:

Em agosto de 2002, a cliente veio a este serviço com quadro de depressão, choro fácil, irritabilidade. Informa que apareceu esse sintoma desde que veio morar com sua filha. Essa a rejeita e maltrata. Foi, então, iniciado tratamento com florais de Bach. Hoje, procurou este serviço referindo que continua com os mesmos sintomas, acha que só terá melhora se deixar de morar com a filha.

Parecer da psicóloga:

A cliente passou a participar do grupo após o atendimento floral. Ao colocar-se para o grupo, disse que a causa de sua depressão é o conflito com a filha, pois a mesma não aceita sua religião. Sente-se rejeitada e não amada por ela. Estado geral bastante abatida, semblante triste, fala fraca, quase inaudível. Após as sessões da terapia grupal, a mesma sente-se mais confiante, aprendendo a lidar com a filha. No momento, encontra-se bem, apesar dos problemas existenciais.

4.2 Análise estatística das BDI

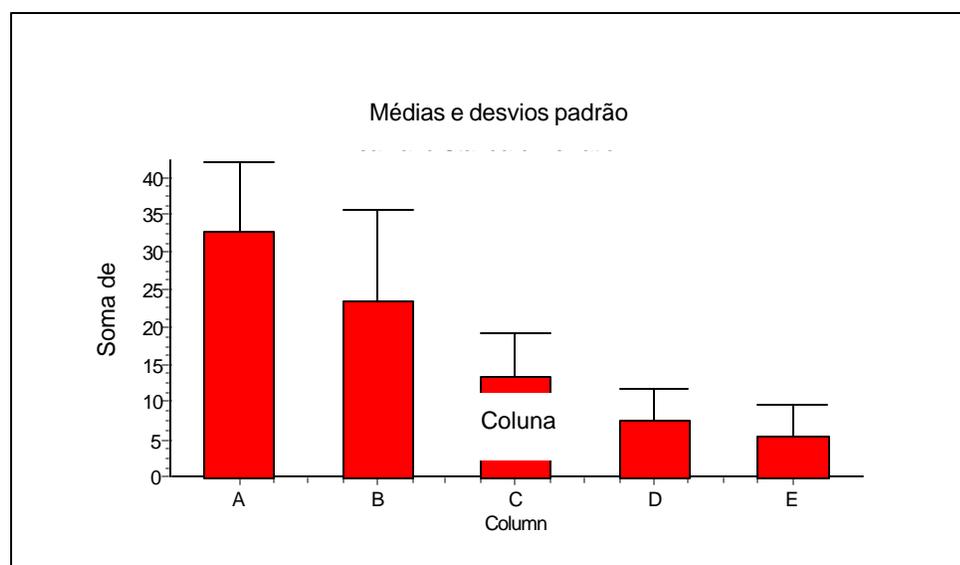
A distribuição da soma dos escores do BDI esta na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição da soma de pontos de BDI dos Clientes na primeira e nas consultas subseqüentes.

Cliente	Escala DBI Soma de pontos				
	1ª consulta	2ª consulta	3ª consulta	4ª consulta	5ª consulta
1ª	30	14	14	12	07
2ª	25	24	11	03	13
3ª	29	15	13	13	09
4ª	27	06	01	01	0
5ª	39	22	16	02	0
6ª	31	18	16	05	01
7ª	31	27	25	10	04
8ª	34	30	13	—	—
9ª	56	54	18	10	02
10ª	41	21	11	10	08
11ª	23	16	14	10	09
12ª	37	35	07	05	02
13ª	24	28	13	09	09

As médias e o desvios padrão das somas dos BDI na primeira e nas consultas subseqüentes estão representadas no gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição das médias e respectivos desvio padrão das somas dos BDI na primeira (A) e consultas subsequentes (B, C, D e E).



Média ± Erro padrão da média – Primeira consulta: 32,75 ± 2,69; Segunda consulta: 23,33 ± 3,54; Terceira consulta: 13,25 ± 1,69; Quarta consulta: 7,50 ± 1,18; e Quinta consulta: 5,33 ± 1,26.

Comparação	Diferença de média	q	Valor de p
1ª cons. vs 2ª cons.	9,42	4,67	< 0,05
1ª cons. vs 3ª cons.	19,50	9,67	< 0,001
1ª cons. vs 4ª cons.	25,25	12,52	< 0,001
1ª cons. vs 5ª cons.	27,42	13,60	< 0,001
2ª cons. vs 3ª cons.	10,08	5,00	< 0,01
2ª cons. vs 4ª cons.	14,83	7,85	< 0,001
2ª cons. vs 5ª cons.	18,00	8,93	< 0,001
3ª cons. vs 4ª cons.	5,75	2,85	> 0,05
3ª cons. vs 5ª cons.	7,92	3,93	> 0,05
4ª cons. vs 5ª cons.	2,17	1,07	> 0,05

Observa-se uma melhora estatisticamente significativa entre a média dos escores dos BDI entre a primeira e as consultas subsequentes. Observa-se também uma estabilidade do somatório dos BDI após a terceira consulta.

A distribuição da variável categórica do estado da depressão e da normalidade das clientes esta na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos diferentes estados de depressão e de normalidade das clientes na primeira e nas consultas subseqüentes.

Clientes	Escala DBI				
	Estado da depressão				
	1 ^a consulta	2 ^a consulta	3 ^a consulta	4 ^a consulta	5 ^a consulta
1 ^a	DS ¹	DL ²	DL	DL	N
2 ^a	DS	DS	DL	N	DL
3 ^a	DS	DL	DL	DL	N
4 ^a	DS	N	N	N	N
5 ^a	DS	DM ³	DL	N	N
6 ^a	DS	DM	DM	N	N
7 ^a	DS	DS	DS	DL	N
8 ^a	DS	DS	DL	—	—
9 ^a	DS	DS	DM	DL	N
10 ^a	DS	DS	DM	DL	N
11 ^a	DS	DM	DL	DL	N
12 ^a	DS	DS	N	N	N
13 ^a	DS	DS	DL	N	N

¹DS – Depressão severa, ²DL – Depressão leve, ³DM – Depressão média

A distribuição das freqüências dos estados das clientes *versus* a ordem das consultas esta na tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição das freqüências dos estados das clientes com possíveis associações com a ordem das consultas.

Estado do cliente	Ordem das Consultas			
	Normal	Depressão leve	Depressão media	Depressão severa
1 ^a cons.	0	0	0	12
2 ^a cons.	1	2	3	6
3 ^a cons.	2	6	3	1
4 ^a cons.	6	6	0	0
5 ^a cons.	11	1	0	0

A análise da distribuição das freqüências dos estados de depressão e de normalidade mostrou-se inadequada para a utilização de teste para variação de freqüências em face a existirem mais de 20% de caselas com freqüências absolutas (qui quadrado) inferior a 5 e sete sem freqüência (com valor 0).

5. ANALISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

“O Universo é, pois, único, infinito, imóvel... Não é gerado, pois outro ser não há, que o possa desejar ou esperar: ele mesmo possui todo o ser. E não perece, pois não há outro no qual possa transformar-se. Ele mesmo é tudo. Então, por que se modificam as coisas? Eu respondo: Qualquer transformação tende não para outro ser, mas para outro modo de ser (Giordano Bruno 1548-1600’ - Tavares, 1993).

5.1 Escolha do tema

O enfermeiro, no desempenho de suas atividades profissionais, seja ela assistencial e/ou educacional, necessita da aplicação de seus conhecimentos técnico-científicos com base em pressupostos de uma teoria que permita organizar, planejar, intervir e avaliar todo o processo de trabalho, possibilitando-o ainda avaliar as respostas advindas do indivíduo quanto à tomada de decisão, mudanças de comportamento e aquisição de conhecimentos e habilidades, a fim de reduzir o estresse e, conseqüentemente, melhorar a saúde do indivíduo.

Os transtornos do humor vão da depressão profunda à mania. Estima-se que 8% da população sofrerá de um transtorno de humor em algum momento da vida. A depressão é o mais comum. Ocorre com tanta freqüência que é chamada de o resfriado dos transtornos psicológicos. Sua incidência está aumentando com tanta rapidez que se chega a pensar que se está saindo da era da ansiedade e entrando na década da depressão (Holmes, 2001).

A depressão é uma doença caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas, entre os quais a tristeza. Por essa razão, é preciso distinguir-se o estado afetivo de tristeza que, por si só, constitui a doença. Por isso, é necessário não confundir estado passageiro de melancolia com a verdadeira depressão.

É imprescindível, que o enfermeiro qualificado como terapeuta floral identifique qual o estressor ou estressores responsáveis pela depressão do indivíduo, a fim de que prescreva, adequadamente, o floral e esse promova a harmonia no indivíduo, devolvendo-lhe a saúde.

Acreditando nesses pressupostos, o objetivo deste estudo foi perceber a relevância do cuidado de Enfermagem com visão holográfica, incluindo o uso dos florais de Bach em idosas com depressão. Utilizou-se a operacionalização da teoria de Betty Neuman em todas as suas fases, levando o indivíduo a trabalhar através da terapia floral com estressores responsáveis pelo seu estado depressivo e tornar visível o cuidado holográfico de Enfermagem, pois, à medida que se cuida da parte, cuida-se, também, do todo, o indivíduo não pode ser visto em fragmentos; tem-se que percebê-lo na sua totalidade, entender que aquilo que o está levando a adoecer hoje pode ser tanto um estressor recente como também um estressor muito antigo com repercussão no aqui e agora, ou seja, no hoje. O hoje é o que se idealiza e vivencia no próprio registro mental.

5.2 Caracterização das voluntárias do estudo

O estudo foi desenvolvido em 13 idosas, que se enquadravam nos critérios estabelecidos. Elas foram identificadas pelas flores do sistema terapêutico: Agrimony, Aspen, Cerato, Clematis, Cherry Plum, Chicory, Gentian, Holly, Mimulus, Rock Rose, Sweet Chestnut, Star of Bethlehem, e Vervain. Todas do gênero feminino. Quanto ao estado civil, havia 1 divorciada, 3 casadas, 4 solteiras e 5 viúvas, uma natural do Rio Grande do Norte e as demais da Paraíba. Todas tinham uma opção quanto a religião: 11 católicas e 2 evangélicas, sendo uma Testemunha de Jeová e a outra da Assembléia de Deus. Todas acima de 60 anos. Com exceção de duas, as demais tiveram filhos. Quanto à escolaridade, uma tinha o nível superior completo e as demais, baixa escolaridade. Todas foram atendidas no Centro de Reabilitação de Idosos - Damásio Barbosa de Franca, João Pessoa-PB.

5.3 Estressores da amostra

As freqüências dos estressores avaliados no estudo estão no quadro 1

Estressores	Intra-pessoal	Inter-pessoal	Extra-pessoal	Intra + inter pessoal	Intra + Extra pessoal	Intra+Inter +Extrapessoal	Total
Caso							
Agrimony	7	-	1	-	-	-	8
Aspen	6	-	1	2	-	-	9
Cerato	3	-	-	2	-	-	5
Clematis	7	2	1	-	-	1	11
Cherry Plum	6	-	-	1	-	-	7
Chicory	6	-	-	-	-	1	7
Gentian	7	-	-	-	-	1	8
Holly	5	-	-	1	-	1	7
Mimulus	7	2	-	4	-	-	13
Rock Rose	7	-	-	-	-	-	7
Star of Bethlehem	5	2	-	5	-	-	12
Sweet Chestnut	4	-	-	1	2	-	7
Vervain	6	2	-	3	-	-	11
Total	76	8	3	19	2	4	112

Quadro 1 : Estressores identificados na amostra

Os sinais e sintomas que levaram à identificação desses estressores foram os fenômenos de Enfermagem da CIPE - Versão Alfa. Desses fenômenos, os de maior freqüência foram: fadiga (11), tristeza e depressão (13), desesperança (7), baixa auto-estima (11), sono intermitente, insônia e dificuldade para dormir (10), déficit nutricional e emagrecimento (7), interação social limitada e isolamento social (11), culpa (6), distúrbio no relacionamento familiar e processo familiar alterado (6). Todos são comuns ao estado depressivo, que é o desânimo geral em relação à vida, mas todos eles se manifestam com suas particularidades individuais, o que reforça a filosofia de Bach, segundo a qual cada caso é único e deve-se tratar o indivíduo, não a doença. Isso permitiu que a pesquisadora, como enfermeira e terapeuta floral, com uma visão holográfica, associasse o passado com o presente do cliente, assim como seu contexto familiar. Entende-se que o indivíduo não é ele sozinho, mas um todo dinâmico, no macro e micro-sistema.

Observa-se, no Quadro 1, que os estressores que mais contribuíram para o estado depressivo no idoso foram os *intrapessoais* (76), seguidos dos *intrapessoais* e dos *interpessoais* associados (19), e os *interpessoais* (8). Os achados na literatura comprovam que a depressão na pessoa acima de 60 anos tem as mesmas características básicas da depressão do adulto. Entretanto, as particularidades, a situação existencial do indivíduo, sua perspectiva de vida, agora não muito longa, suas peculiaridades gerontogerítricas fazem com que a depressão, nessa fase da vida, tenha algumas sutilezas que nenhuma outra época traz. Também se deve buscar uma reflexão sistematizada que compreenda a depressão como fenômeno humano e, como tal, como ocorrência da existência humana e faz-se presente nas mais diferentes situações (Camon et al, 2001, Correia, 1996).

5.4 Depressão – visão abrangente

A depressão no idoso é relacionada principalmente com a gênese situacional. Ela carrega consigo um detalhamento bastante abrangente de diversos fatores que incidem de maneira indireta sobre a vida do indivíduo.

Diante dos procedimentos da psiquiatria contemporânea, que prescreve determinada medicação para o enfrentamento da depressão, nada mais ocorre como o mascaramento da própria sintomatologia, tornando-a dessa forma não mais uma manifestação dita humana, mas algo que foi conceituado como entidade nosológica e, como tal, se explica e se determina nessas circunstâncias (Carmon et al, 2001).

Entende-se, numa visão abrangente, que a depressão é algo mais amplo do que uma entidade nosológica que se pode aprisionar em conceitos e domesticar com uso de determinada medicação. É um sofrimento que surge no âmago da alma humana e a lança ao encontro de suas possibilidades de liberdade, ainda que esse processo seja, em princípio, doloroso e que a própria percepção do indivíduo não possa alcançá-la em todo o seu dimensionamento. Por essa razão, que a terapia floral de Bach foi escolhida, uma vez que ela trabalha equilibrando o indivíduo em toda a sua dimensão: física, mental e espiritual e, conseqüentemente, o ambiente que o cerca também será harmonizado. As essências florais trabalham as emoções básicas do indivíduo, sem interferir nas medicações das quais a idosa, por ventura, esteja fazendo uso. Pelo contrário, poderá ser utilizada associada a

qualquer medicação alopática, acelerando os benefícios dessa última, pois as essências florais irão atuar nos estados emocionais em desequilíbrio, restabelecendo a saúde do indivíduo (Vasconcelos, 2000).

O sofrimento de uma pessoa é individual e se processa em todo o seu subjetivismo. No entanto, as circunstâncias sociais que envolvem sua realidade existencial irão conferir-lhe características bastante semelhantes em seu sofrimento no contato com outras pessoas que também estão inseridas nesse contexto social. A holografia ocorre em todo o momento da existência, pois, como criaturas humanas, todas são o reflexo dos próprios pensamentos e ações, e tudo que acontece em um contexto familiar e comunitário.

São muitas as situações que envolvem a depressão: perdas pessoais que abalam o estado de ânimo; sobrecarga emocional e estresses, que consomem o caudal de energias e impulsos; isolamento ou inatividade, que interrompem a comunicação; e rupturas ou crises, as quais interrompem o ritmo habitual de vida, como a depressão dos aposentados (Correia, 1996). Essas situações corroboram os estressores do sistema de Betty Neuman. Essa abrangência precisa ser bem definida para que se identifiquem quais os estressores da depressão na pessoa idosa, pois existem peculiaridades nesta faixa etária que tornam as depressões existentes portadoras de uma matriz própria, digna de serem apontadas.

Existe uma tendência em atribuir os sintomas depressivos ao próprio envelhecimento, e não a uma situação existencial que está levando o indivíduo ao adoecimento. As alterações das funções biológicas ou sinais vegetativos incluem distúrbio no sono, alteração no apetite. O deprimido idoso pode, muitas vezes, apresentar-se extremamente ansioso, preocupado com sintomas físicos (Carvalho e Papaléo Neto, 1994).

