

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**

***Relações interpessoais enfermeiro-paciente: análise teórica e  
prática com vistas à humanização da assistência em  
saúde mental***

**ANTONIA REGINA FUREGATO RODRIGUES**

***Ribeirão Preto***

***1995***

*Tese apresentada para o Concurso de Livre Docência do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo*

*Este trabalho está vinculado à linha de pesquisa 0700: Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.*

*A parte prática deste estudo foi realizada junto aos enfermeiros das seguintes unidades de assistência psiquiátrica: Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto, Ambulatório Regional de Saúde Mental, Hospital-Dia e Unidade de Internação do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.*

*Este trabalho conta com o auxílio do CNPq como parte de um Projeto Integrado de Pesquisa - Processo nº 500043/92-2 (NV).*

*Ribeirão Preto*

*1995*

*Ao Rafael, à Renata, ao  
Roberto e ao Reinaldinho,  
dedico este trabalho.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Aos docentes e funcionários do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, pelo incentivo e colaboração;*

*Aos docentes e funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, pelo respeito e apoio;*

*Aos enfermeiros das unidades de assistência psiquiátrica pela disponibilidade em participar deste estudo.*

*Aos Pós-graduandos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto que preocupam-se com a humanização da assistência de enfermagem;*

*À Profª Drª Tokico Murakawa Moriya.*

## ÍNDICE

### Prefácio

I.	As relações interpessoais enfermeiro-paciente inseridas na história da psiquiatria e nos modelos de assistência.....	01
I.1.	Visão do doente mental através dos tempos.....	01
I.2.	A prática da enfermagem de acordo com os modelos de assistência ao doente mental .....	14
II.	O homem como centro nas relações interpessoais. Fundamentos teóricos .....	29
II.1.	Considerações Gerais .....	29
II.2.	A relação de ajuda.....	41
III.	Da comunicação intrapessoal à comunicação interpessoal terapêutica na enfermagem.....	61
III.1.	Considerações gerais.....	61
III.2.	Mecanismos de defesa e comunicação intrapsíquica.....	66
III.3.	A comunicação interpessoal.....	73
III.4.	Relações Terapêuticas.....	87
IV.	Observação das relações enfermeiro-paciente.....	102
IV.1.	Considerações metodológicas .....	102
IV.2.	Análise da relação interpessoal.....	118
IV.2.a.	Ajudando o paciente através das relações interpessoais.	134
IV.2.b.	Interferindo nas relações interpessoais. Atitudes não terapêuticas.....	186
IV.2.c.	Fatores que afetam a comunicação nas relações enfermeiro-paciente.....	210
V.	Apreciações Finais .....	224
VI.	Resumo.....	233
	Summary.....	235
VII.	Referências Bibliográficas .....	237

## ***PREFÁCIO***

*Este trabalho que agora apresentamos é o resultado de 20 anos de vivências e reflexões acerca da assistência de enfermagem psiquiátrica.*

*Nesta trajetória, iniciamos nossas atividades profissionais já com indagações acerca do modo como o doente mental era tratado. Escolhemos a especialidade justamente ao passar pelo estágio no hospital psiquiátrico e perceber com indignação a despersonalização provocada no paciente em função do tratamento recebido quando de sua internação.*

*Ao mesmo tempo, tivemos o privilégio de ser discípulas e conviver os primeiros anos profissionais com a saudosa Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Aparecida Minzoni. Ela mostrou-nos que o doente mental era um ser humano que passava por um episódio de sofrimento mas que tinha partes sadias que deveriam ser consideradas na assistência de enfermagem. Entretanto isto não era visível nos hospitais custodiais.*

*Aos poucos, essa idéia de que por traz da doença existia uma pessoa digna do nosso respeito e consideração foi sedimentando-se através de vivências na assistência e nos estudos sempre atualizados que Minzoni nos oferecia para leitura e discussões. Timidamente, no ensino, tentávamos passar esses conceitos e, à medida em que mais acreditávamos nisso, mais convictas eram nossas mensagens.*

*Sabíamos que era necessário buscar as respostas por nós mesmas. Foi assim que passamos a procurá-las em duas frentes ao mesmo tempo.*