As repercussões funcionais da aposentadoria; a perda do *status* social e financeiro; o fato de, muitas vezes; o indivíduo não ser mais o chefe da família, que não mais depende dele; a decadência física; a perda de parentes e amigos; o isolamento social; tudo isso pode levar a queixas da esfera somática que mascaram, inteiramente, o quadro depressivo (Correia, 1996). É aí que se percebe a importância da medicina vibracional: ela procura curar a doença, ou seja, os desequilíbrios, transformando a consciência do indivíduo e atuando sobre os padrões energéticos que dirigem a expressão física do corpo e da vida. A consciência é uma espécie de energia que está integralmente

relacionada com a expressão celular do corpo físico (Gerber,1997;Gerber, 2002). Sendo assim, a medicina vibracional procura interagir com os campos primários de energia sutil que formam a base e contribuem para a expressão funcional do corpo físico.

5.5 Resultados

Os fenômenos específicos de Enfermagem foram identificados a partir dos estressores intra, inter e extrapessoais, para os quais foram traçadas metas a serem alcançadas segundo a prescrição dos florais de Bach. Neste estudo, foram evidenciados mais os estressores intrapessoais, seguidos dos intra e interpessoais associados. Em seguida, identificaram-se os interpessoais, os intra, inter e extrapessoais associados, os extrapessoais, e, por último, os intra e extrapessoais associados.

Os diagnósticos identificados relacionados aos estressores intrapessoais mais freqüentes foram: tristeza, depressão, desesperança, baixa auto-estima, fadiga, sono intermitente, dificuldade para dormir e insônia, déficit nutricional e falta de apetite, culpa. Já quanto aos estressores Interpessoais e intrapessoais associados, diagnosticou-se mais amiúde: interação social limitada, distúrbio no relacionamento, solidão, dificuldade para dormir. E, finalmente, em relação aos estressores intra e extrapessoais associados, os diagnósticos apresentados foram: dificuldade para dormir, sono intermitente, pressão sanguínea elevada, razões para as ações.

Todos esses diagnósticos, com exceção de pressão sanguínea elevada, contribuem com o estado depressivo do indivíduo e reforçam os critérios do DSM IV, em que este estudo se baseou para dar o diagnóstico dos sujeitos do estudo.

5.5.1 Os estressores intrapessoais

O diagnóstico de tristeza é um fenômeno visto pela Enfermagem como uma emoção, com as seguintes características específicas: sentimento de baixo espírito, melancolia e falta de energia (Nóbrega e Gutiérrez, 2000). Esses sintomas estão expressos a partir dos seguintes depoimentos:

... não tenho prazer no que faço..., ... estou muito magoada com minha filha, ela não me ama..., ... sinto-me triste (Vervain)

... humor péssimo, infeliz e aborrecida com tudo” (Sweet Chestnut)

... Estou triste pela morte dele... (Rock Rose)

... Eu me sinto triste por tudo... (Mimulus)

... Sinto-me muito triste. (Gentian)

...Estou tão triste e infeliz que não agüento mais e estou aborrecida com tudo. (Chicory)

... Estou triste porque um grande amigo morreu... (Agrimony)

... Procuo sair muito de casa para esconder a tristeza, mas não faço nada produtivo.. (Cherry Plum)

Para a Enfermagem, depressão é um fenômeno pertencente à emoção, com as seguintes características específicas: sentimento de limitação ou falta de possibilidades e significados na vida, sem habilidade para mobilizar energia e com pessimista visão do futuro (Nóbrega e Gutiérrez, 2000).

Percebem-se esses sinais e sintomas nos seguintes depoimentos:

... Falta de ânimo, não saio nem para a igreja..., ...Deixei de participar do grupo de idosos..., ...Estou no momento como observadora, até as atividades domésticas não estou realizando... (Clematis)

... Sinto-me deprimida, sem ânimo para nada..., ...Para vir para cá foi muito difícil...,

... Não tenho esperança quanto ao futuro... (Cherry plum)

... Quando meu marido morreu, ficou um vazio muito grande, me sinto deprimida desde a morte dele, há 2 anos, e de lá para cá, não tive mais saúde..., ...Vontade de morrer, vontade de sair e não voltar mais..., ...Choro muito, não consigo me controlar..., ...Atualmente me sinto revoltada, irritada..., ...Me sinto fracassada..., Não tenho disposição para nada, me falta motivação..., ...Me sinto como uma fruta por fora bonita e por dentro podre... (Holly)

... Sinto-me no fundo do poço... (Mimulus)

... Não tenho ânimo para nada..., ... Perdi o interesse pelas coisas que gostava..., ... Me sinto fracassada..., ... Há sete anos me fechei para o mundo..., ... Não tenho nenhum sentimento em relação à vida..., ...Não penso no futuro, pois sei que vou morrer... (Star of Bethelam)

... Sinto uma tristeza profunda..., Sinto-me incapaz, sem perspectiva para o futuro..., ...Não tomo decisões... (Vervain)

O diagnóstico de desesperança é um fenômeno de Enfermagem pertencente à emoção e apresenta as seguintes características: sentimento de profunda desesperança e de ter perdido toda esperança (Nóbrega e Gutiérrez,2000).

Estão confirmados esses sinais e sintomas nos seguintes depoimentos:

... Não tenho esperança quanto ao futuro... (Rock Rose)

... Não faço planos; o futuro a Deus pertence... (Mimulus)

... Não me planejo para o futuro..., ... “Quanto à vida, não penso em nada...”(Gentian).

... Levo a vida em banho Maria..., ...Perspectiva pequena em relação à vida..., ... Só tenho certeza da morte..., ... Já comprei o buraco no cemitério..., ... Não tenho entusiasmo pela vida... (Chicory)

... A vida não vale nada..., ... Não tenho esperança quanto ao futuro..., ... Sinto-me para baixo... (Cherry Plum)

... Não tenho esperança de nada... (Aspen)

... Não tenho vontade para nada..., ... Para mim, o mundo acabou, só tem o que temer... (Agrimony)

O diagnóstico de baixa auto-estima situacional é um fenômeno de Enfermagem pertencente à auto-estima, com as seguintes características específicas: auto-avaliação negativa sobre si próprio ou sobre as próprias capacidades, inabilidade de aceitar prazer e encorajamento em certas situações (Nóbrega e Gutiérrez,2000).

Nos seguintes depoimentos, percebem-se esses sinais e sintomas:

... Recrimino-me pelos erros do passado..., ...Estou desgostosa comigo mesma..., ...Sentimento de culpa constante... (Aspen)

... Não tenho perspectiva na vida..., ... Falta tudo na minha vida..., ... Estou vegetando..., ... Só vejo coisas ruins na minha vida..., ... Tenho a sensação que estou sendo punida pelos erros que cometi... (Clematis)

... Sinto-me culpada por não ter dado certo na vida..., ... O meu companheiro me abandonou, sem explicação, da noite pro dia, e eu me culpo por isso..., ... Recrimino-me por tudo, até pelos erros dos outros... (Cherry Plum)

... O AVC me desmoronou. Antes eu era vaidosa, ninguém jamais viu um cabelo branco em minha cabeça. Hoje eu ando assim, não uso batom, nada. Antes eu era vaidosa... (Chicory)

... Não consigo tomar decisões..., ...Só me sinto segura com minha filha, hoje ela é como se fosse minha mãe..., ...Sou muito irritada, estressada..., ... Estou desgostosa, sempre me sinto culpada...(Gentian)

... Não gosto de mim, recrimino-me por tudo, gostaria de desaparecer...,

... Me sinto feia e desagradável..., ...Me sinto um total fracasso... (Holly)

... Não saio de casa, só para resolver as coisas... (Mimulus)

... Viver a vida, não; atravessar a vida. Tem dia melhor, outro não e assim vai..., ... Estou velha e desajeitada...(Rock Rose)

... Não me sinto amada pela minha mãe e isso faz eu me sentir para baixo..., ... O que está me incomodando há algum tempo é a velhice... (Star of Bethlehem)

... Me sinto desagradável, não me sinto bem, não estou conseguindo fazer o que fazia, não consigo mais trabalhar para o público, estou irritada... (Sweet Chestnut)

O diagnóstico de fadiga é um fenômeno de Enfermagem pertencente ao repouso. Tem as seguintes características específicas: cansaço, sonolência, bocejo freqüente, desatenção, sensação de não estar bem descansado, falta de vigor com ou sem atividade (Nóbrega e Gutiérrez,2000).

Confirmam-se esses sinais e sintomas nos seguintes depoimentos:

... Não tenho disposição para nada, até para falar, como a senhora está vendo..., ... O levantar é cansado, sem disposição para começar o dia sinto-me desencorajada, o meu humor é irritadiço..., ... Canso-me com qualquer esforço..., ... Irrito-me com coisas que não me irritava..., ... Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa..., ... Não tenho prazer no que faço... (Vervain)

... Estou sempre cansada..., ... Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa..., ... Perdi completamente o interesse sexual...(Sweet Chestnut)

... Canso-me mais facilmente que antes..., ... Perdi completamente o apetite sexual..., ... Sinto-me desencorajada...(Star of Bethlehem)

... Não tenho disposição para enfrentar o dia..., ... Estou cansada mesmo dormindo bem... (Rock Rose)

... Sinto-me indisposta para enfrentar o dia... (Mimulus)

... Não tenho disposição para nada..., ... Só vivo deitada..., ... Sinto uma moleza no corpo, não consigo fazer nada... (Gentian)

... Não tenho disposição para nada, acho o dia longo, meu despertar é ruim, o levantar difícil, só tenho vontade de ficar na cama... (Clematis)

O diagnóstico de sono intermitente é um fenômeno de Enfermagem pertencente ao sono. Apresenta as seguintes características específicas: sono descontínuo dentro de um período de sono noturno normal esperado, freqüente despertar durante o sono (Nóbrega e Gutiérrez,2000).

Nos depoimentos abaixo, podem ser percebidos esses sinais e sintomas:

... Não durmo bem, sono agitado, acordo várias vezes, não consigo dormir..., ... Não estou dormindo bem..., ... Acordo e fico pensando sobre minha vida e os problemas..., ... Acordo mais cedo e não consigo mais dormir... (Clematis)

... Acordo algumas horas antes do que costumava acordar e não consigo mais dormir... (Gentian)

... Não durmo bem, sempre tenho insônia, atribuo a preocupação com a filha que bebe e namora com um malandro... (Sweet Chestnut)

O diagnóstico de dificuldade para dormir é um fenômeno de Enfermagem pertencente ao sono, com as seguintes características específicas: dificuldade para iniciar a diminuição da atividade corpórea (Nóbrega e Gutiérrez, 2000).

Esses sinais e sintomas são confirmados nos seguintes depoimentos:

... Vou para cama e não consigo dormir, pois fico pensando no meu filho que saiu para beber... (Agrimony)

... Não durmo tão bem como antes... (Star of Bethlehem)

... Vou para cama e os pensamentos não me deixa dormir... (Rock Rose)

... Só consigo dormir quando estão todos quatro em casa, principalmente, o filho, pois, se ele não está, eu sei que está bebendo (Mimulus)

... Não durmo bem sofro de insônia a mais de 40 anos..., ... Acordo várias vezes a noite e não consigo dormir... (Cerato)

O diagnóstico de insônia é um fenômeno de Enfermagem pertencente ao sono, com as seguintes característica específica: falta de sono (Nóbrega e Gutiérrez,2000).

Os sinais e sintomas são confirmados a partir dos seguintes depoimentos:

... Não consigo dormir devido à preocupação e pensamentos... (Aspen)

... Só durmo à base de Diazepan... (Chicory)

... Estou sem dormir, me preocupo muito com tudo..., ...Quando durmo, acordo e não consigo mais dormir..., ... Não estou dormindo bem, tomo remédio para dormir e às vezes tenho insônia, mesmo tomando o remédio... (Star of Bethlehem)

O diagnóstico de déficit nutricional é um fenômeno de Enfermagem pertencente à nutrição e tem as seguintes características específicas: ingestão menor do que as necessidades corporais (Nóbrega e Gutiérrez,2000).

Nos depoimentos que se seguem observam-se esses sinais e sintomas:

...Estou perdendo peso... (Agrimony)

... Não estou comendo nada... (Holly)

... Não me alimento bem... (Gentian)

... O apetite não é como antes, perdi 250 gramas... (Cherry Plum)

O diagnóstico de falta de apetite é um fenômeno de Enfermagem pertencente à sensação e caracteriza-se por: desejo diminuído por alimentos freqüentemente relacionados com boca e garganta (Nóbrega e Gutiérrez,2000).

As falas seguintes podem confirmar esses sinais e sintomas:

... Como por obrigação..., ... Não tenho vontade de comer... (Mimulus)

... Não tenho apetite, não estou me alimentando..., ... O apetite não é tão bom como era antes... (Sweet Chestnut).

O diagnóstico de culpa é um fenômeno de Enfermagem pertencente à emoção e caracteriza-se por um sentimento de ter feito algo errado (Nóbrega e Gutiérrez, 2000).

... Sinto-me culpado às vezes por ter feito algo errado..., ... Choro o tempo todo..., ... Culpo-me por não ter levado minha filha para o Rio e por isso me recrimino o tempo todo... (Vervain)

... Culpo-me pelo que não fiz..., ... Me sinto culpada por não amar minha mãe... (Star of Bethlehem)

... Tenho um sentimento de ter feito algo errado... (Rock Rose)

... Sinto-me culpada por não ter dado certo na vida e isso faz com que eu me recrimine por tudo..., ... às vezes, me pergunto onde errei para e le ter me abandonado sem explicação... (Cherry Plum)

Não se pode deixar de assinalar os diagnósticos de Enfermagem ansiedade, medo, interação social e isolamento social, embora não tenham aparecido em todas as voluntárias, são comuns ao estado depressivos.

O diagnóstico de ansiedade é um fenômeno de Enfermagem pertencente à emoção, com as seguintes características específicas: sentimento de ameaça, perigo ou angústia sem causa conhecida (Nóbrega e Gutiérrez, 2000).

Os sinais e sintomas são percebidos nos seguintes depoimentos:

... Às vezes, quando me contraria, sinto taquicardia, tontura, dor na nuca, os olhos ficam secos, mãos ficam trêmulas e suadas, voz rouca e trêmula... (Cerato)

O diagnóstico de medo é um fenômeno de Enfermagem pertencente à emoção, com a seguinte característica específica: sentimento de ameaça, perigo ou angústia com causa conhecida (Nóbrega e Gutiérrez, 2000).

Os sinais e sintomas estão confirmados nos seguintes depoimentos:

... Tenho medo de andar só pela limitação visual..., ... Tenho medo de cair, já levei várias quedas... (Vervain)

... Tive uma sensação de que alguém se aproximava de mim e pegava no meu pescoço aí eu me lembrei do meu compadre... (Agrimony)

5.5.2 Os estressores intra e interpessoais

Dentre os fenômenos de Enfermagem ligados aos estressores intra e interpessoais, chama-se atenção para os seguintes diagnósticos: *solidão, interação social limitada e distúrbio no relacionamento familiar*.

O diagnóstico de solidão apareceu em três voluntárias do estudo, embora seja uma característica marcante do estado depressivo.

O diagnóstico de *solidão* é um fenômeno de Enfermagem pertencente à emoção com as seguintes características: sentimento de tristeza, melancolia devido à falta de companhia simpatia e amizade (Nóbrega e Gutiérrez, 2000).

Os sinais e sintomas foram confirmados a partir dos seguintes depoimentos:

... Fui mãe e pai e hoje não tenho ninguém..., ... Ter tido tanto filho e hoje não contar com nenhum... (Aspen)

... Moro com os filhos e me sinto só..., ... Sinto falta da atenção dos filhos do diálogo, ninguém lembrou do meu aniversário... (Holly)

O diagnóstico de interação social limitada é um fenômeno de Enfermagem pertencente à interação social, com as seguintes características específicas: participação insuficiente, em qualidade, nas trocas sociais (Nóbrega e Gutiérrez,2000).

Os sinais e sintomas foram confirmados a partir dos seguintes depoimentos:

... Não tenho lazer e só saio de casa para a igreja e para resolver as coisas... (Mimulus)

... Não recebo visita, não saio de casa porque a vista não permite, fico na dependência de alguém para sair... (Vervain)

... Não frequento mais as atividades de grupo de idosos e nem do apostolado que antes tinha prazer...(Cherry Plum)

... Fico isolada com meus pensamentos, deixo de ir para o grupo da terceira idade e à missa, não faço os trabalhos manuais, não assisto televisão, sinto um vazio... (Clematis)

... Sou tímida, introvertida, uma pessoa fechada..., ... Só saio para a missa...(Chicory)

... Sinto falta de companhia... (Gentian)

O diagnóstico de distúrbio no relacionamento familiar é um fenômeno de Enfermagem pertencente a relacionamento familiar, com as seguintes características específicas: relacionamento inadequado e impróprio dos membros da família entre si (Nóbrega e Gutiérrez,2000).

Os sinais e sintomas foram confirmados a partir dos seguintes depoimentos:

... Tenho saudade da vida que levava com meu marido, pois tinha uma vida boa..., ... Hoje os filhos não se entendem, meu filho alcoolista... (Mimulus)

... Minha irmã diz coisas que não devia, ela me maltrata com palavras, a convivência é muito difícil... (Cerato)

... Não gosto de morar com minha filha porque ela é prepotente autoritária, mandona, é muito difícil de conviver com ela..., ... Me sinto oprimida por não poder modificar a situação..., ...Minha filha me perturba

muito, fica trazendo o passado o tempo todo e isso me aborrece, não me sinto amada... (Vervain)

... meu filho deixou a mulher e veio para minha casa de mala e cuia e isso me contrariou muito... (Sweet Chestnut)

... Meu marido desconfiou de minha honestidade, desde então não saio de casa para me divertir, vivo com ele com um estranho... (Star of Bethlehem)

... Minha depressão começou há três meses por conta da situação financeira e da situação familiar uma vez que meus filhos não se entendem, não suporto brigas... (Clematis)

5.5.3 Os estressores extrapessoais

Os fenômenos de Enfermagem ligados aos *estressores* extrapessoais (contexto sócio-político-econômico), apesar de aparecerem em menor proporção, exercem influência na depressão. Nos casos estudados, apareceu o fator isolamento social, já definido acima.

Observa-se esse estressor extrapessoal no seguinte depoimento:

... Os filhos não me visitam...(Agrimony)

Estressores extrapessoais apareceram, também, associados aos intrapessoais. Os seguintes diagnósticos – que já foram definidos anteriormente – comprovam essa interseção: sono intermitente, razões para as ações e pressão sanguínea elevada.

... Não durmo bem, atribuo a preocupação com os filhos e a pensamentos... (Sweet Chestnut)

... Preocupada com minha neta de 13 anos que esta gravemente doente..., ... Filho mais novo não quer estudar... (Gentian)

... Sobrinho quer vender a casa da família, isso me aborrece muito, minha pressão sobe e eu já tive dois AVC... (Chicory)

5.5.4 Os estressores interpessoais

Os fenômenos de Enfermagem ligados aos *estressores* interpessoais, que também influenciam na depressão, apareceram, neste estudo, em cinco diagnósticos: crença religiosa, razões para as ações, pesar disfuncional e raiva.

O diagnóstico de crença religiosa é um fenômeno de Enfermagem pertencente à crença e apresenta a seguinte característica específica: capacidade de reter ou abandonar ações, levando em conta a opinião religiosa de uma pessoa (Nóbrega e Gutiérrez, 2000).

Os sinais e sintomas podem ser observados nas seguintes falas:

... Ela não gosta da minha religião, e isso é motivo de uma discussão. Ela faz coisas que minha religião não permite, como beber, fumar. Me sinto oprimida por causa dela, por conta de tudo isso... (Vervain)

O diagnóstico de razão para as ações é um fenômeno de Enfermagem pertencente à pessoa, com as seguintes características específicas: motivação que propiciam um entendimento e explicação para o comportamento de uma pessoa (Nóbrega e Gutiérrez, 2000).

Os sinais e sintomas foram percebidos no seguinte depoimento:

...Preocupo-me com minha neta, pois a mesma apresenta comportamento inadequado..., ... minha filha mais nova tem o curso superior e não quer nada com a vida, não tem responsabilidade com nada... (Clematis)

O diagnóstico de pesar disfuncional é um fenômeno de Enfermagem pertencente a pesar, com as seguintes características específicas: sentimento prolongado de grande tristeza devido à perda (Nóbrega e Gutiérrez, 2000).

Os sinais e sintomas estão expressos no seguinte depoimento:

... Quando minha tia faleceu, eu fiquei desesperada, então questioneei por que não minha mãe, ela não iria me fazer falta..., ... Eu sofri muito e ainda sofro..., ... Meu chão abriu com a morte dela..., ... Minha mãe é bem velhinha, eu a visito, mas não tenho afeto por ela. Quando eu faço um gesto mais afetuoso, me recrimino, me chamo de hipócrita, não gostaria de sentir isso, mas sinto... (Star of Bethlehem)

O diagnóstico de raiva é um fenômeno de Enfermagem pertencente à emoção. Tem a seguinte característica específica: sentimento de animosidade, frustração e hostilidade (Nóbrega e Gutiérrez, 2000).

Os sinais e sintomas foram confirmados a partir do seguinte depoimento:

... Visito minha mãe, mas não consigo ter carinho por ela, pois ela sempre me chamava de feia, nunca me deu carinho. Pelo contrário, sempre me botou para trás e eu me sentia um patinho feio, já na casa de minha tia eu era o cisne...(Star of Bethlehem)

Os diagnósticos mencionados são sinais somáticos da depressão e são os sintomas mais comuns de distúrbio afetivo em pessoas idosas. Isso é confirmado pelos diversos autores.

Cohen e Eisdorfer (1997) afirmam que os distúrbios no padrão do sono, em especial, parecem ser dos primeiros sinais da depressão. Outros sinais vegetativos, dessa forma denominados porque caracterizam um gasto somático ou deterioração, podem incluir a fadiga, a perda da libido e alteração do peso. Os sintomas psicológicos são comumente vistos em pessoas idosas com depressão. Incluem sentimentos de desespero, pessimismo, inadequação, desamparo, desânimo e invalidez (Calkings; Ford; Katz, 1997).

Miguel Filho e Almeida (1995) reforçam isso quando afirmam que o quadro clínico apresentado pelos idosos deprimidos se assemelha, na maior parte das vezes, àquele encontrado em outras faixas etárias. E acrescentam perda de interesse e prazer em atividades anteriormente significativas, distúrbios vegetativos, alterações da psico-motricidade, perda de energia, diminuição da auto-estima, dificuldade cognitiva, sentimento de desesperança ou culpa.

A depressão reativa tem um significado descritivo. Inicialmente, era um termo aplicado somente a episódios decorrentes de estresse psicossocial, porém se tem conhecimento de que pode ocorrer na ausência desse fator. Pode, ainda, estar associada a isolamento social, perda de autonomia e independência, inatividade, perda de reputação social, dificuldade financeira, mudança de residência, insônia severa, doença físico-mental do cônjuge, viuvez recente, separação, perda de amigos e parentes, presbiacusia e prejuízo do estado locomotor (Carvalho e Fernandez, 1996).

Atualmente, valoriza-se não só as alterações afetivas nos distúrbios depressivos, mas, de igual modo, as perturbações da cognição, isto é: as perturbações da memória, do pensamento, da iniciativa e do julgamento, como também a presença de diversos desequilíbrios fisiológicos, como os do sono, do apetite, da sexualidade e da atividade física em geral (Guz, 1990).

Os fenômenos de Enfermagem ligados aos estressores estão descritos no quadro 2.

Quadro 2 – Fenômenos de Enfermagem ligados aos estressores

Estressores Diagnósticos	Intra Pessoal	Inter pessoal	Extra pessoal	Intra e inter pessoal	Intra e extra pessoal	Intra, inter e extra pessoal
Dificuldade para dormir	Agrimony, Cerato, Mimulus*		Agrimony			
Isolamento social Tristeza	Rock Rose Gentian Agrimony, Chicory, Mimulus*, Rock Rose, Sweet Chestnut, Vervain					
Desesperança	Agrimony, Aspen, Chicory, Cherry Plum, Gentian*, Mimulus*, Rock Rose.					Holly
Falta de appetite	Agrimony*, Mimulus, Rock Rose				Star of Bethlehem	
Ansiedade	Agrimony, Chicory, Vervain*					
Culpa	Agrimony, Cherry Plum*, Mimulus, Rock Rose*, Vervain				Star of Bethlehem	
Medo	Agrimony, Chicory, Vervain*,	Clematis				
Depressão	Clematis, Cherry Plum, Holly, Mimulus*, Star of Bethlehem, Vervain*					
Distúrbio no relacionamento familiar				Star of Bethlehem, Vervain, Mimulus		Clematis
Insônia	Chicory, Holly*, Star of Bethlehem	Star of Beth lehem		Aspen		
Solidão		Star of Bethlehem		Aspen, Holly, Sweet Chestnut		
Crença de valores	Aspen*					
Dor	Agrimony					
Fadiga	Aspen, Cerato, Clematis, Cherry Plum, Gentian*, Holly, Mimulus	Rock Rose*, Star of Behlehem*, Sweet Chestnut, Vervain				
Baixa auto-estima situacional	Aspen, Cerato, Clematis, Cherry Plum, Gentian*, Holly, Mimulus*	Rock Rose, Star of Bethlehem*	Sweet Chestnut			
Processo familiar alterado				Cerato		

Crença religiosa		Vervain				
Eliminação urinária alterada	Cerato					
Mucosa oral alterada	Cerato					
Interação social limitada	Clematis*, Cherry Plum*, Gentian*, Holly*, Star of Bethlehem, Sweet Chestnut*			Mimulus, Vervain*		
Sono intermitente	Clematis*, Cherry Plum*, Gentian*, Vervain*				Sweet Chestnut	
Pressão elevada					Chicory	
Raiva		Star of Bethlehem				
Abuso sexual		Star of Bethlehem				
Emagrecimento	Star of Bethlehem			Star of Bethlehem		
Razão pelas ações		Clematis				
Memória				Mimulus		
Maternidade alterada				Star of Bethlehem		
Pesar disfuncional		Star of Bethlehem				

Quadro 2. Fenômenos de Enfermagem ligados aos estressores.

5.5.5 Uso da terapia floral de Bach

O uso da terapia floral é de grande importância uma vez que seu potencial atua sobre os problemas que sofrem os indivíduos. É por isso que se recomenda que se experimente o valor de cada essência energética para cada cliente sem levar em conta o diagnóstico ou indicação terapêutica habitual. É importante enfatizar que este estudo não se contrapõe a nenhum tratamento clínico. Pelo contrário, tem como objetivo ajudar nas situações aonde a prática convencional, muitas vezes, não alcança a gênese da doença por tratar, principalmente o sintoma, e não a causa da enfermidade.

Sra. Agrimony iniciou o tratamento com depressão severa. Como fatores desencadeadores percebia-se a presença de estressores intrapessoais, extrapessoais e interpessoais. Começou-se a observar a eficácia do tratamento já na segunda consulta. O estado geral da cliente já apresentava sensíveis melhoras, pois, mesmo tendo sofrido uma perda muito grande, não se sentia como anteriormente e estava reagindo bem às situações. Isso pôde ser comprovado pelo seguinte depoimento: *Eu estou nova, aquela pessoa não existe mais. Apesar de não estar boa de tudo, senti-me em condições de prestar assistência a ele. Se fosse há um mês atrás, eu não teria feito por ele o que eu fiz.* Entretanto, como sofrera uma perda significativa, achou-se melhor acrescentar, na fórmula, o floral agrimony para que esse sentimento fosse trabalhado e esse luto, vivenciado, sem precisar colocar máscaras.

Na terceira consulta, a paciente parecia estar ótima, inclusive, aparentemente, havia normalizado a pressão arterial. Isso mudou o diagnóstico inicial de depressão *severa* para *leve*. Foi mantida a mesma prescrição.

Na quarta consulta, o estado emocional da paciente era estabilizado.

Na quinta consulta, a paciente sentia-se tão bem que a aparência era jovial e inclusive tinha colocado uma prótese dentária, seu grande sonho.

Um exemplo de como atua o cuidado de Enfermagem com visão holográfica pode ser observado no fato de a cliente ter trazido sua vizinha e o filho. Quando se está cuidando de um indivíduo, não se cuida apenas dele, mas também das pessoas que o cercam. Tudo está interrelacionado. Cada indivíduo é um holograma. Está inserido em um contexto familiar, em uma comunidade. Assim,

tem a necessidade de transmitir sua sensação de bem-estar para os que com ele convivem.

Sra. Aspen iniciou o tratamento com depressão severa, em decorrência de estressores intrapessoal, interpessoal e extrapessoal. Observou-se que as metas do tratamento foram alcançadas uma vez que, na segunda consulta, a cliente havia melhorado quanto à insônia. Não mais se queixava do abandono dos filhos, nem mais se preocupava com as coisas que não podia resolver. Queixava-se de que a memória estava ruim. Manteve-se a mesma prescrição floral, com acréscimo de Clematis por conta da questão da fraca memória.

Na terceira consulta, o sentimento de abandono por parte dos filhos estava mais suave, a tristeza já havia passado e voltara a ter prazer nas atividades. O estado de depressão era, naquele momento, *leve*.

Na quarta consulta, a cliente estava bem, com disposição, cuidando mais de sua aparência física. O seguinte depoimento pode comprovar essa melhora: *O que eu sentia, graças a Deus, não estou sentindo mais*. Considerou-se, então, seu estado *normal*.

Na quinta consulta, Aspen era uma pessoa bem-humorada, estava procurando visitar mais os filhos em vez de se lamentar com a ausência deles. Estava se cuidando mais, participava do grupo recreativo do Centro e de outros grupos de idosos.

Sra. Cerato iniciou o tratamento com depressão severa em conseqüência de estressores intrapessoal, interpessoal e extrapessoal. O objetivo do tratamento foi alcançado uma vez que, na segunda consulta, a cliente estava passando bem, mais paciente, voltara a participar das festividades, a convivência com a irmã melhorara e a tristeza diminuíra. Havia, pois, uma depressão *media*. Na terceira consulta, estava ainda melhor que anteriormente, ou seja, a depressão já podia ser considerada *leve*. Na quarta consulta, seu estado já pôde ser considerado *normal*, apesar de persistir a insônia, ainda que em menor intensidade. Na quinta consulta, mantinha-se estável, embora continuasse com insônia, perturbação que já vinha ocorrendo há quarenta anos. Percebeu-se, contudo, melhora na disposição.

Sra. Cerato estava, ao final do atendimento, posicionando-se na vida, o que não fazia anteriormente, particularmente diante de sua irmã, que era dominadora.

Neste caso, observa-se a questão holográfica: Cerato percebia-se mais tolerante ou, talvez, a irmã estivesse mais tranqüila. Segundo a perspectiva deste trabalho, teriam ocorrido as duas mudanças. Quando o indivíduo está bem, o ambiente também se equilibra, promovendo um bem-estar para todos.

Sra. Clematis iniciou o tratamento com depressão severa em decorrência de estressores intrapessoal, interpessoal e extrapessoal. A maior confiança da paciente na segunda consulta indicava que o objetivo do tratamento tinha sido alcançado, o que recomendava manter-se a mesma fórmula, acrescentando-se Sweet Chestnut para trabalhar as preocupações. Na terceira consulta, a cliente estava sentindo-se mais tranqüila e com mais disposição para enfrentar os problemas. Na quarta consulta, embora ainda estivesse contrariada e um pouco perturbada, não se encontrava pior do seu estado depressivo; pelo contrário, estava em condições de tomar as providências necessárias. Seu estado de depressão era, então, *leve*. Na quinta consulta, *Clematis* estava mais bem-humorada e menos tensa. Melhorara significativamente da insônia e voltara a participar das atividades que lhe davam prazer.

Observa-se, em relação a essa cliente, os benefícios trazidos pelo cuidado na perspectiva holográfica, pois sua filha voltou a freqüentar a escola e a relacionar-se com a mãe (a cliente). Além disso, a neta, que apresentava sintomas de cleptomania, faz também tratamento com florais. Em outras palavras, pode-se dizer que o ambiente de Clematis foi harmonizado.

Cherry Plum iniciou o tratamento, apresentando um estado de depressão *severa*, em consequência de estressores intrapessoais e interpessoais. Já na segunda consulta, percebeu-se que estava respondendo ao tratamento, pois se encontrava bem, confiante e com mais disposição, embora ainda se sentisse triste e preocupada. Houve, por isso, a necessidade de acrescentar o Sweet Chestnut para trabalhar o excesso de preocupação. Na terceira consulta, a cliente encontrava-se melhor do seu estado depressivo. Voltara a realizar as atividades prazerosas, a tomar decisões. Irritava-se menos e estava dormindo melhor. Seu estado de depressão era, portanto, *leve*. Na quarta consulta, a cliente apresentava-se em boas condições emocionais e bem disposta. Sentia-se uma “outra pessoa”, conforme o depoimento: *Acho que depressão já era*. Considerou-se, então, seu estado *normal*. A partir da quinta consulta, constatou-se que *Cherry*

Plum é uma pessoa tranqüila, decidida, de bem com a vida, não se sente mais infeliz, participando das atividades do Centro com entusiasmo.

Chicory iniciou o tratamento com depressão *severa*, devido a estressores intrapessoal e extrapessoal. Verificou-se, já na segunda consulta, que as metas do tratamento haviam sido alcançadas uma vez que a cliente apresentava melhora significativa da depressão, podendo seu estado ser considerado *normal*. Na terceira consulta, a cliente permaneceu estável em relação ao quadro anterior, apresentando coragem e disposição. Na quarta consulta, o quadro permaneceu inalterado, tendo, inclusive, suspenso o uso de Diazepínico. A partir da quinta consulta, *Chicory* passou a ser compreensiva, de bem com ela e, conseqüentemente, com o mundo; estava mais flexível com as questões familiares. Recuperara a auto-estima e sua sexualidade. Voltara a participar das atividades do Centro e, segundo a assistente social, *Chicory* é uma “outra pessoa”.