*Começamos a participar de um programa de atenção de enfermagem à comunidade, depois num centro de saúde regional e depois num ambulatório de hospital psiquiátrico. As atividades de ensino ocorriam em hospitais psiquiátricos custodiais.*

*Ao mesmo tempo, cursando o mestrado em enfermagem psiquiátrica, optamos por pesquisar à respeito do papel do enfermeiro, especificando, naquele momento, a busca no desempenho em ambulatórios.*

*Encontramos respaldo na sociologia e psicologia social para explicar o papel profissional (desempenho e expectativas) sabendo que o papel de doente estava interligado porém não explicado.*

*Com esses conhecimentos, as vivências com todos os tipos de pacientes em diversas situações de saúde e doença, de internação de ambulatórios e na comunidade aumentava nossa inquietação.*

*Acresce-se que nessa época havia outros profissionais também interessados em se fazer algo mais digno em termos de assistência ao doente mental. Intensificam-se clínicas de internação em hospital geral, hospitais-dia, comunidades terapêuticas atendimentos extra hospitalares.*

*Nesse período, foi criado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP (também pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Aparecida Minzoni) um Curso de Especialização em Enfermagem Psiquiátrica que nos deu oportunidade de novas reflexões sobre o papel do enfermeiro psiquiátrico visto que tínhamos que formar especialistas de alto nível, para a assistência ao doente mental.*

*O passo seguinte foi transformar numa pesquisa que culminou com nosso*

*doutoramento, uma dessas vivências que vínhamos desenvolvendo, utilizando uma metodologia de assistência ainda não utilizada em nosso meio. Foi atendendo a mulheres em crise na comunidade que encontramos um modo de ajudar a essa população com sucesso. Sistematizamos aos poucos esse atendimento percebendo a importância que poderia ser dada na interação enfermeiro-paciente, e o apresentamos em diversas publicações, palestras e eventos científicos.*

*Entretanto, o ponto alto dessa evolução foi o ensino. Foi através do ensino da assistência de enfermagem nas diversas terapias psiquiátricas que visualizamos com clareza a força terapêutica da comunicação interpessoal para assistir à pessoa que sofre.*

*Quando optamos por ensinar as relações interpessoais enfermeiro-paciente sentimos a necessidade de um saber que respaldasse aquela coisa que surgia de dentro dizendo que o paciente deveria estar no centro da atenção da enfermagem.*

*Foi então que reformulamos totalmente a disciplina "Relações interpessoais enfermeiro-paciente" objetivando: aprofundar os conhecimentos teóricos a respeito das relações interpessoais; dar a oportunidade para que os alunos experimentassem relacionar-se com algum tipo de paciente de sua escolha utilizando interações centradas no paciente e confrontá-las com atitudes autoritárias e dirigidas para o objeto da enfermagem; estimular no aluno a integração entre a teoria estudada e a prática vivenciada; e finalmente incentivar a divulgação desses conhecimentos. Os estudos de Travelbee serviram de base para as primeiras tentativas no caminho da humanização das relações enfermeiro-paciente. Todos os autores que encontramos nessa linha foram sendo incluídos nos estudos e até outros de posturas mais tradicionais foram sendo estudados para servir de confronto.*

*Tínhamos atravessado a ponte através dos trabalhos de Travelbee que*



*preconizava as relações de pessoa-a-pessoa. Entretanto, o alvo foi atingido quando percebemos que nos trabalhos de Rogers estavam as respostas que procurávamos para as indagações de tantos anos: o que fazer para melhorar a assistência em saúde mental?*

*Entretanto, o fato mais estimulante deste trajeto foi quando percebemos que estudando Rogers e outros humanistas e pretendendo transmitir esse aprendizado aos enfermeiros estruturamos a dinâmica da disciplina na mesma linha. Notamos que a mesma liberdade que pregávamos na interação enfermeiro-paciente estava presente na interação professor-aluno.*

*Os resultados dessa vivência têm nos estimulado a melhorar cada vez mais pois ministrando uma disciplina na linha compreensiva encontramos respostas para mais outra indagação antiga: como ensinar ao enfermeiro ser terapêutico nas suas relações com a pessoa que precisa de ajuda?*