Gentian iniciou o tratamento com depressão *severa*, decorrente de estressores intrapessoal e extrapessoal. Começou-se a perceber resposta ao tratamento já na segunda consulta, pois a cliente apresentava-se melhor em relação à anterior, havendo, apenas, a necessidade de acrescentar o floral Sweet Chestnut, para trabalhar as preocupações excessivas. Na terceira consulta, embora se sentisse bem, estivesse menos estressada, ainda não recuperara o ânimo, principalmente no período da manhã. Manteve-se a mesma prescrição, com o acréscimo de Hornebean, para trabalhar esse desânimo. Na quarta consulta, a cliente sentia-se bem, e o seu estado podia, então, ser considerado *normal*. Na quinta consulta, a cliente continuava bem e, apesar dos problemas, já conseguia se posicionar na vida e ser mais respeitada por todos. Julgava-se mais decidida por não estar mais esperando pela filha. *Gentian* hoje é uma pessoa com mais autonomia, embora com algumas limitações por ser uma cardiopata grave. Voltou, inclusive, a participar de suas atividades na igreja.

Quanto à eficácia do cuidado na visão holográfica, pode -se citar o progresso na relação dessa cliente com seu genro. Este, agora, a respeita mais.

Holly iniciou o tratamento com depressão *severa*, em decorrência de estressores intrapessoal, interpessoal e extrapessoal. Observou-se, entretanto, que os objetivos do tratamento foram alcançados em parte, uma vez que à

segunda consulta a cliente compareceu após um mês da data marcada, pois precisara tratar de sua irmã que estava com câncer. Porém, pôde-se perceber que o tratamento havia ajudado-a, tanto que tivera condições de dar assistência a sua irmã. Apesar disso, não apresentava grandes progressos, conforme o seguinte depoimento: *Me sinto desanimada, não estou dormindo, voltou tudo.* Na terceira consulta a cliente estava bem, menos estressada, dormindo melhor. Aos poucos, voltara a “ter pulso forte” em casa. Seu estado era, então, de depressão *media*. Na quarta consulta, a cliente já se encontrava com depressão *leve*, pois ainda tinha ansiedade, mesmo que em menor intensidade. Melhorara da insônia e estava convivendo melhor com a filha. Na quinta consulta, a cliente já apresentava estado *normal*. Hoje, *Holly* está bem, entusiasmada com os trabalhos do grupo, relaciona-se melhor com os filhos e está pensando mais em si.

Em relação a essa cliente, observou-se a eficiência do cuidado na perspectiva holográfica. Ela, agora, dá conta das atividades domésticas da própria casa e da casa da irmã e ainda cuida da saúde desta. Além disso, a sua filha conseguiu um emprego e está mais responsável em relação aos filhos.

Mimulus iniciou o tratamento com depressão *severa*, em consequência de estressores intrapessoal e interpessoal. Na segunda consulta, já se observaram os efeitos do tratamento, pois a cliente estava mais disposta e um pouco melhor. Uma evidência disso é o depoimento que se segue: *Apesar de todo os aperreios e problemas, estou me sentindo mais fortalecida.* Entretanto, continua com depressão *severa*. Na terceira consulta, a cliente já havia progredido, podendo a depressão ser considerada *media*, pois persistia a tristeza, a falta de prazer, de coragem e de perspectiva, assim como o sentimento de culpa, a insônia e a inapetência. Manteve-se a mesma prescrição, com o acréscimo de Hornebean e White Chestnut, e suspendeu-se o Vervain. Na quarta consulta, a cliente apresentava-se bem e com mais disposição, inclusive melhorara a pele. Encontrava-se com depressão *leve*. Na quinta consulta, *Mimulus* se encontrava tranqüila, de bem com a vida e estava participando de grupos de idosos.

O progresso de *Mimulus* foi tão visível que até os vizinhos perceberam que ela voltara a sorrir. Por isso, alguns deles hoje fazem o tratamento com os florais.

Isso é mais uma indicação de que o cuidado na visão holográfica traz benefícios e é eficiente.

Sra. Rock Rose iniciou o tratamento com depressão *severa*, decorrente de estressores intrapessoais. Na segunda consulta, percebeu-se que as metas do tratamento já estavam sendo alcançadas, pois a cliente estava mais disposta em relação à vida e menos irritada. Diagnosticou-se, pois, depressão *media*. Na terceira consulta, a cliente apresentava melhora quanto à insônia, mas ainda se cansava excessivamente. Encontrava-se, então, com depressão *leve*. Manteve-se a mesma prescrição, com o acréscimo de Hornebean para trabalhar o cansaço excessivo. Na quarta consulta, a cliente já estava mais disposta tranqüila. Percebeu-se essa sensível mudança no seguinte depoimento: *Nunca me senti tão bem como atualmente, pois antes só vivia na rua, hoje estou parando em casa, voltei a fazer trabalhos manuais e a participar de grupo de idosos que havia deixado. Me sinto disposta para tudo. Sinto-me mais tolerante e com isso as coisas melhoram a nossa volta.* Constatou-se, portanto, depressão *leve*. Na quinta consulta, a cliente já se encontrava em estado *normal*. Rock Rose hoje é uma pessoa disposta e cooperativa com todos, participa de grupo recreativo com grande atuação, assim como de outros grupos de terceira idade.

Sra. Sweet Chestnut iniciou o tratamento com depressão *severa*, devido a estressores intrapessoal, interpessoal e extrapessoal. Observou-se resposta ao tratamento já na segunda consulta, pois a cliente se encontrava com aparência boa, mais disposta, mas continuava ressentida quanto ao abandono dos filhos. Encontrava-se, ainda, com depressão *severa*, apesar da melhora percebida. Manteve-se a mesma prescrição, com o acréscimo de Clematis e Sweet Chestnut para trabalhar o sentimento de desamor por parte dos netos e para que seja vivenciado o aqui e agora, melhorando a concentração. Na terceira consulta, a cliente estava bem melhor e mais determinada. Seu estado era, pois, de depressão *leve*. Na quarta consulta, a cliente não compareceu. Soube-se que ela havia viajado para a casa da filha, na Holanda, desligando-se da pesquisa. Embora não tenha finalizado o tratamento, a cliente apresentara melhora do seu quadro depressivo.

Sra. Star of Bethelém iniciou o tratamento com depressão *severa*, conseqüente de estressores intrapessoal e interpessoal. Os efeitos do tratamento

foram, porém, percebidos já na segunda consulta, pois a cliente, apesar de ainda não ter aceitado o fato de estar ficando velha, estava melhor, com mais disposição, menos rancor, até saindo com as filhas para passear. Pela sensível melhora, diagnosticou-se depressão *leve*. Manteve-se a mesma prescrição floral, com o acréscimo do Honeysuckle para trabalhar com a não-aceitação da velhice. Na terceira consulta, a cliente apresentava maiores progressos, pois voltara a sair com o marido e os filhos, sem sentir constrangimento algum. Entretanto, ainda permaneciam algumas mágoas. Considerou-se seu estado inalterado e manteve-se a mesma prescrição, com o acréscimo de Willow, para trabalhar os ressentimentos. Na quarta consulta, a cliente estava bem como um todo, embora, nos últimos dias, tenha sentido desânimo e preocupação pelo estado de saúde de sua genitora e pela incapacidade de amá-la. Encontrava-se, então, com depressão leve. Manteve-se a mesma prescrição, substituindo-se o Pine por Holly para trabalhar o sentimento do amor. Na quinta consulta, cliente estava feliz. A causa dessa felicidade foi a reforma da casa, pois esse era um de seus objetivos. Além disso, estava visitando mais a mãe, apesar de ainda não conseguir ficar sozinha com ela pelo medo de não saber como agir caso acontecesse alguma coisa. Constatou-se, então, que seu estado era *normal*. Hoje, *Star of Bethel* é uma pessoa mais tranqüila, alegre e descontraída. Ao falar de sua mãe, não se percebe raiva como no início do tratamento. Está procurando equilibrar sua relação com a mãe e com o marido, participa de grupo recreativo e voltou a fazer trabalhos manuais.

Sra. Vervain iniciou o tratamento com depressão *severa*, em decorrência de estressores intrapessoais e interpessoal. Resposta ao tratamento já foi percebida na segunda consulta. Prova disso é o seguinte depoimento: *Sinto que os florais me serviram, muito embora ainda tenha muita coisa para ser tratada*. O relacionamento com a filha ainda era difícil, mas melhorara da insônia. Caminhava com mais segurança, apesar do medo de cair. Permanecia com depressão *severa*, embora apresentasse discreta melhora do quadro clínico. Na terceira consulta, a cliente estava bem, mas o relacionamento com a filha continuava em desequilíbrio. Diagnosticou-se depressão *leve*. Manteve-se a mesma prescrição, com acréscimo de Holly para trabalhar o desamor. Na quarta consulta, a cliente apresentou significativa melhora pelo fato de ter aprendido a conviver com a filha,

a ser mais tolerante. Progredira bastante e encontrava-se em estado *normal*. Na quinta consulta, a cliente demonstrava satisfação por ter aprendido a enfrentar a filha e voltado a ter prazer nas coisas. A insônia melhorara, mas permanecia o cansaço. Julgou-se seu estado *normal*. *Vervain* hoje se encontra melhor da depressão, embora ainda sinta dificuldade em relacionar-se com a filha; há entre as duas uma grande semelhança. Apresenta-se mais independente, o que está mantendo-a sem depressão.

Em uma análise crítica do conjunto das evoluções das voluntárias incluídas no estudo, depreende-se que as altas da maioria das clientes, no curso do tratamento floral, dão suporte à hipótese formulada segundo a qual a terapia com florais e a visão de acompanhamento holográfico apresentam resultados satisfatórios. Essa constatação não está circunscrita apenas ao universo da Enfermagem. Percebe-se isso nos pareceres tanto da geriatra como da psicóloga, para as quais as clientes foram, posteriormente, encaminhadas. Assim como a análise matemática dos resultados dos escores dos BDI dá suporte adicional às observações clínicas. Observa-se uma diminuição estatisticamente significativa entre as médias dos escores da primeira consulta e das consultas subseqüentes. Por outro lado, se constatam uma estabilização das médias dos escores após as terceiras consultas.

5.6 Reflexões sobre a terapia floral de Bach e o modelo de terapêutico

Bach, com sua compreensão holográfica do processo saúde e doença, desejava, antes de tudo, que seu sistema terapêutico pudesse ser facilmente utilizado e compreendido por todos aqueles que buscavam uma saúde e um melhor equilíbrio. As essências florais não podem, em nenhum caso, substituir outro apoio terapêutico que se mostre necessário para tratar um problema específico. Só um terapeuta experiente será capaz de avaliar de modo correto, pois, como já se falou, as essências florais poderão ser utilizadas associadas a qualquer medicação, acelerando, dessa forma, os benefícios de um tratamento. Como se sabe, as essências florais atuam nos estados emocionais em desequilíbrio, restabelecendo a saúde do indivíduo. Dirigem-se, pois, aos conflitos, aos bloqueios emocionais e aos comportamentos estratificados bem como aos problemas físicos que deles decorrem.

Enquanto catalizadoras da evolução e da transformação, elas despertam as capacidades latentes, as potencialidades do indivíduo, permitindo-lhe avançar em seu próprio caminho evolutivo. Isto está de acordo com a teoria de Betty Neuman e com a teoria holográfica uma vez que, identificadas as causas potenciais e reais que oferecem uma ameaça à estabilidade do indivíduo e/ou sistema indivíduo, avaliam-se as condições e força de fatores da estrutura básica do indivíduo e recursos de energia. Avaliam-se, ainda, as características das linhas flexíveis e normais de defesa, linhas de resistência, grau de reação potencial, reação e/ou potencial para reconstituição após uma reação. Identificam-se as interações potenciais e/ou reais intra, inter e extrapessoais entre o indivíduo e o ambiente. Consideram-se as variáveis psicológicas, fisiológicas, socioculturais e de desenvolvimento, avaliam-se os processos de vida passados e, possivelmente, futuros e a influência dos padrões de enfrentamento sobre a estabilidade do sistema cliente. Identificam-se e avaliam-se os recursos internos e externos reais e potenciais para um estado “ótimo” de saúde.

Neste estudo, foi observado que a causa da depressão dos clientes estava associada a problemas antigos, com repercussão no momento atual. Fragiliza-se a linha de defesa do sistema de Betty Neuman, desequilibra-se a estrutura básica do indivíduo, levando-o ao estado depressivo. Esse foi trabalhado com a terapia floral, trazendo-o à consciência, reforçando a linha flexível de defesa, harmonizando o sistema e devolvendo-lhe a saúde.

Observou-se também a instalação do modelo holográfico uma vez que, como criaturas humanas, não se vivem de forma isolada. Tudo o que se faz, pensa e acredita a respeito da saúde e da doença afeta não só a uma, mas a todas as pessoas, assim como a todos imediatamente. Curando-se a si mesmo, curam-se os outros. Ajudando a curar os outros, também se ajuda a curar a si mesmo. Isso ficou bem presente neste estudo, pois o tratamento floral não se restringiu apenas às idosas: elas levaram para a consulta seus familiares e amigos. Assim como ficou claro que a parte contém o todo, pois cada parte de um indivíduo contém o padrão total dele e do todo. Isso ficou evidenciado em muitas idosas, pois as causas de sua depressão eram antigas com repercussão no presente. Então, para se ter saúde, tem-se que restaurar as próprias lacunas passadas. Pois, curando a si mesmo, está-se ajudando a curar as pessoas com

quem se convive e, de uma maneira geral, a curar o universo. Os efeitos do tempo não são limitados pelo espaço nem pelo tempo, eles são holográficos, isto é, esses efeitos não dependem do primeiro nem do segundo: operam fora desses limites; porque, na realidade básica, o tempo e o espaço não existem; eles estão em nós.

Neste estudo ficou evidenciada a eficácia da terapia floral. Dentre as idosas estudadas, quatro delas já haviam participado de grupo terapêutico; três, abandonando o grupo após meses de tratamento; e uma estava no grupo há quatro anos quando iniciou tratamento floral. Todas com depressão severa. Após a terapia floral, elas se permitiram ser trabalhadas em grupo. E responderam positivamente à regressão da depressão, como fica claro no relato dos casos. *Mimulus*, por exemplo, fazia grupo há quatro anos, sem resposta positiva e, após a associação da terapia floral, modificou-se. Hoje ela é uma pessoa integrada às atividades do Centro.

O pensamento sistêmico é o pensamento de processo e, por conseguinte, a visão sistêmica encara a saúde em termos de um processo contínuo. Por esse pensamento sistêmico de saúde, entendem-se as mudanças contínuas, refletindo a resposta do organismo após a identificação das causas, a atuação das essências florais e o restabelecimento da saúde através da consciência.

Para ser saudável, o ser humano necessita preservar sua autonomia individual. Mas, ao mesmo tempo, ele deve estar apto a integrar-se harmoniosamente a sistemas mais amplos. Esta capacidade de integração está intimamente relacionada com a flexibilidade do organismo (Capra,1982). Essa integração, num nível sistêmico em desequilíbrio, manifestar-se-á através do cuidado de Enfermagem com visão holográfica, do uso da terapia floral de Bach, chegando ao equilíbrio no nível maior do sistema, que promoverá o equilíbrio do sistema com todo. A doença é vista como consequência de desequilíbrio e desarmonia e pode, com muita frequência ser vista como decorrente de uma falta de integração. Isso foi observado neste estudo: a falta de harmonia no sistema familiar estava levando as idosas à depressão, e, à medida que o seu microsistema se equilibrava através da terapia floral, o macrossistema também ia se equilibrando. Isso é o que se chama de cuidado de Enfermagem com visão

holográfica e também o que se considera saúde, que deve ser total e não individual.

Neste estudo ficou evidenciadas, também, a importância de se trabalhar com a teoria de sistema aberto devido à flexibilidade de se interagir com todo o sistema dinâmico, que é o indivíduo. Isso ficou evidenciado através da interação entre os estressores de Neuman e de sua flexibilidade de reação a todo o sistema multidimensional, a teoria holográfica, o idoso depressivo e os florais de Bach. A interseção entre esses fatores é o cuidado holográfico de Enfermagem.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Para os terapeutas, os sonhos não são somente ‘a estrada real para o inconsciente’, mas também o caminho real para o logos do ser”
(Leloup, 1998)*

Este estudo teve por objetivo perceber a relevância do cuidado de Enfermagem com visão holográfica incluindo o uso dos florais de Bach em idosas com depressão, à luz da teoria de Betty Neuman, com sua forma holística de pensar a Enfermagem, uma vez que os florais de Bach atuam na estrutura básica do indivíduo. Na perspectiva do cuidado holográfico e holocentrado, não se pode dividir ou compartimentalizar o ser humano, pois se tem que vê-lo como um todo, até mesmo ao cuidar de algumas partes, pois essas fazem parte do todo. Essa compreensão sistêmica dos organismos vivos – inteiramente compatível com o paradigma holístico e holográfico do cuidar de Enfermagem – é o alicerce ideal para uma nova abordagem da saúde e da assistência à saúde.

Nessa perspectiva, o estado de saúde pode ser definido como o estado de harmonia entre o corpo, a mente e o ambiente. Assim, o indivíduo traz dentro de si as duas tendências básicas dos organismos: a tendência auto-afirmativa – que o faz identificar-se como indivíduo único e pessoal, consciente de sua individualidade – e a tendência integrativa, que lhe dá a consciência de ser e se sentir parte de todos maiores, integrando-se na harmonia cósmica. De acordo com esse ponto de vista, não se vê a doença como um conjunto de sinais e sintomas que devem ser suprimidos ou controlados por medicamentos ou procedimentos terapêuticos agressivos. A doença é reflexo de uma desarmonia ou de um conflito, que devem ser observados e estudados para que se busque o equilíbrio e a cura.

A cura, na visão holográfica, é buscada não apenas na eliminação dos sintomas, mas num movimento para restabelecer a relação do indivíduo com o universo, acreditando-se que é possível ter a integridade e saúde de volta tão logo sejam descartados os sentimentos e as emoções negativas, como o medo, o ceticismo, a raiva e a frustração. Nessa abordagem, o corpo e a mente não são

separados, e os males psicossomáticos são de responsabilidade de todos os profissionais de saúde e não apenas dos psicólogos e psiquiatras.

A visão holográfica da saúde faz o profissional reconhecer o profundo significado das dimensões espirituais no esquema do universo e lhe mostra que a harmonia que o indivíduo busca não pode ser encontrada em medicamentos, tratamentos ou terapias. Essa harmonia está dentro de cada um, na essência maior do corpo-mente, que é a verdadeira matriz invisível da saúde. E, quando se está em desequilíbrio, essa essência maior é despertada pelos florais de Bach que levam o indivíduo a fazer essa conexão entre o corpo, a mente e o espírito devolvendo-lhe a saúde.

Compreender o processo cuidativo de Enfermagem com visão holográfica é perceber que se está holograficamente ligado a todas as coisas e acontecimentos por meio dos relacionamentos. Portanto, a saúde e bem-estar sempre estarão relacionados com todas as outras coisas. A cada consulta, encontraram-se resultados surpreendentes em relação aos estressores identificados como causadores da depressão. Os indivíduos, no decorrer das consultas, atingiram as metas determinadas a que se propunha terapia floral. Percebia-se, assim, como o cuidado de Enfermagem com visão holográfica ia se desenhando no transcorrer do processo.

Observou-se, no decorrer do estudo, ser este um procedimento viável para a Enfermagem, pela possibilidade de ser aplicado em qualquer variável do sistema em desequilíbrio em que o indivíduo se encontra, desde uma situação fisiológica a uma emocional, responsável pela doença do indivíduo. Quanto aos estressores ligados à depressão, foram observadas, neste estudo, as particularidades e singularidades de cada caso.

Durante a aplicação do processo cuidativo de Enfermagem com visão holográfica e a prescrição dos florais de Bach, foram trabalhados os fenômenos de Enfermagem da CIPE - versão alfa. Eles deram um direcionamento aos objetivos atuais da Enfermagem assim como aos diagnósticos florais. Após terem sido identificados os estressores causadores da depressão, definiu-se a prescrição floral, que trabalhou os núcleos em desarmonia, favorecendo a saúde. Ao mesmo tempo, avaliou-se se as metas propostas no processo de Enfermagem, segundo a teoria escolhida, foram alcançadas através da terapia floral de Bach.

A condição de ser saudável, segundo Bach, é aquela capaz de levar o indivíduo a usar bem cada poder que tem para equilibrar o organismo. Desse modo, a condição de ser saudável requer equilíbrio entre as influências ambientais, estilo de vida e as várias potencialidades da natureza, mantendo em equilíbrio as emoções básicas do indivíduo. Isso está diretamente relacionado à obediência às leis da natureza, que, na realidade, são as mesmas para as pessoas sadias ou doentes. A doença, como muitos pensam, não é um castigo, mas um sinal de atenção para que se possa corrigir o que está em desequilíbrio entre a mente, o corpo e o espírito.

Diante do exposto, considera-se que a operacionalização do processo cuidativo de Enfermagem com visão holográfica junto a indivíduos idosos e a aplicação dos florais de Bach são de grande relevância para o tratamento do deprimido, pois promovem uma melhor qualidade de vida para ele e para toda a família, uma vez que a depressão é uma doença que, como se viu, tem repercussões biopsicoemocionais e sociais; por isso, o tratamento deve ter essas características.

É necessário, ainda, considerar e reavaliar as condições atuais de saúde no país e aproveitar esse momento para lutar pelo espaço das práticas não convencionais junto à população uma vez que essas terapias respondem muito bem e podem ser utilizadas só ou concomitante com qualquer tratamento convencional.

Os resultados deste estudo podem contribuir como um referencial para um modelo em outras doenças, desde que sejam bem identificadas as causas. A terapia floral pode, então, ser implementada, em nível ambulatorial, tanto nos serviços públicos como nos privados. Um estudo (1990) sobre terapias não convencionais – como acupuntura, quiropráticas, meditação, massagem, Reiki e o uso geral de cuidados médicos alternativos –, nos Estados Unidos, observou que os pacientes faziam em média tantas consultas a terapeutas alternativos quanto a médicos tradicionais. Essa descoberta é ainda mais interessante porque bem poucas dessas formas de tratamento estão cobertas por planos de saúde, o que significa que as pessoas tinham que pagar por esses tratamentos, cujos custos foram de bilhões de dólares anuais. Em 1997, verificou-se que o número de consultas de pacientes a profissionais de tratamento alternativos havia

ultrapassado as consultas a profissionais da medicina padrão numa proporção de três visitas a terapeutas de medicina alternativa para duas de atendimento médico tradicional. Isso comprova que a população está procurando uma abordagem mais holística, ou seja, está mais consciente do equilíbrio mente, corpo e espírito (Wolman, 2002). No Brasil, ainda não há dados estatísticos sobre esse assunto, mas o que se percebe é que a população está procurando esse tipo de tratamento. Por essa razão, é importante que as Universidades preparem os profissionais, também, com essa visão.

As implicações deste estudo para o ensino e para a assistência de Enfermagem revelam a necessidade de que os professores dos cursos de graduação em Enfermagem repensem a estrutura curricular. Este é um momento oportuno, uma vez que se está vivenciando a mudança curricular dos cursos de graduação em Enfermagem em nível nacional. Sugere-se que seja incluída a disciplina de conhecimentos gerais sobre as práticas não convencionais, alternativas e/ou complementares – como essências florais, argiloterapias, cromoterapia, iridologia, acupuntura, reflexologia, xantala, fitoterapia entre outras – de acordo com a resolução COFEN-197, que estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ ou qualificação do profissional de Enfermagem (anexo H). O presente trabalho mostrou o quanto foi importante o cuidado de Enfermagem com visão holográfica com a utilização das essências florais de Bach, pois não só resolveu o problema individual das idosas, mas de todos que estavam no seu macrossistema.

Tendo em vista os resultados deste estudo, recomenda-se:

- que os cursos de graduação e pós-graduação em Enfermagem favoreçam, cada vez mais, o estudo, a pesquisa, o debate, a reflexão do papel do enfermeiro e a sua participação efetiva nas terapias não convencionais, a fim de torná-las uma prática aceita nos meios acadêmicos;
- que os docentes e enfermeiros assistenciais procurem aprimorar, cada vez mais, as habilidades em perceber o indivíduo como um ser holístico, repassando isso para sua clientela como também para o seu alunado;

- que os enfermeiros especializados em terapia floral atendam a clientela no âmbito hospitalar, ambulatorial e domiciliar uma vez que essas terapias não interferem no tratamento alopático;
- que os enfermeiros registrem o que fazem, principalmente os que estão trabalhando na área das terapias não convencionais, a fim de tornar sua prática reconhecida nos meios acadêmicos.

7. REFERÊNCIAS

“Tudo que chamamos de real é feito de coisas
que não podem ser consideradas reais.”
(Niels Bohr, 1993)

BACH, E. A Terapia Floral: Escritos Seleccionados de Edward Bach. Tradução por Silvia Branca Sazana. 4.ed. São Paulo: Ground, 1993.

_____. Os Remédios Florais de Dr. Bach. Tradução por Alípio Correia de Franca Neto. São Paulo: Pensamento, 1990.

BARNARD, J. Padrões de Energia Vital. Tradução por Merle Scoss. São Paulo: Aquarius, 1992.

BARNARD, M e JULIAN. The Healing Herbs of Edward Bach. 3.ed. Great Britain by: 7Locksbrook Road Estate, 1995.

BECKMAN, S.S., BOXLEY-HARGES, S., BRUICK - SORGE, C. et al. Betty Neuman Systems Model. In: TOMEY, A.M. Nursing Theorists and Their Works. 3.ed. Toronto: Mosby, 1994. p. 269 - 324.

BLAZER, D., WILLIAMS, C.D. Epidemiology of Dysphoria and Depression in an Elderly Population. Am. J. Psychiatry. 137 (4): 439, 1980.

BLAZIER, D. Depression in the elderly, New Engl J. Med. 320:164, 1989.

BLAZER, D., A Epidemiologia de Distúrbios Psiquiátricos na Velhice. In: BUSSE, E.W, Psiquiatria Geriátrica, Porto Alegre, Artes médicas, 1992.

BLAZIER, D. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos no idoso In: BUSSE, E.W. Psiquiatria Geriátrica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. Cap 9.p.168-183.

BLAZER, D. HUGHES, D.C; GEORGE, L.K. The epidemiology of depression in an elderly community population. Gerontologist. 27:28-287, 1987.

BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BONTEMPO, M. Medicina Floral: Um Estudo Holístico sobre o Uso das Flores na Medicina. Rio de Janeiro: Ediouro, 1994.

BRENNAN, B. Mãos de Luz: Um guia para a cura através de um campo de energia humana. São Paulo: Pensamento, 1996.

_____, Luz emergente: a jornada da cura pessoal. São Paulo: cultix/pensamento, 2002.

BYNY, R.L; SPEROFF, L. Climatério: guia clínico de atendimento à mulher idosa. Rio de Janeiro: REVINTER, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: 1996, 24 p.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Assistência Social. Plano de ação governamental para o desenvolvimento da política nacional do idoso. Brasília: 1996a.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Assistência Social. Plano de ação governamental para o desenvolvimento da política nacional do idoso. Brasília: 1996.

BROWLING,A. La medida de la salud revision des las escalas de medida de la calidad de vida. Baelona: Masson, 1994.

BURR,H.S. The Fields of life. Nova York: Ballantine Books, 1972.

CAPRA, F. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix, 1982.

_____. O Tão da Física. Um paralelo entre a física Moderna e o misticismo oriental. São Paulo: Cultrix,1988.

CARVALHO, FILHO.; PAOALÉO NETO, M. Geriatria - fundamentos clínicos e terapêuticos. São Paulo: Ateneu, 1994.

CARVALHO, V.F.C., e FERNANDEZ, M.E.D. Depressão no Idoso. In: Papaléo Neto, M. Gerontologia. São Paulo: Ateneu, 1996. p. 160 - 173.

CARMON,et al, Depressão e psicossomática. São Paulo: 2001.

CALKINS,E; FORD,AB; KATZ,P.R. Geriatria Prática. Rio de Janeiro: REVINTER, 1997.

COHEN,C. e EISDORFER,C. Depressão. In: Geriatria Prática. Rio de Janeiro: REVINTER, 1997.Cap 31.p.301-311.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 197. Rio de Janeiro, março 1997.

CHOPRA, D. A cura quântica: o poder da mente e da consciência na busca da saúde integral. São Paulo: Best Seller,1989.

CORREIA, A. C. O. Envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer. Belo Horizonte: Health, 1996.

CROSS, J.R. Betty Neuman. In: George, B.J. Teorias de Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 227 - 241.

CUNHA, U.G.V. de, Diagnóstico e tratamento da depressão no paciente de risco idoso e cardiopata. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 42 Supl.1: 335-57. 1993.

DOSSEY,L. Espaço,Tempo e Medicina. São Paulo: Cultrix, 2000.

ESPECH,B. Florais de Bach II: Clinica Terapêutica Y Signatura. Buenos Aires: 1993.

ESPECH,B; GRECCO, E. Jung y flores de bach: arquetipos y Flores. 3 ed. Argentina: Continentes, 1993.

FORCIEA,M. A.;LAVIZZO-MOUREY,R. Segredos em geriatria: respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds, na clinica, em exames orais e escritos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

FORTES, H.; PACHECO,G. Dicionário Médico. Rio de janeiro: 1968.

- GARRIDO R.P. Depressão na terceira idade quadro clínico. Apostilha.1995.
- GANEN,E. Os Florais de Dr. Bach e o eneagrama. Rio de Janeiro:Objetiva,1992.
- GERBER,R. Medicina vibracional uma medicina para o futuro. São Paulo: Cultrix,1997.
- _____. Um guia prático de medicina vibracional. São Paulo: Cultrix, 2002.
- GRAPHPAD. Norme parametric statistics, 2002.
- GUZ,I. Depressão: O que é, como se diagnostica e trata. São Paulo: Rocca,1990.
- HILL, A Guia das Medicinas Alternativas: Todos os sistemas de cura.Tradução por Fernando Waldemar de Castro Soramenho. São Paulo: Hemus, s.d.
- HOLMES, D.S. Transtornos depressivos: sintomas e questões. In: Psicologia dos transtornos Mentais. Tradução por Sandra Costa. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001. Cáp 8, p.158-173.
- _____. Transtornos depressivos: sintomas e questões. In: Psicologia dos transtornos Mentais. Tradução por Sandra Costa. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001. Cáp 9, p.174-191.
- HOWARDN, J. Os Remédios Florais do Dr. Bach Passo a Passo. São Paulo: Pensamento, 1990.
- KRIPPER,V. Terapia Floral Aplicada à psicologia. São Paulo: Gente, s.d.
- LANCASTER, D.R. , Neuman's Systems Model. In: FITZPATRICK, J.J.; WHALL, A.L. Conceptual Models of Nursisng: Analysis and Application. 3.ed. Connecticut: Appleton & Lange, 1996. p. 199 - 223.
- LELOUP,J.Y. Cuidar do ser: Filon e os terapeutas de Alexandria. 4ed.Petrópolis: Vozes,1998.
- _____ et al, Espírito na Saúde. 6ª ed.Petrópolis: Vozes, 2002.
- LÜDKE, M. e ANDRÉ, M.E.D.A. Pesquisa em enfermagem: abordagens qualitativas. EPU. Temas básicos de educação e ensino, 1986.
- MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS – DSM IV. Tradução por Dayse Batista. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- MIGUEL FILHO, E.C., ALMEIDA, O.P. Aspectos Psiquiátricos do Envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E.T. e PAPALÉO NETO, M. Geriatria Fundamentos, Clínica e Terapêutica. São Paulo: Ateneu, 1995. p. 63 - 81.
- MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. 3.ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.
- MONTEIRO,JR, A .J. R. A cura pelas flores: Harmonizantes Florais do Dr. Bach. 7. Ed. São Paulo: Ibrasa, 1991.
- MUNDIM, M.O.et al. Tratado de saúde holística. São Paulo: Ground, 1994.
- NÓBREGA, M.L e GUTIÉRREZ, M.G.R. Equivalência semântica da classificação de fenômenos de enfermagem da CIPE – Versão Alfa. João Pessoa: Idéia, 2000.

NEUMAN, B. The Betty Neuman Health-care Systems Model: A Total Approach to Patient Problems. In: Riehl, J. e Roy, C. Conceptual Models for Nursing Practice. 2nd. New York: appleton - Century - Crofts. 1980. p. 08 - 28.

PASTORINO, M.L. A Medicina Floral de Edward Bach. Tradução por Maria Helem Rech Rodrigues. São Paulo: Studio, 1992.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. Nursing research: principles and methods. 4 th . ed. Philadelphia, J.B. Lippincott, 1991.

POLIT, D.F; HUNGLER, B.P. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RESNIK, H.L., CANTOR, J.M. Suicide and aging. J. Am Geriatric Soc. 18:152,1970

ROCHA, F.L. Depressão no idoso. Jornal Bras. de psiq.;42(9): 483-90, out.1993.

ROCHA, F. L., CUNHA, U.G.V. A eletroconvulsoterapia no tratamento da depressão do idoso. Rev. ABP-APL; 14 (1): 2-8, Jan - Fev. 1992.

ROCHA.F.L. Ensaio Clínico com antidepressivo. Rev. ABP-APL; 46 (6):309-318, 1997.