*Apesar de termos consciência das muitas críticas a respeito da humanização da assistência de enfermagem temos claro que essa teoria vem de encontro aos nossos anseios e possivelmente aos de muitos outros profissionais que poderão ler este trabalho.*

*Por outro lado, muitas investigações poderão ser realizadas validando ou não a proposta que ora apresentamos. Nós próprios temos algumas propostas que serão motivos de futuras pesquisas nesta linha.*

*Por ora, queremos manifestar nossa gratidão à todos os que contribuíram, direta ou indiretamente, para esse encontro com a possibilidade de humanização da assistência e àqueles que serviam de suporte em nossos momentos de vacilação e temor.*

## ***PROPOSIÇÕES***

- *Apresentar as relações interpessoais enfermeiro-paciente inseridas na história da psiquiatria de acordo com a visão do doente mental através dos tempos e as implicações na prática da enfermagem de acordo com os modelos de assistência ao doente mental.*
  
- *Apresentar os fundamentos teóricos sobre a humanização da assistência em saúde mental focalizando o homem como centro nas relações interpessoais.*
  
- *Apresentar os fundamentos teóricos da comunicação intrapessoal, interpessoal e terapêutica das interações enfermeiro-paciente.*
  
- *Apresentar as observações das relações enfermeiro-paciente focalizando as considerações metodológicas da pesquisa e a análise das ações de enfermagem sob a luz das considerações teóricas apresentadas colocando o paciente como centro.*

# ***I. AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS ENFERMEIRO-PACIENTE INSERIDAS NA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA E NOS MODELOS DE ASSISTÊNCIA.***

## ***I.1. Visão do doente mental através dos tempos.***

*Num retrospecto bastante condensado, extraído de autores de posicionamentos variados, iniciando com Alexander e Selesnik (1968), e Kolb (1976), apresentamos como foram compondo-se os principais dados da evolução da psiquiatria. Entrememos esses fatos históricos com informações sobre a humanização da assistência ao doente mental e as relações interpessoais enfermeiro-paciente.*

*Sempre houve doentes mentais entre nós e portanto a história da enfermagem vem sendo traçada desde que o homem apresentou problemas de saúde ou pensou sobre ela. As pessoas doentes sempre precisaram **1)** de alguém que tentasse aliviar sua dor ou manter seu prazer pela vida (surgindo daí a medicina), e **2)** de alguém que desse os cuidados necessários para aliviar o sofrimento (surgindo daí a enfermagem). A religião vem encarregando-se de ajudar as pessoas a encontrarem um sentido para a dor e o sofrimento.*

*Na antiguidade, os primeiros médicos eram sacerdotes que tratavam as doenças mentais por métodos mágico-religiosos. Por volta de 500 a.C. indicava-se sono, atividades, diversão, boas ações ou meditação para as pessoas afetadas, porém com explicações sobrenaturais.*

*Na era clássica, ainda sob a influência de crenças mágico-religiosas, começou-se a tentar justificativas racionais e materialísticas para explicar as doenças. Os métodos hipocráticos davam ênfase às observações. Descreveram depressão, histeria, epilepsia, psicose pós-parto. Galeno, reconheceu o cérebro como o órgão mais importante do homem e sede da alma.*

*Na era moderna, 300 a.C., acreditava-se que o homem era composto por átomos que atraíam-se e repeliam-se. Estabeleceram-se que os estados maníacos e depressivos ocorriam num mesmo indivíduo. Para os doentes receitava-se banhos, exercícios, massagens, vinho, música, ambientes claros e arejados. Parece ter havido, naquela época, uma tendência em se dar valor à vida do indivíduo.*

*No período medieval, houve retrocesso à crença na magia, no misticismo e na demonologia. São Tomaz de Aquino influenciou com suas idéias até os séculos XI e XII, defendendo a separação entre a alma e o corpo. Incentivou-se a medicina monástica. As pessoas que cuidavam dos doentes deveriam ser de absoluta confiança, piedosas e diligentes. Entretanto, os doentes mentais eram exorcizados e até queimados em fogueiras.*

*Sto. Agostinho, por outro lado, escreveu sobre sentimentos, conflitos e angústia mostrando que a introspecção era a fonte do genuíno conhecimento. Esta visão de homem com uma interioridade despertou a idéia do ser humano uno.*

*Na renascença, o homem começou a procurar a verdade a seu próprio respeito e restabeleceu-se o princípio da observação objetiva dando início à era da razão.*

*Do século XV ao final do XVII, os doentes eram confinados em hospitais para proteger a sociedade. Eram tratados com sangrias e purgativos; eram presos com correntes e expostos à chacota e à admiração pública; eram tratados à chicote e morriam por falta de cuidados de*

*higiene e alimentação. Podemos dizer que neste período, o doente mental foi tido como animal pelo tratamento recebido nos hospitais, e como objeto pelo tratamento recebido da sociedade.*

*O iluminismo (séc. XVIII) foi o período das maiores contradições. Embora se libertasse os insanos dos grilhões, inventaram a guilhotina. Nessa época, surgiu Pinel propagando que a base do transtorno mental seria uma lesão no Sistema Nervoso Central e mudou a atitude da sociedade em relação aos doentes considerando-os indivíduos doentes necessitando de tratamento médico.*

*Nessa época, por ocasião da Guerra da Criméia, surgiu Florence Nightingale que percebeu a importância de ser dado um cuidado mais humano ao doente e a necessidade de educação e preparo das pessoas que cuidavam dos doentes.*

*Segundo Kalkman e Davis (1974), a enfermagem que até aquela época era constituída por membros das famílias, vizinhos, serventes e membros de ordens religiosas passou para a era da profissionalização com a criação das primeiras escolas para enfermeiros, organizadas entre 1782 e 1815, na Alemanha.*

*Florence defendia a atenção individualizada ao paciente e recomendava higiene pessoal, aeração, exercícios, boa alimentação, sono adequado e amabilidade para com os doentes. Defendia que a enfermagem ajuda o indivíduo a colocar-se nas melhores condições para que a natureza possa agir sobre ele (Alarcon, 1991). Isto, a nosso ver, é considerar a pessoa como um ser humano, ativo e capaz. É respeitar a pessoa que precisa de ajuda e dar valor às suas potencialidades pessoais. Entretanto, entendemos que não basta tirar as pedras do caminho para que a flor germine. Há algo mais a ser feito o que foi desenvolvido por autores citados mais adiante como Peplau e Travelbee (na enfermagem) e outros estudiosos (em outras áreas).*

*Na era moderna, surgiram importantes contribuições à psiquiatria com as reformas humanitárias. Kraepelin presunôs que os distúrbios mentais constituíam-se em entidades morfológicas definidas. Salientou as observações clínicas e buscou origens físicas para as doenças mentais. Griessinger considerava que o tratamento deveria atender às necessidades individuais de cada doente. A literatura destaca também, neste período, Pavlov com os conceitos mecanicísticos do comportamento e a influência da aprendizagem nas relações do homem com o mundo ao seu redor.*

*Nessa época, surgiu Linda Richards que foi a primeira enfermeira profissional americana e a precursora em estabelecer escolas de capacitação em hospitais. Dizia que o doente mental deveria ser tratado com tanto cuidado quanto um doente físico. No McLean Hospital de Massachusetts foi criada (1882) a primeira escola específica para o preparo de enfermeiros.*

*A era Freudiana revolucionou com os conceitos ortodoxos da mente. Segundo Kolb (1976), Freud postulou uma teoria fundamentalmente psicognética e evolutiva, conceituou o ego e referiu-se ao papel da repressão na doença mental. Pesquisou os conflitos e motivos que determinam principalmente os comportamentos neuróticos. Conceituou a estrutura e o desenvolvimento da personalidade enfatizando a importância da transferência e resistência do paciente como elementos essenciais de sua terapêutica psicanalítica. Seu conceito de inconsciente foi uma das maiores contribuições à psiquiatria.*

*Inicialmente, essa revolução não afetou a enfermagem visto que parecia não haver lugar para esta dentro dos princípios psicanalíticos freudianos.*