_____. Tratamento psicofarmacológico da depressão no idoso: Algumas considerações. SBGG-RJ 0(0): 27-9, maio.1993

_____. Antidepressivo triciclicos e de segunda geração: uma revisão crítica. Arq.Brás. Méd, 66(5): 398–406, 1992.

SANTOS, S.S.C, O ensino de enfermagem gerontogeriatrica no Brasil de 1991 a 2000 à luz da complexidade de Edgar Morim. Florianópolis: Tese de doutorado 2003.

SCALCO, M. Z. Terapêutica antidepressiva nos idosos. Rev. Psiquiatria. Clinica. São Paulo: 22(1): 19-23, mar, 1995.

STOPPER, A Jr. Depressão na terceira idade. São Paulo: Lemos, 1994.

TALBOT M. O Universo Holográfico. São Paulo: Best seller, 1991.

TAMAI, S; FRÁGUAS, JUNIOR, R.; SOARES,J.C. et al. Interconsulta psiquiátrica em cardiologia: estudo de 101 casos. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 44:12, 1995.

TAVARES, C. Iniciação à visão holística. Rio de janeiro: Record, 1993.

TURATO, E.R. Tratamento da metodologia – qualitativa: Construção teórico epistemológica discursão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Rio de Janeiro: Vozes, 2003. 685 p.

VASCONCELOS, E.M.R de. Uso dos florais de Dr. Bach por indivíduos na terceira idade em fase depressiva: Assistência de Enfermagem. João Pessoa, 1997. 146p. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem – Universidade Federal da Paraíba.

_____, E.M.R. de, Terapia floral: uma nova abordagem de trabalho na enfermagem. Trabalho apresentado no 53º Congresso brasileiro de Enfermagem – Recife-PE, 2000.

VLAMIS, G. Rescue Florais de Bach: Para Alívio Imediato. São Paulo: Rocca, 1992.

WILBER, K et al. O paradigma holográfico e outros paradoxos. São Paulo: Cultrix, 2002.

WILBER, K. O olho do espírito. São Paulo: Cultrix, 2002

WOLMAN, R. N. Inteligência Espiritual: Um método revolucionário para você avaliar e expandir seu nível de consciência e energia espiritual. Rio de Janeiro: Ediouro, 2002.

WOODS, N.F; CATANZARO, M. Nursing research: theory and practice. St. Louis, C.V. Mosby, 1988.

YIN, R.K. Applications of case study research. New bury Park: Bage, 1993.

Leituras Recomendadas

AMERICA MEDICAL ASSOCIATION. Guia Essencial da Depressão. São Paulo: Aquariana, 2002.281p.

BENSON, H. e STARK, M. Medicina Espiritual. Rio de Janeiro: Campus, 2001. 334p.

CAPRA, F. O Tao da física. São Paulo: Cultrix, 1995.274p

_____, Sabedoria Incomum, São Paulo: Cultrix, 1995.279p

_____, Pertencendo ao Universo. São Paulo: Cultrix, 1998.186p.

_____, A teia da vida. São Paulo: Cultrix, 1999.256p.

CHOPRA, D. Corpo sem idade, mente sem fronteiras: a alternativa quântica para o envelhecimento. 5 ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1996. 394p.

CREMA, R. Introdução a visão holística. São Paulo: Sumus, 1989.133p.

_____.Saúde e Plenitude: um caminho para o ser. 2 ed. São Paulo: Summus, 1995.268p.

COLLINGER, W. Energia sutil. Rio de Janeiro: Nova era, 2000. 315p.

DAHLKE, R. A doença como linguagem da alma. São Paulo: Cultrix, 2002.327p.

DAMÁSIO, A. sete erro de Descartes: emoção razão e o cérebro humano. São Paulo: Companhia das letras, 1996.329.

KUNZ, D.V.G. Aspectos espirituais das artes de curar. Brasília: Teósofica, 1995, 308p.

LELOUP, et al. Espírito na saúde. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

LUKAS, E. Psicologia Espiritual. São Paulo: Paulus, 2002. 191p.

MARINOFF, L. Mais Platão Menos Prozac: a filosofia aplicada ao cotidiano. Rio de Janeiro: Record, 2001.293p.

MYSS, C. A anatomia do Espírito: os sete estágios do poder e da cura. Rio de Janeiro: Rocco, 2000. 316p.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. O Uso dos Psicofármacos nas Clínicas, SARACENO, B., COHEN, D., TOGNONI, G., VALENTINE, W. (tradutor). Washington: 1994. v. 32, p. 07 - 49.

PIERRAKOS, J.C. Energética da essência. São Paulo: Pensamento, 2000. 290p.

MORIN, E. Terra Pátria. Porto Alegre: Sulina, 2000.192p.

SILLS, F. O Processo da polaridade: a energia como arte de cura. São Paulo: Pensamento, 1999.213p.

SOUZENELLE, A. de. O simbolismo do corpo humano. São Paulo: Pensamentos, 1995.312p.

TEXEIRA, S. Medicina Holística: a harmonia do ser humano. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

WEIL, P., D'AMBROSIO, U. CREMA, R. Rumo à nova transdisciplinaridade: sistema aberto de conhecimento. 3 ed. São Paulo: Sumus, 1993.

WILBER, K. A União da alma e dos sentidos: integrando ciência e religião. São Paulo: Cultrix, 2001.167p.

VIEIRA C.M. e PERREIRA, I.L.L. A terceira idade: guia para viver com mais saúde. Rio de Janeiro: Nova fronteiras, 1996.268.

8. ANEXOS

ANEXO - A

Ao Imo. Sr. Secretário Municipal de Saúde de João Pessoa

Venho por intermédio desse solicitar a V.Sa. a permissão para realizar um estudo junto à população idosa atendida em uma de suas unidades de Saúde: Centro de Reabilitação de Idosos Damásio Barbosa de Franca, ligada ao IV Distrito Sanitário. Este estudo tem como objetivo a conclusão de seu estudo de Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Intitulado: Cuidado de Enfermagem, com visão holográfica, na abordagem de idosas com depressão, utilizando a terapia floral de Bach. O mesmo não acarretará nenhum ônus à referida unidade. Todas as despesas ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora.

Sem mais para o momento

Pede, deferimento

João Pessoa, 18 de março de 2002

Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos
Enfermeira – COREN nº 25850 E
Pesquisadora – Fone 083-2464197

ANEXO - B

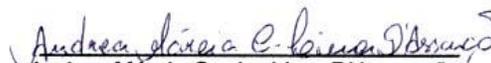


UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

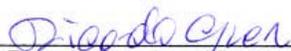
Certidão

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, em sua 34ª Reunião Ordinária, realizada em 12/07/2002, aprovou o parecer favorável do Relator Profº Gerson da Silva Ribeiro referente ao projeto de pesquisa de Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem / Doutorado em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, intitulado "MODELO HOLOGRÁFICO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM E O USO DOS REMÉDIOS FLORAIS DE BACH EM IDOSAS DEPRIMIDAS".

João Pessoa, 14 de julho de 2002


Andrea Márcia Cunha Lima D'Assunção
Secretária do CEP/CCS

Visto, encaminha-se à Pós-Graduação em Enfermagem /Doutorado/UFSC


Ricardo Cavalcanti Duarte
Coordenador do CEP/CCS

ANEXO – B1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO: *Modelo holográfico de cuidado de enfermagem e o uso dos remédios florais de Bach em idosas deprimidas*

AUTOR: Professora Doutoranda Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

Av. Maria Rosa, 1216

Manaira — João Pessoa/PB

Fone: (083) 246-4197

emrvaconcelos@bol.com.br

Esta pesquisa objetiva avaliar e testar um modelo holográfico de cuidado de enfermagem, incluindo o uso de Florais de Bach, a clientes idosas deprimidas do Centro de Reabilitação de Idosos da Cidade de João Pessoa (PB), onde será utilizado um formulário de entrevista e observação para a coleta de informações com o intuito de melhorar a qualidade de assistência de enfermagem multidimensional do ser idoso.

Informamos-lhe que este estudo não acarretará ônus para a instituição sob sua direção e que a coleta dos dados será realizada mediante um termo de consentimento livre e esclarecido assinado pela idosa.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, Jefferson de Souza Cavallin, RG 598.639, responsável pela instituição _____ afirmo que li e entendi as informações contidas neste documento, e autorizo que seja realizada nesta instituição a coleta de dados que servirá para o início da pesquisa ***Modelo holográfico de cuidado de enfermagem e o uso dos remédios Florais de Bach em clientes idosas deprimidas*** sob responsabilidade da Professora Doutoranda. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos.

ANEXO - C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Cuidado de Enfermagem com visão holográfica, na abordagem de idosas com depressão utilizando a terapia floral de Bach.

Investigadora: Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos.

Orientadora: Profª Drª Lúcia Takase Gonçalves

Local do Estudo: Centro de Reabilitação de Idosos

Telefone para contato: (083) 246-4197 ou (081) 32412428 - 32429118

Esta pesquisa pretende investigar a eficácia dos remédios Florais de Bach em idosos com depressão, e propor um cuidado de enfermagem com visão holográfica, com o objetivo de promover uma melhor qualidade de vida à população idosa, bem como ampliar o campo de atuação do profissional de enfermagem. A participação não é obrigatória, sendo os dados colhidos mediante entrevista e aplicação da escala BECK Depression Inventory – BDI, respeitando-se rigorosamente a confidencialidade, o anonimato e a integridade física e psíquica do indivíduo, tendo, estes, total liberdade para recusar ou desistir do estudo no momento em que desejar, assim como o esclarecimento de suas dúvidas. As informações colhidas poderão ser apresentados em congressos e/ou publicações. Os idosos deprimidos serão acompanhados rigorosamente e continuamente pela pesquisadora e por uma médica geriatra, sendo retirados do estudo se porventura a utilização da intervenção proposta constitua algum risco ao pesquisado. A sua participação será de grande importância para se atingir o objetivo proposto acima.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Entendi todas as informações deste estudo, assim como todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e respondidas satisfatoriamente. Por este motivo, dou o meu consentimento para participar deste, até que decida pelo contrário, e para que os dados colhidos sejam utilizados, desde que minha identidade seja mantida em sigilo, não podendo ser divulgada e nenhuma hipótese, a não ser que assim eu decida. Assinando este termo de consentimento, concordo em participar deste estudo e não abro mão, na condição de participante de um estudo de pesquisa, de nenhum dos direitos legais a que me cabe.

João Pessoa, _____ de _____ de 2002.

Entrevistado

Pesquisador

ANEXO - D

Formulário de Entrevista e Observação

1. DADOS PESSOAIS

DATA :

Nome:

Sexo:

Idade:

Estado Civil:

Religião:

Escolaridade:

Número de Filhos:

2. ASPECTOS SOCIAIS

a) Você reside só? Sim () Não ()

Há quanto tempo? _____

b) Qual o motivo de ter decidido morar só?-

c) Você gosta de morar sozinha? Sim () Não ()

Por que? _____

d) Recebe visita com frequência? Sim () Não ()

De quem? _____

e) Você costuma sair?

De vez em quando () Nunca () Finais de semana () Festas ()

Especifique: _____

f) Após ter ficado sozinha (o) houve mudança em sua vida?

Sim ()

Não ()

Quais? _____

g) Essas mudanças foram: Boas () Ruins ()

]

Porque? _____

h) Participa das atividades domésticas de casa? Sim () Não ()

Por que? - _____

i) Qual (is) a (s) atividade (s) que você faz?

j) O que você faz para preencher o seu

tempo? _____

3. ASPECTOS EMOCIONAIS

a) Qual o seu sentimento em morar só ou com alguém da família?

b) De quem você sente mais falta?

c) Do que você sente mais falta?

d) Gosta de seus vizinhos? () Sim () Não
Se respondeu não, por quê? _____

e) Como você se sente agora? () Bem () Mal
Por quê? _____

f) Como você pensa que é o seu estado de humor?

g) Como você pensa que é o seu temperamento?

h) O que sente pela vida? (Fale-me de sua vida, qual a perspectiva do futuro, o que não gosta na sua vida, o que gostaria de mudar)

i) O que pensa de sua vida?

j) Como você vive a vida?

l) Como você encara a vida?

m) O que lhe falta na vida?

4. ASPECTOS FISIOLÓGICOS

4.1 Sintomas Mentais

a) Quais as grandes emoções da sua vida?

Fatos positivos:

Fatos negativos:

b) Qual o horário em que você se sente melhor?

() ao amanhecer () pela manhã () início da tarde
() tarde () ao anoitecer () à noite
() não sabe informar () sente bem em todos () nenhum os horários

c) Qual o horário em que você se sente triste, deprimido, irritado?

() ao amanhecer () pela manhã () início da tarde
() tarde () ao anoitecer () à noite
() não sabe informar () sente bem em todos () nenhum horário
os horários

d) Como você suporta a espera? (Diga o que é para você esperar)

e) Em seus momentos de depressão ou de tristeza, como as suporta e/ou encara? _____

f) Como está sua memória?

() boa () mais ou menos () ruim

4.2 Sono

a) Você costuma dormir durante o dia? () Sim () Não
Em que horário? _____

b) Quando está assistindo à TV, você costuma cochilar? () Sim () Não

c) Você dorme bem? () Sim () Não

d) Você fala durante o sono? () Sim () Não

e) Como é o seu sono?

() tranquilo

() agitado

() acorda várias vezes e não consegue dormir

() acorda várias vezes, mas dorme logo

f) Já lhe falaram se faz algo enquanto está dormindo. () Sim () Não
O que? _____

g) Você tem insônia?

() sempre

() às vezes

() nunca

Se tem, a que atribui a sua insônia? _____

h) Você sonha?

() Sim

() Não

i) Lembra dos seus sonhos?

() sempre

() às vezes

() nunca

j) Como é o seu despertar? _____

l) Como é o seu levantar? _____

m) Como é a sua disposição para enfrentar o dia? _____

n) Você acha o dia:

() longo demais

() curto

() bom

() não acha nada demais

4.3 Alimentação

a) Você tem apetite?

() Sim

() Não

b) Você se alimenta bem?

() Sim

() Não

c) Descreva o que você costuma comer. _____

d) Você come sozinho (a)?

() Sim

() Não

e) Precisa de ajuda de alguém?

() Sim

() Não

4.4 Sexual

a) Qual sua idade quando teve a sua primeira menstruação?

b) Como você se sentia no período menstrual?

Antes: _____

Durante: _____

Depois: _____

c) Qual a sua idade quando teve a sua última menstruação e como você se sentiu _____

d) Qual a sua idade quando teve sua primeira relação sexual?

e) Para você, o que é sexualidade?

f) Como ela é expressa?

g) O que você pensa da sexualidade?

h) Como você foi sexualmente?

i) Como você é sexualmente?

j) Você sente falta de sexo? () Sim () Não.

Por que? _____

l) Como você compensa essa falta?

ANEXO - E

ESCALA BECK (BECK DEPRESSION INVENTORY- BDI)*

O questionário contém diferentes conjuntos de afirmações. Escolha, em cada um dos grupos de perguntas abaixo relacionadas, uma frase que melhor descreva o modo como se sentiu na última semana, incluindo o dia em que está respondendo a este questionário.

Assinale, com um círculo, o número ao lado da frase escolhida.

Se várias frases se aplicarem ao que sente, assinale, com um círculo, o número mais alto. Tenha certeza de ter lido todas as frases em cada um dos grupos, antes de fazer sua escolha.

1. 0 - Não me sinto triste
 - 1 - Sinto-me triste.
 - 2 - Estou triste todo o tempo e não consigo livrar-me desse sentimento.
 - 3 - Estou tão triste ou infeliz que não agüento mais.
2. 0 - Não me sinto desencorajado em relação ao futuro.
 - 1 - Sinto-me desencorajado em relação ao futuro.
 - 2 - Sinto que não tenho mais nada de bom pela frente.
 - 3 - Não tenho esperança quanto ao futuro e acho que nada mais vai melhorar na minha vida.
3. 0 - Não me sinto fracassado.
 - 1 - Sinto que fracassei mais do que as outras pessoas.
 - 2 - Quando penso em minha vida, só vejo derrotas.
 - 3 - Sinto que sou um total fracasso.
4. 0 - Tenho prazer nas coisas que faço.
 - 1 - Não tenho prazer no que faço.
 - 2 - Não tenho mais prazer em nada.
 - 3 - Estou infeliz e aborrecido com tudo.
5. 0 - Não me sinto culpado de nada.
 - 1 - Sinto-me culpado às vezes.
 - 2 - Sinto-me culpado a maioria das vezes.
 - 3 - Sinto-me sempre culpado.
6. 0 - Não acho que estou sendo punido por alguma coisa.
 - 1 - Sinto que vou ser punido por alguma coisa.
 - 2 - Espero ser punido por alguma coisa.
 - 3 - Sinto que estou sendo punido por ter feito alguma coisa má.