*Havia ainda, nessa época, uma tendência pessimista quanto ao prognóstico da doença mental. Os hospitais psiquiátricos superlotados, o método descritivo e detalhista de*

*abordagem da doença, o longo tempo de internação dos pacientes e a exigüidade de enfermeiros com preparo, são mostras da falta de fé na recuperação do doente mental.*

*Os novos conceitos da psiquiatria dinâmica resultantes dos trabalhos de Freud e seus seguidores demoraram para entrar nos currículos de formação médica e nos hospitais, visto que no início, tanto Freud como suas teorias foram ridicularizados. Só posteriormente é que a enfermagem começou a reconhecer a importância desse corpo de conhecimentos para a prática e a educação de enfermagem (Kalkman e Davis, 1974).*

*No Brasil, só no final do século XIX, foi criada a primeira Escola de Enfermagem anexa ao Hospício Nacional de Alienados (Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras - 1890). Segundo Gussi (1987), até então, o trabalho dos enfermeiros era manual, não especializado, sem qualquer preparo, desprovido de poder e de prestígio. Estava a cargo das irmãs de caridade. A institucionalização do ensino veio para sanar dois problemas: falta de mão de obra qualificada e qualificação das órfãs mantidas pelo governo. A assistência de enfermagem estava atrelada à medicalização e tarefas de vigilância.*

*O século XX tem sido a época de grandes descobertas no âmbito das doenças mentais e, por isso, denominado de Idade de Ouro da Psiquiatria.*

*Nos primeiros 20 anos deste século, estudiosos da área começaram a perceber que certos tratamentos médicos poderiam ser usados para algumas desordens mentais. Nas décadas de 20 e 30 surgiram, como decorrência das grandes descobertas terapêuticas da medicina em geral, vários tratamentos orgânicos como: sonoterapia, insulinoaterapia, cardiazolterapia, eletrochoqueterapia e as psicocirurgias.*

*Essas terapias variavam grandemente em sua proposta e em seus métodos de*

*procedimento. Entretanto, todas elas tiveram importantes efeitos na enfermagem. Exigiam do enfermeiro um serviço altamente capacitado valorizando muito a necessidade de conhecimentos técnicos e experiência profissional. Vale lembrar alguns nomes de enfermeiros que contribuíram para o desenvolvimento da enfermagem psiquiátrica neste período, Mary Davis, May Kennedy e Effie Taylor (Kalkman e Davis, 1974).*

*Muito lentamente, a enfermagem pode começar a perceber sua verdadeira participação neste processo. Percebeu que não bastava executar tarefas de vigilância, cuidados físicos e técnicos ao paciente. Percebeu que podia atuar também como elemento da equipe terapêutica e, através de suas atitudes, ajudar o paciente a enfrentar suas dificuldades, voltar-se para a realidade e sentir-se capaz de viver em sociedade. Esta percepção, surgiu acompanhando as novas descobertas na psiquiatria e nas ciências sociais.*

*Após a fase de euforia com relação às terapias somáticas, descobriu-se que estas não curavam por si só mas poderiam tornar os pacientes acessíveis aos métodos psicológicos de tratamento.*

*O movimento a favor da Higiene Mental estimulou o preparo do enfermeiro para a atenção integral. Harriet Bailey focalizou a importância dos conhecimentos práticos e técnicos para a capacitação do enfermeiro. Alice H. Stobbs era a favor dos métodos de atenção individual. Os enfermeiros começaram a referir-se com mais firmeza ao aspecto empírico da enfermagem (Travelbee, 1982).*

*Entre 1930 e 1950, quando grande parte da atenção da enfermagem era voltada para as terapias somáticas estimulando grande aprimoramento técnico da enfermagem, começou a surgir uma evidente tendência para a atenção psicodinâmica. Lentamente, os pacientes e*



*seus sentimentos foram se convertendo na preocupação fundamental dos enfermeiros.*

*Esther Garrison trabalhou no sentido de incorporar os novos conhecimentos na formação do enfermeiro americano. Transformou a instrução em aprendizagem-por-experiência onde o enfermeiro estudava a si mesmo, o paciente e a interação entre ambos. Desses programas de graduação saiam enfermeiros psiquiátricos preparados com conhecimentos e habilidades do mais avançado nível. Recebiam preparo também que os capacitava para serem futuros professores, supervisores, consultores e também pesquisadores nesta área (Travelbee, 1982).*

*Esse movimento culminou, no final da década de 40, com um trabalho que respondia à necessidade social de uma melhor atenção à saúde mental. Hildegard E. Peplau (1952), elaborou uma teoria sistemática da enfermagem baseada nas relações enfermeiro-paciente. Preconizava que o enfermeiro tinha que ter um plano, reconhecer, definir e chegar a compreender o que sucede quando estabelece relações com o paciente. Assim, o enfermeiro "converteu-se" em terapeuta.*

*Outros enfermeiros também merecem destaque neste caminho do aperfeiçoamento das relações interpessoais enfermeiro-paciente. Travelbee (1982), destaca Gwen Tudor que estudou o processo das relações interpessoais onde se procurava facilitar a comunicação e a participação social do paciente na satisfação de suas necessidades. As terapias, experimental e de investigação, eram defendidas por June Mellow, e, sua teoria de ação para a enfermagem era baseada na psicanálise. A técnica terapêutica da atenção maternal da enfermagem junto ao doente mental foi aplicada e desenvolvida por Gertrud Schwing (Travelbee, 1982).*

*Na década de 50, ainda foi grande a preocupação da enfermagem para provimento de pessoal para dar cuidados diretos ao paciente psiquiátrico hierarquizando assim a*

*equipe de enfermagem: enfermeiro, prático de enfermagem, auxiliar de enfermagem e atendente.*

*Outra forte influência sofrida pela psiquiatria, nesta época, foi a difusão do conceito de que o homem consegue seu melhor desempenho e auto-realização no relacionamento interpessoal com pessoas no meio ambiente e cultura onde vive. O doente mental passou a ser reconhecido como um elemento vivo e ativo. Esse movimento que surgiu na Grã-Bretanha deu origem às Comunidades Terapêuticas onde procurava-se reproduzir a sociedade em micro-ambientes para ajudar o paciente a voltar para o ambiente familiar o mais integrado possível. Proliferam-se os hospitais de semi-internação, clínicas de higiene mental, unidades autônomas em hospitais. Usavam-se técnicas de grupos operativos, terapia ocupacional e recreacional, reuniões de familiares e reuniões sociais. Proliferaram também nesse período, o uso de técnicas psicodramáticas criadas por Moreno e seus seguidores. Desenvolveram-se as técnicas de terapias grupais a partir então de Moreno e Levin, o primeiro baseado em técnicas psicodramáticas e o segundo em técnicas educativas e de investigação do comportamento. O enfermeiro desenvolveu com isso um novo e complexo papel dentro da equipe terapêutica como um representante da comunidade maior a serviço do doente mental.*

*O enfermeiro psiquiátrico começou a exercer, além das suas funções técnicas, de provedor de necessidades básicas do paciente, as de agente socializante e terapeuta. Com isso, foi compelido a obter novos conhecimentos e a desenvolver novas técnicas com ênfase na interação enfermeiro-paciente envolvendo-se com o cuidado global do paciente. Nessa época, foi incluída, nos currículos de enfermagem, a disciplina de Enfermagem Psiquiátrica.*

*Segundo May (1982, p.4), a cura por meios psicológicos tem origem nos grandes filósofos como Sócrates ("conhece-te a ti mesmo"), Platão (valorizando o conhecimento do*

*amor), Santo Agostinho (a integração existe no mais profundo do ser), Rousseau (rebelando-se contra as restrições da sociedade em favor da volta à natureza, do emocional à auto-expressão), Nietzsche (introspectivo, vislumbrou a importância dos sonhos, valorizou o auto-conhecimento).*

*Os estudos de Freud deram abertura para diferentes linhas de pensamento cujos responsáveis passaram a buscar explicações para a doença mental e soluções para aqueles que eram afetados. Podemos citar, entre outros Adler, Jung, Rank, Meyer, Sullivan. Posteriormente, destacam-se Moreno, Balint e outros. Entretanto, Freud, criador da psicanálise e ponto de partida para diversas correntes, acreditava que era possível manter a mente e as emoções humanas sob controle, através da análise.*