-
- Escala Beck foi validada por um grupo de pesquisadores que realizaram um trabalho com 266 pacientes psiquiátricos hospitalizados e ambulatoriais. Sua validação ocorreu comparando-se com a escala de Hamilton, mostrando-se a BDI mais eficaz. Foi testada em pacientes de conduta suicida e alcoolismo. Em um estudo de cuidados de idosos com confusão, as pontuações da escala se associaram com o apoio social recebidos mostrou que os cuidadores com baixa pontuação na BDI indicaram que receberam maior apoio social.
 - A escala BDI tem uma validade e uma confiabilidade que vão de moderada a boa, apesar de que a maioria das provas foi realizada em população psiquiátrica, considera-se a escala eleita para as provas de distinção em sujeitos deprimidos na população em geral como ocorre com a maioria das outras escalas, sua precisão depende da motivação dos sujeitos para assinalar seu estado emocional de uma forma precisa (Browling,1994)

7. 0 - Não me sinto desapontado.
 - 1 - Estou desapontado comigo mesmo.
 - 2 - Estou desgostoso comigo mesmo.
 - 3 - Eu me odeio.
8. 0 - Não me sinto pior que as outras pessoas.
 - 1 - Sou muito crítico sobre minhas fraquezas e os erros que cometo.
 - 2 - Recrimino-me todo o tempo pelos erros que cometi.
 - 3 - Recrimino-me por tudo de mal que acontece.
9. 0 - Não penso em me matar.
 - 1 - Tenho idéias de me matar mas não vou fazê-lo.
 - 2 - Gostaria de me matar.
 - 3 - Se tivesse oportunidade, eu me mataria.
10. 0 - Não choro mais do que costumava fazê-lo.
 - 1 - Choro mais do que costumava fazê-lo.
 - 2 - Choro o tempo todo.
 - 3 - Costumava chorar mas, agora, mesmo que eu queira, não consigo.
11. 0 - Não estou mais irritado que de costume.
 - 1 - Aborreço-me ou irrito-me mais facilmente do que costumava fazê-lo.
 - 2 - Sinto-me irritado todo o tempo.
 - 3 - Irrito-me com coisas que antes não me irritavam.
12. 0 - Não perdi o interesse nas pessoas.
 - 1 - Estou menos interessado nas pessoas que antes.
 - 2 - Perdi o interesse nas pessoas.
 - 3 - Perdi todo o meu interesse nas pessoas.
13. 0 - Continuo decidido como sempre.
 - 1 - Deixo de tomar mais decisões do que tomava anteriormente.
 - 2 - Tenho mais dificuldades que anteriormente para tomar decisões.
 - 3 - Não consigo tomar decisões.
14. 0 - Não me sinto com pior aspecto que antes
 - 1 - Estou preocupado com o fato de estar parecendo velho e desajeitado.
 - 2 - Sinto que estou mudando e ficando uma pessoa desagradável.
 - 3 - Acho que estou feio e/ou desagradável.
15. 0 - Trabalho como sempre trabalhei.
 - 1 - Tenho que fazer mais esforço para começar algumas coisas.
 - 2 - Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
 - 3 - Não consigo fazer nada.
16. 0 - Estou dormindo como sempre dormi.
 - 1 - Não durmo tão bem como antes.
 - 2 - Acordo 2-3 horas mais cedo que antes e demoro para voltar a dormir.

- 3 - Acordo algumas horas antes do que costumava acordar e não consigo mais voltar a dormir.
17. 0 - Não me canso mais do que antes.
- 1 - Canso-me mais facilmente que antes.
 - 2 - Canso-me com qualquer esforço.
 - 3 - Estou sempre cansado.
18. 0 - Meu apetite está igual ao que era antes.
- 1 - Meu apetite não é tão bom como era antes.
 - 2 - Meu apetite agora está muito pior do que antes.
 - 3 - Não tenho apetite.
19. 0 - Ultimamente não perdi peso.
- 1 - Perdi mais de 250g.
 - 2 - Perdi mais de 5 kg
 - 3- Perdi mais de 7,5 kg.

Estou tentando perder peso e estou comendo menos (de propósito)

Sim Não

20. 0 - Não me preocupo com minha saúde mais do que o necessário.
- 1 - Preocupo-me com algumas dores e mal-estares, como distúrbios gástricos e/ou obstipação.
 - 2 - Estou muito preocupado com minha saúde e não consigo deixar de pensar nisso.
 - 3 - Estou tão preocupado com minha saúde que não consigo pensar em outra coisa.
21. 0 - Não notei diferença quanto ao meu apetite sexual.
- 1 - Estou menos interessado em sexo do que de costume.
 - 2 - Estou, agora, muito menos interessado em sexo do que de costume.
 - 3 - Perdi completamente o interesse sexual.

A avaliação global do BDI é feita através da soma dos números ao lado das perguntas - conferidos aos itens selecionados pelo paciente. O item da perda proposital de peso (item 19) não é computado. Um resultado de 0-9 é considerado NORMAL; 10-15 sugere a existência de uma DEPRESSÃO LEVE; 16-23, de uma DEPRESSÃO MÉDIA e 24 ou mais pontos, de DEPRESSÃO SEVERA.

NOME:

DATA DA CONSULTA: _____

ANEXO - F

Critérios Diagnósticos das Depressões pelo DSM-IV

Critérios Diagnósticos para Episódio Depressivo Maior

Nota: Uma síndrome depressiva maior é definida conforme o critério A, abaixo.

A - Pelo menos cinco dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma alteração no funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é ou (1) humor deprimido, ou (2) perda de interesse ou prazer. (Não incluir sintomas claramente devidos a uma condição física, delírios ou alucinações incongruentes com o humor, incoerência, ou associação desconexas).

- (1) Humor deprimido (ou irritável, em crianças e adolescentes) na maior parte do dia, quase diariamente, conforme indicado por relato subjetivo ou observação alheia.
- (2) Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase diariamente (indicado por relato subjetivo ou observação alheia, de apatia na maior parte do tempo).
- (3) Perda ou ganho de peso significativos, na ausência de dieta (por ex. mais de 5% do peso corporal em um mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase diariamente (em criança, considerar falha em atingir o peso esperado).
- (4) Insônia ou hipersonia quase diariamente.
- (5) Agitação ou retardo psicomotor quase diariamente (observados pelos outros, não meros sentimentos subjetivos de inquietação ou de lentidão).
- (6) Fadiga ou perda de energia quase que diariamente
- (7) Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (podendo ser delirante) quase que diariamente (não mera auto-reprodução ou culpa por ser doente).
- (8) Capacidade diminuída de pensar e se concentrar, ou indecisão quase que diariamente (tanto por relato subjetivo como por observação alheia).
- (9) Pensamento recorrente de morte (não mero temor de morrer), ideação suicida recorrente sem plano específico, tentativa de suicídio, ou plano específico para cometer suicídio.

B . (1) Não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou e manteve o distúrbio.

(2) O distúrbio não é uma reação normal à morte de um ente querido (luto sem complicação).

Nota: Preocupação mórbida com inutilidade, ideação suicida, prejuízo funcional ou retardo acentuados, ou duração prolongada, sugerem luto complicado por Depressão maior.

C. Em nenhum momento durante o transtorno houve delírio ou alucinação por mais de duas semanas, na ausência de sintomas de humor proeminentes (isto é, antes de sinto, mas de humor se desenvolverem ou aos terem cessado).

D. Não sobreposto a esquizofrenia, transtorno esquisofreniforme, transtorno delirante ou transtorno psicótico SOE.

Tabela extraída do DSM IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^a.ed., Coyright American Psychiatric Association, Washington,DC, 1988.

Critérios diagnósticos para Distúrbio Depressivo Maior, Único Específico DSM-IV

- A. Presença de um único episódio depressivo maior
- B. O episódio depressivo maior não é devido a distúrbio esquizo-afetivo e não vem concomitante a esquizofrenia, distúrbio esquizofreniforme, distúrbio delirante, ou distúrbio psicótico não especificado em outro lugar.
- C. Nunca houve episódio maníaco, episódio misto, ou episódio hipomaníaco. Nota: Esta exclusão não se aplica se todos os episódios maníacos-assemelhados, misto-assemelhados, hipomaníacos - assemelhados são induzidos por substâncias ou tratamentos ou são devidos a efeitos fisiológicos diretos de uma condição clínica geral.

ESPECIFICAR (para o atual ou o mais recente episódio)

Especificadores de gravidade/psicótico/remissão

Com traços catatônicos

Com traços melancólicos

Com traços atípicos

Com início pós-parto

Tabela extraída do DSM IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^a.ed., Copyright American Psychiatric Association, Washington,DC, 1988.

Critérios diagnósticos para Distúrbio Depressivo Maior, Recorrente - DSM-IV

- A. Presença de dois ou mais episódios depressivos maiores.

Nota: Para serem considerados episódios separados deve haver um intervalo de pelo menos, dois meses consecutivos nos quais os critérios não são dados para episódio depressivo maior.

- B. Os episódios depressivos maiores não são devidos a distúrbios esquizo-afetivo e não são concomitantes com esquizofrenia, distúrbios esquizofreniforme, distúrbios delirantes, ou distúrbio psicótico não especificados em outro lugar.
- C. Nunca houve um episódio maníaco misto, ou episódio hipomaníaco. Nota: Esta exclusão não se aplica se todos os episódios maníaco-assemelhados ou tratamentos ou devidos a efeitos fisiológicos diretos de condição clínica geral.

ESPECIFICAR (para o atual ou o mais recente episódio)

Especificadores de gravidade/psicótico/remissão crônico

Com traços catatônicos

Com traços melancólicos

Com traços atípicos

Com início pós-parto

ESPECIFICAR:

Curso longitudinal (com e sem interepísódio de remissão)

Com padrões sazonais

Tabela extraída do DSM IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^a.ed., Copyright American Psychiatric Association, Washington,DC, 1988.

Critérios para especificadores de gravidade/psicóticos/Remissão para Episódio Depressivo Maior Atual (ou o mais Recente) – DSM-IV

Codificação de Diagnóstico para os Códigos de Episódios Depressivo Maior

Nota: Codificação no quinto dígito e critérios da gravidade do estado atual do tratamento bipolar, depressivo, ou depressão maior.

1 – Leve: pouco sintomas, se houver, além dos necessários ao diagnóstico, e os sintomas apenas provocam um comprometimento menor do funcionamento profissional ou das atividades sociais ou relacionamento habituais com outros.

2 – Moderado: Sintoma ou comprometimento funcional entre leves e graves.

3 – Graves, sem características psicóticas: Diversos sintomas além dos necessários para o diagnóstico, e os sintomas interferem acentuadamente no funcionamento profissional ou nas atividades sociais ou relações habituais com os outros.

4 – Com Características psicóticas: Delírios ou alucinações. Se possível, especificar se as características psicóticas são *humor-congruentes* ou *humor-incongruentes*

Características psicóticas humor-congruentes: Delírios ou alucinações cujo conteúdo é inteiramente coerente com os temas depressivos típicos, de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida.

Características psicóticas humor-incongruentes: Delírios ou alucinações cujo conteúdo não envolve temas depressivos típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida. Incluídos aqui estão sintomas como delírios persecutórios (não diretamente relacionados a temas depressivos), inserção de pensamentos, irradiação do pensamento e delírios de controle.

5 – Em remissão parcial: Intermediário entre “Em remissão completa” e “Leve” e ausência de distímia, é feito apenas o diagnóstico de distímia, (já que os critérios totais para um episódio depressivo maior não mais são satisfeitos).

6 – Em remissão completa: Durante os últimos seis meses, nenhum sinal ou sintomas significativo do distúrbio.

0 – Inespecificado.

Especifique crônica, se o episódio atual durou dois anos consecutivos sem um período de 2 meses ou mais durante o qual não houve sintomas depressivos significativos. Especifique se episódio atual é do tipo melancólico.

Tabela extraída do DSM IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª.ed., Copyright American Psychiatric Association, Washington,DC, 1988.

Critérios para Especificadores de traços Melancólico – DSM-IV.

Presença de pelo menos, cinco dos seguintes critérios:

- (1) perda de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades
- (2) falta de reatividade a estímulos geralmente agradáveis (não se sente muito melhor, mesmo que temporariamente quando alguma coisa boa acontece)
- (3) depressão regularmente pior pela manhã
- (4) despertar precoce pela manhã (pelo menos duas horas antes da hora habitual)
- (5) retardo ou agitação psicomotora (não meras queixas subjetivas)
- (6) anorexia ou perda de peso significativas (por ex., de 5% do peso corporal em um mês)
- (7) nenhum transtorno de personalidade significativo anterior ao primeiro episódio depressivo maior

- (8) um ou mais episódios depressivos maiores seguidos por recuperação completa ou quase completa
- (9) boa resposta anterior à terapia antidepressiva somática específica e adequada, por ex., tricíclicos, ECT, IMAO, lítio

Tabela extraída do DSM IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^a.ed., Coyright American Psychiatric Association, Washington,DC, 1988.

Critérios de diagnóstico para Padrão Sazonal

A . Houve uma relação temporal regular entre o início de um episódio de transtorno bipolar (incluindo transtorno bipolar SOE) ou de depressão maior recorrente(incluindo transtorno depressivo SOE) e um período particular de 60 dias no ano (por ex., aparecimento da depressão entre o início de outubro e fim de novembro).

Nota : Não incluir casos em que há um efeito óbvio da sazonalidade relacionado a estressores psicossociais (por ex., está regularmente desempregado durante o inverno).

- B. Remissão completas (ou uma mudança de depressão para mania ou hipomania) também ocorreram dentro de um período particular de 60 dias no ano (por ex., a depressão desaparece de meados de fevereiro a meados de abril).
- C. Houve pelo menos três episódios de transtorno do humor em três anos, demonstrando a relação temporal sazonal definida em A e B; pelo menos dois dos anos foram consecutivos.
- D Os episódios de transtorno sazonal do humor, conforme descrição acima, excederam quaisquer episódios não-sazonais de tal transtorno que possam ter ocorrido, na proporção de mais de três para um.

Tabela extraída do DSM IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^a.ed., Coyright American Psychiatric Association, Washington,DC, 1988.

Critérios para especificadores de traços Atípicos –DSM-IV

Especificar se :

Com traços atípicos (pode ser aplicado quando tais traços predominam durante as duas últimas semanas de um episódio depressivo maior em distúrbio depressivo maior ou em distúrbio bipolar I ou II quando o episódio depressivo maior é o mais recente tipo de episódio de humor, ou quando tais traços predominam durante os dois últimos anos dos distúrbios distímico.

A. Reatividade do humor (isto é, humor reativa-se em resposta aos eventos positivos atuais ou potenciais).

B. Dois (ou mais) dos seguintes traços:

- (1) ganho significativo de peso ou aumento no apetite
- (2) hipersonia
- (3) paralisia pesada(isto é, peso, sensação de ter os braços ou pernas pesadas)
- (4) padrão de longa duração de sensibilidade à rejeição interpessoal(não limitada aos episódios de distúrbios do humor) que resulta em comportamento social ou ocupacional significativo.

C. Critérios não são aplicados para traços melancólicos ou catatônicos durante o mesmo episódio.

Tabela extraída do DSM IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^a.ed., Coyright American Psychiatric Association, Washington,DC, 1988.

Critérios para Especificadores de Traços Catatônicos – DSM-IV

Especificar para:

Com traços catatônicos (pode ser aplicado para episódio atual ou mais recente de depressão maior, episódio maníaco ou episódio misto em distúrbio depressivo maior, distúrbio bipolar I ou II).

O quadro clínico é dominado por, pelo menos, dois dos seguintes:

- (1) Imobilidade motora como evidenciado por catalepsia (incluindo flexibilidade crescente) ou esturpor.
- (2) Atividade motora excessiva (aparentemente sem propósito e não influenciada por estímulo externo)
- (3) Negativismo extremo (uma resistência aparentemente sem motivo para todas as instruções ou manutenção de uma postura rígida contra as tentativas de ser movida) ou mutismo.
- (4) Peculiaridades do movimento voluntário como evidenciado pela postura (assumir voluntariamente posturas bizarras ou inapropriadas), movimentos estereotipados, maneirismos proeminentes, tiques faciais acentuados.
- (5) Ecolalia ou ecopraxia.

Tabela extraída do DSM IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^a.ed., Copyright American Psychiatric Association, Washington,DC, 1988.

Critérios diagnósticos para Distímia - DSM-IV

A . Humor deprimido (ou irritável, em crianças e adolescentes) a maior parte do dia, quase diariamente, conforme indicado por relato subjetivo ou observação alheia por, pelo menos, 2 anos (um ano, para crianças e adolescentes).

B. Presença, durante os períodos depressivos, de pelo menos duas das seguintes características:

- (1) perda de apetite ou apetite excessivo
- (2) insônia ou hipersônia
- (3) baixa energia ou fadiga
- (4) baixa auto-estima
- (5) concentração deficiente ou dificuldade em tomar decisões
- (6) sentimentos de impotência

C. Durante um período de 2 anos(1 ano, para crianças e adolescentes) do transtorno, nunca sem sintomas em A por mais de 2 meses.