*A contribuição de Freud é inegável, porém o perigo do sistema freudiano de análise surge quando ele é tomado como uma interpretação determinística da personalidade como um todo. Isto exclui a responsabilidade do indivíduo pelo que lhe ocorreu anteriormente, determinando seu comportamento atual.*

*Alguns discípulos de Freud foram rebelando-se com relação a este determinismo e cada um com seus seguidores contribuiu com algum aspecto para a melhor compreensão do ser humano. Vários deles deram contribuições para a humanização da assistência. Citando apenas dois exemplos. Jung dizia que cada um de nós traz dentro de si uma constituição específica de vida, indeterminável que não pode substituir-se por outra e Rank já afirmava que o objetivo na psicoterapia era o desenvolvimento da pessoa na direção daquilo que ela realmente é.*

*O desenvolvimento da medicina psicossomática tem sua origem na Escola Constitucionalista mas só chegou a se desenvolver com os avanços da psicologia. Para Perestrello (1987, p. 29-30), a legítima medicina psicossomática legítima repousa nos seguintes princípios: 1) o*

*objeto de estudo do médico é o homem doente e não a doença; 2) não há doenças locais - geralmente acometem o indivíduo como um todo; 3) o indivíduo só pode ser concebido em seu ambiente; 4) os estados emocionais podem perturbar o funcionamento de qualquer órgão; 5) os conflitos inconscientes são os principais responsáveis pelos sintomas somáticos; 6) os distúrbios funcionais podem acarretar lesões estruturais. Também influenciou a enfermagem psiquiátrica. A enfermagem, capacitada para lidar com pessoas com desordens emocionais, passou a ser solicitada pelos serviços que cuidavam de pacientes com sintomas psicossomáticos para dar cuidados diretos assim como para o papel de consultor de equipes de enfermagem desses serviços.*

*A partir de 1960, a relação de pessoa-a-pessoa teve grande impulso para seu desenvolvimento precisamente quando os enfermeiros estenderam seu trabalho dos hospitais para a comunidade e estes depararam-se frente à situações que exigiam uma atuação resolutiva. Essa mudança serviu para destacar que é na relação interpessoal que reside a atuação da enfermagem. Tiveram grande influência os trabalhos desenvolvidos por Rollo May e Carl Rogers. Segundo Pagés (1976, p. 41), a teoria rogeriana está baseada em que o indivíduo têm capacidade para experimentar conscientemente os fatores de sua inadaptação psicológica e a tendência a reorganizar seu conceito do ego de maneira a torná-lo mais congruente com a totalidade de sua experiência deslocando-se para a adaptação psicológica. Para May (1982, 44), a saúde mental significa uma restauração do senso de responsabilidade pessoal e, logo uma restauração da liberdade. Diz ainda que quando o indivíduo realmente se encontra, ele encontra sua sociedade e de certa forma a Deus. Tanto o humanismo como o existencialismo enfocam o homem como a fonte e o centro de valores em contínuo crescimento e transformação.*

*Joyce Travelbee consagrou a relação de pessoa a pessoa na enfermagem*

*psiquiátrica. Seus métodos são uma combinação de teorias existenciais-humanistas. Focaliza a importância do homem existencial que busca um significado para sua existência e que sofre nesta busca.*

*Os progressos com relação ao pensamento psiquiátrico sucedem-se e, nessa época, surgiu um movimento nos Estados Unidos que preconizava a responsabilidade da comunidade pela prevenção, o tratamento e a reabilitação da doença mental e do retardo mental. Esse movimento teve sua base na Medicina Preventiva destacando-se os trabalhos de Leavell e Clark, nos conceitos de crise, os de Erich Lindemann, nos estudos sobre prevenção primária, os de Caplan, e no apoio do governo americano de John Kennedy. Preconizava modificações em três pontos básicos da assistência: 1º) deixa-se de atender apenas à população hospitalizada; 2º) o atendimento é dado por equipes multidisciplinares; 3º) o tipo de atendimento deixa de ser curativo para ser preventivo. (Caplan, 1966)*