D. Nenhuma evidência de episódio depressivo maior inequívoco durante os 2 primeiros anos (1 ano, para crianças e adolescentes) do transtorno.

Nota: Pode ter havido um episódio depressivo maior anterior, desde que com remissão completa (sem sinais ou sintomas significativo por 6 meses) antes do desenvolvimento da distímia. Além disso, após esses 2 anos(1 ano, em crianças e adolescentes) de distímia, pode haver episódios sobrepostos de depressão maior, fazendo-se, neste caso, ambos os diagnósticos.

E. Nunca teve um episódio maníaco ou hipomaníaco inequívoco.

F. Não sobreposta a uma perturbação psicótica crônica, tal como esquizofrenia ou transtorno delirante.

G. Não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou e manteve o transtorno (por ex., administração prolongada de medicação anti-hipertensiva)

Especificar tipo primário ou secundário:

Tipo primário: o distúrbio de humor não está relacionado a um transtorno do eixo I ou eixo II pré-existente, crônico, não-relacionada ao humor, por ex., anorexia nervosa, transtorno de somatização, transtorno de ansiedade ou artrite reumatóide.

Tipo secundário: o distúrbio de humor está aparentemente relacionado a um transtorno do eixo I ou Eixo II pré-existente, crônico, não relacionado ao humor.

Especificar início precoce ou início tardio

Início precoce: início do distúrbio antes dos 21 anos

Início tardio: início do distúrbio aos 21 anos ou mais tarde.

Tabela extraída do DSM IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^a.ed., Coyright American Psychiatric Association, Washington,DC, 1988.

ANEXO - G PARECER MÉDICO

Sistema Único de Saúde
Prefeitura Municipal de João Pessoa
SECRETARIA DE SAÚDE

Com clareza.

A paciente Brenna Grafe da Conceição, 62 anos, em julho de 2002, veio apresentando quadro depressivo severo, com insônia, tremores, alterações com floras de Bact.

Hoje em visita a fim que ela melhor respondendo, voltar a ter alegria em atividades matutinas e de domingo bem melhor. Apesar que há fobias fóbicas como medo, insônia, mas responde bem com este medicação, um outro que é necessário.

ASSINATURA CAPIM
MÉDICA
CRM - 1615

Viação São João, Viação 4 Vida

Sistema Único de Saúde
Prefeitura Municipal de João Pessoa
SECRETARIA DE SAÚDE

Clareza.

A paciente Maria Nêta Figueira, 58 anos, em junho 2002, compareceu ao consultório com quadro de depressão severa, insônia, tremores, alterações com floras de Bact.

Em 21 de dezembro de 2002, volta ao consultório apresentando muito dispnéia física, alívio, de bem com a vida, com base, servem no consultório com dispnéia física.

ASSINATURA CAPIM
MÉDICA
CRM - 1615

Viação São João, Viação 4 Vida

Sistema Único de Saúde
Prefeitura Municipal de João Pessoa
SECRETARIA DE SAÚDE

A Sra. Zenilda Arlene Bolalho 86 anos, em Agosto de 2002, veio a este consultório com quadro de depressão, clonazepam, antidepressivo. Informa que veio apenas para sintomático desde que veio com a filha que quer a filha, multiplica. Segundo trata com a filha de Bact.

Hoje compareceu a este consultório que continua a ser muito mais melhor, acha que não tem nenhuma necessidade de mais com a filha.

ASSINATURA CAPIM
MÉDICA
CRM - 1615

Viação São João, Viação 4 Vida

1ª Via - Paciente 2ª Via - UBS

Sistema Único de Saúde
Prefeitura Municipal de João Pessoa
SECRETARIA DE SAÚDE

A Sra. Severina José dos Santos em setembro de 2002, veio a este consultório com quadro de síndrome depressiva e humor depressivo, sendo medicado com clonazepam e floras de Bact.

Hoje compareceu para consulta, referindo melhor funcionamento da estabilidade e do humor depressivo, com seja a filha mais tranquila e compareceu para explicar seus problemas pessoais.

ASSINATURA CAPIM
MÉDICA
CRM - 1615

Viação São João, Viação 4 Vida

1ª Via - Paciente 2ª Via - UBS



JOÃO PESSOA
PREFEITURA MUNICIPAL
Cidade de São Carlos



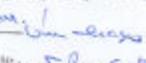
SUS

Elisap.

A Sra. Helena Sampaio de Oliveira, 65 anos, em 17 de Setembro de 2002, esteve apresentando quadro de febre, tosse, chato físico, dispnéia perante a vida, insônia, inapetência. Foi dada início a tratamento com Glaxo e Bacti.

24/09/03

Paciente compareceu a consulta referindo mais dispnéia, tosse mais intensa, mais sonolenta sem melhorias no quadro clínico. Foi prescrito o tratamento com Glaxo e Bacti.


 Fabiano Carlos
 ADM. DE SAÚDE
 SECRETARIA DE SAÚDE

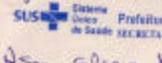
É DENGUE? NÃO NEGUE - NOTIFIQUE
 244-5467



JOÃO PESSOA
PREFEITURA MUNICIPAL
Cidade de São Carlos



SUS



JOÃO PESSOA
PREFEITURA MUNICIPAL
Cidade de São Carlos



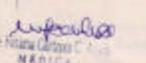
SUS

João Pessoa 24/09/03

A Sra. Helena Sampaio de Oliveira, 65 anos, em 17 de Setembro de 2002, esteve apresentando quadro de febre, tosse, chato físico, dispnéia perante a vida, insônia, inapetência. Foi dada início a tratamento com Glaxo e Bacti.

24/09/03

Paciente compareceu a consulta referindo mais dispnéia, tosse mais intensa, mais sonolenta sem melhorias no quadro clínico. Foi prescrito o tratamento com Glaxo e Bacti.


 Fabiano Carlos
 ADM. DE SAÚDE
 SECRETARIA DE SAÚDE

É DENGUE? NÃO NEGUE - NOTIFIQUE
 244-5467



JOÃO PESSOA
PREFEITURA MUNICIPAL
Cidade de São Carlos



SUS

SUS Sistema Único de Saúde Prefeitura Municipal de João Pessoa SECRETARIA DE SAÚDE

Cláudia

A Sra. Helga Santiago de Melo, 65 anos, relata sobre meus cuidados diários em 09 de julho de 2002 com queixas de tristeza interior, falta de prazer no atendimento aos pacientes, distúrbio do sono e anorexia bulímica.

Quemontou para tratamento de choque de Bach.

No momento em que me sinto bem, tranquilizada, bem humorada, referindo-se bem com ela e com a vida, tendo inclusive voltado a participar dos grupos de melhor idade.

A paciente apresenta boa resposta das queixas expostas acima com o uso de Fluoxetina 20mg.

Fluoxetina, 20mg

ASSINATURA E CARIMBO

Verter em 05, Verter em 15

1ª Via - Paciente *João Pessoa, 20/07/02* 2ª Via - USF

SUS Sistema Único de Saúde Prefeitura Municipal de João Pessoa SECRETARIA DE SAÚDE

Dr. Cláudio

A paciente boneca de Paula Novaes, 65 anos, apresenta queixas de Depressão há mais de 10 anos, com períodos de melhora com o uso de Bach, em 01 de agosto de 2002.

No momento presente apresenta sintomas de Depressão com sintomas de tristeza, perda de interesse pela vida, não se dá conta de cuidar de si mesma, não consegue trabalhar de dia a dia.

Fluoxetina, 20mg

Fátima Caires

1ª Via - Paciente 2ª Via - USF

Fátima Caires

ASSINATURA E CARIMBO

Verter em 05, Verter em 15

1ª Via - Paciente 2ª Via - USF

JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA DE SAÚDE

CIVILIZADO DANTAS IV

SUS Sistema Único de Saúde

A Sra. Maria Bernadete Guedes Pereira Monteiro, 60 anos, em julho de 2002, deu início a tratamento com Fluoxetina de Bach, devido a ela apresentar-se Depressão severa, com insônia, irritabilidade, tristeza interior, sentimento de desesperança do mundo por ela.

Hoje está desperta, consegue se bem com a vida, refere que está feliz por viver a relação afetiva com o marido. Voltou a se portar para baixo. Ela me informou, frequentemente com mais desejo o grupo de 27 idosos.

ASSINATURA E CARIMBO

Fluoxetina, 20mg / 08/02

Fluoxetina, 20mg

PARECER PSICOLÓGICO

	
<p>Maria da Graça Nunes</p> <p>A cliente anteriormente participou de grupo terapêutico, no acompanhamento de curso por questão financeira e por falta de motivação.</p> <p>Após ter iniciado o trabalho terapêutico no âmbito do grupo terapêutico em momentos de organização, não tem sido efetiva de mesma.</p> <p>Chegando ao grupo a mesma se apresenta com alguns conflitos, sendo a mesma a referir que sofre de dificuldades a nível pessoal e que iniciou um tratamento e por esta razão não comparece mais ao grupo terapêutico.</p> <p>A mesma ao ser colocada para o grupo caracteriza-se por estar-se a sentir desanimada, não tendo conseguido fazer o mesmo e não consegue fazer o mesmo.</p> <p>No momento a mesma encontra-se bem.</p> <p><i>João Pessoa Psicologia</i></p> <p>Maria Lúcia de Freitas Cabral Psicóloga CRP 131781 ASSINATURA E CARIMBO</p> <p>Háucineia de Fátima Cabral</p>	<p>Serenina José dos Santos</p> <p>Companha do grupo terapêutico após ter iniciado o trabalho terapêutico, a mesma colocou-se para o grupo com muita timidez e relatou os seus problemas terapêuticos, mas limitados de acordo com a sua situação pessoal.</p> <p>A mesma quando comparece ao grupo apresenta-se com grande melhora em sua atitude psicológica, e ao colocar-se para o grupo a mesma apresenta-se mais confiante.</p> <p>A mesma está bem.</p> <p>No momento a mesma encontra-se bem.</p> <p><i>João Pessoa Psicologia</i></p> <p>Maria Lúcia de Freitas Cabral Psicóloga CRP 131781 ASSINATURA E CARIMBO</p> <p>Háucineia de Fátima Cabral</p>
<p>É DENGUE? NÃO NEGUE - NOTIFIQUE 244-5467</p>	<p>É DENGUE? NÃO NEGUE - NOTIFIQUE 244-5467</p>

	
<p>Hélina Simplicio de Oliveira</p> <p>Iniciou o grupo terapêutico após o término do trabalho terapêutico, a mesma colocou-se para o grupo com muita timidez e relatou os seus problemas terapêuticos, mas limitados de acordo com a sua situação pessoal.</p> <p>A mesma quando comparece ao grupo apresenta-se com grande melhora em sua atitude psicológica, e ao colocar-se para o grupo a mesma apresenta-se mais confiante.</p> <p>A mesma está bem.</p> <p>No momento a mesma encontra-se bem.</p> <p><i>João Pessoa Psicologia</i></p> <p>Maria Lúcia de Freitas Cabral Psicóloga CRP 131781 ASSINATURA E CARIMBO</p> <p>Háucineia de Fátima Cabral</p>	<p>Zenilda Augusto Ribeiro Batista</p> <p>A cliente iniciou o grupo após o término do trabalho terapêutico, a mesma colocou-se para o grupo com muita timidez e relatou os seus problemas terapêuticos, mas limitados de acordo com a sua situação pessoal.</p> <p>A mesma quando comparece ao grupo apresenta-se com grande melhora em sua atitude psicológica, e ao colocar-se para o grupo a mesma apresenta-se mais confiante.</p> <p>A mesma está bem.</p> <p>No momento a mesma encontra-se bem.</p> <p><i>João Pessoa Psicologia</i></p> <p>Maria Lúcia de Freitas Cabral Psicóloga CRP 131781 ASSINATURA E CARIMBO</p> <p>Háucineia de Fátima Cabral</p>
<p>É DENGUE? NÃO NEGUE - NOTIFIQUE 244-5467</p>	<p>É DENGUE? NÃO NEGUE - NOTIFIQUE 244-5467</p>



Gleória Natália Casanova

Comuniceu ao grupo terapêutico após ser atendida pela terapeuta física. Foi apresentada ao grupo a música e a expressão em movimento de palavras. Devido ao comprometimento, descreveu a experiência de dificuldade, mesmo que não falar sem problemas, mas muito na dificuldade. Sentimento de abulia por parte dos filhos. No decorrer do grupo apresento no momento a gratidão, ao longo de toda a comunicação com os filhos, sem grande momento passado a maior ênfase em relação a sua experiência física.

Logo a mesma encontra-se bem, o que geral bem, sem depressão. Após o último encontro terapêutico da seguinte a mesma não deu continuidade ao tratamento por não participar do grupo novamente.

Maria Lúcia de Freitas Cabral

Psicóloga
CRP 13181

João Pessoa 08/02/2015
Mário Luiz de Freitas Cabral

É DENGUE? NÃO NEGUE - NOTIFIQUE
244-5467



Maria Marta Borges

A mesma foi de continuidade ao grupo terapêutico no 4º encontro quando iniciou a terapia física. Apesar de se colocar sem problemas com o grupo não houve muita participação, porém, a mesma relatou bastante expressão, autotratamento, após o tempo.

Após a terapia física a mesma compareceu no grupo de pesquisa e se colocou em comunicação com bastante dificuldade. Após a terapia física o comportamento da cliente foi melhor do que anteriormente, a mesma agora permite que o grupo lhe ajude, o que não permitia antes, e se engajou em um grupo de reabilitação da voz.

No momento a mesma não tem estado geral bem, tem recrudescido, porém, não apresenta mais o grupo de reabilitação da voz.

Maria Lúcia de Freitas Cabral

Psicóloga
CRP 13181

É DENGUE? NÃO NEGUE - NOTIFIQUE
244-5467



Maria Bernadete Mendes Carneiro

A mesma foi para o grupo terapêutico após 04 dias de início dos planos de trabalho para o grupo que inclui o trabalho de motricidade para a vida, incluindo, desde compulsivamente durante sua experiência.

Apresenta sentimento de abulia por parte dos filhos e abulia na escola. No decorrer das sessões permitiu a mesma encontrar-se bem, apresentando-se mais com o grupo, após deixando o grupo a mesma não voltou ao grupo. Estado geral bem, sem depressão.

No momento encontra-se sem depressão.

João Pessoa 08/02/2015

Maria Lúcia de Freitas Cabral

Psicóloga
CRP 13181

É DENGUE? NÃO NEGUE - NOTIFIQUE
244-5467



Bernice José da Conceição

A mesma veio para o grupo terapêutico após 04 dias de início dos planos de trabalho para o grupo que inclui o trabalho de motricidade para a vida, incluindo, desde compulsivamente durante sua experiência. Apresenta sentimento de abulia por parte dos filhos e abulia na escola. No decorrer das sessões permitiu a mesma encontrar-se bem, apresentando-se mais com o grupo, após deixando o grupo a mesma não voltou ao grupo. Estado geral bem, sem depressão.

João Pessoa 08/02/2015

Maria Lúcia de Freitas Cabral

Psicóloga
CRP 13181

É DENGUE? NÃO NEGUE - NOTIFIQUE
244-5467



Conselho Federal de Enfermagem

RESOLUÇÃO COFEN-197

Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem.

O Conselho Federal de Enfermagem, no uso de sua competência estipulada no artigo 8º, inciso IV da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, combinado com o artigo 16, incisos IV e XIII do Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução-COFEN52/79;

CONSIDERANDO o que estabelece a Constituição Federal no seu artigo 1º incisos I e II, artigo 3º, inciso IV, artigo 5º incisos II e XIII;

CONSIDERANDO o Parecer Normativo do COFEN nº 004/95, aprovado na 239ª Reunião Ordinária, realizada em 18.07.95; onde dispõe que as terapias alternativas (Acupuntura, Iridologia, Fitoterapia, Reflexologia, Quiropraxia, Massoterapia entre outras), são práticas oriundas, em sua maioria, de culturas orientais onde são exercidas ou executadas por práticos treinados assistematicamente e repassados de geração em geração, não estando vinculados a qualquer categoria profissional;

CONSIDERANDO deliberação do Plenário em sua 254ª Reunião Ordinária bem como o que mais consta do PAD-COFEN-247/91,

RESOLVE:

Art. 1º - Estabelecer e reconhecer as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem.

Art. 2º - Para receber a titulação prevista no artigo anterior, o profissional de Enfermagem deverá ter concluído e sido aprovado em curso reconhecido por instituição de ensino ou entidade congênera, com uma carga horária mínima de 360 horas.

Art 3º - A Presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 19 de março de 1997

199/3ain
DULCE DIRCIAIR HUF BAIS
COREN-MS Nº 10.244
PRIMEIRA SECRETÁRIA
*Publicada no DOU nº 56, Seção I, pag. 5830, de .../alfd 24.03.97

[Assinatura]
GILBERTO LINHARES TELXEIRA
COREN-RJ Nº 2380
PRESIDENTE