*Essa inovação tornou a expandir o papel do enfermeiro psiquiátrico evidenciando a necessidade de maiores conhecimentos. Entretanto, por ser um movimento que atinge toda a sociedade e exige reorganização política profunda, pouco se faz hoje nesta direção.*

*Na atualidade, existem diversas opções de desempenho para o enfermeiro psiquiátrico seja em centros de terapias somáticas, terapias psicológicas, terapias sociais ou centros de atendimento custodial ou de saúde mental.*

*O enfermeiro psiquiátrico pode estar atuando junto a crianças, adolescentes, velhos mentalmente doentes ou alcoólatras, drogadidos, em terapia de famílias ou junto a qualquer outro grupo de pacientes com problemas emocionais. Essas atividades podem ser praticadas junto a indivíduos ou a grupos.*

*Seja qual for a subárea de ação ou a linha de orientação, o enfermeiro pode estar atuando diretamente com pacientes ou na administração da assistência, assim como pode estar na área de ensino ou pesquisa.*

*No Brasil, o surgimento da enfermagem profissional segundo Siloa (1986), apresentou-se como projeto das classes dominantes do início do século XX. As décadas de 20 e 30 marcaram a implantação da enfermagem profissional e as de 40 e 50 a sua consolidação. As enfermeiras formadas na 1ª fase foram absorvidas principalmente pela saúde pública, e as da 2ª fase foram destinadas principalmente à rede hospitalar para promover a modernização dessas instituições.*

*A partir da década de 50, grandes modificações marcaram a enfermagem brasileira. A passagem da enfermagem para nível superior esteve sob a direção de enfermeiros como Gleite de Alcântara que preparava profissionais para administração, supervisão e ensino. Como as enfermeiras da época tinham feito sua formação nos Estados Unidos, os alunos eram aqui também usados como mão-de-obra gratuita e os enfermeiros executores de tarefas para maior rentabilidade das instituições de saúde, eficácia e eficiência no trabalho, modelo este que até hoje, domina a assistência e o ensino da enfermagem entre nós.*

*Na década de 70, destaca-se na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, uma enfermeira que inconformada com os rumos da assistência de enfermagem psiquiátrica no Brasil foi buscar novos subsídios e promoveu uma série de questionamentos e propostas que provocaram mudanças profundas na assistência, ensino e pesquisa desta área. Maria Aparecida Minzoni preocupava-se com a humanização da assistência ao doente mental e fez estudos sobre a atuação do enfermeiro na psiquiatria; incentivou cursos de formação para pessoal de enfermagem*

*em todos os níveis, achando que este seria um bom caminho para melhorar a assistência. Implantou serviços de enfermagem na linha preventiva; criou cursos de especialização responsáveis pela melhora na qualidade da assistência ao doente mental e pelo impulso ao desenvolvimento científico da enfermagem brasileira. O mais importante é que, em pouco tempo, deixou publicações que reviam os conceitos de doença, doente mental e assistência voltados para a humanização do cuidado. Deixou um grupo de seguidores que estão na assistência, no ensino e na pesquisa dirigindo sua atenção para a pessoa do doente mental como objeto da enfermagem.*

*Outros enfermeiros psiquiátricos estão ainda envolvidos no estudo e na aplicação do relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente merecendo destaque as professoras Evalda Cançado Arantes e Magda Costa Stefanelli da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, que têm dedicado-se ao ensino e a pesquisa das relações interpessoais na enfermagem psiquiátrica.*

*Ogata (1992), realizou uma pesquisa utilizando a "História de vida" de enfermeiros psiquiátricos brasileiros e dentre as diversas contribuições oferecidas neste estudo, podemos perceber que a enfermagem psiquiátrica na assistência ainda segue o modelo médico ou o modelo psicodinâmico; que ela tem evoluído lentamente para o atendimento extra-hospitalar; que alguns têm tido experiência de trabalho interdisciplinar; que têm procurado novos conhecimentos para aplicar na prática e que alguns estão atuando como seres terapêuticos tendendo para a humanização da assistência. A nível científico, tem havido preocupação com formação de mestres e doutores, com a divulgação dos trabalhos realizados, com a busca de atualização dos conhecimentos da área e áreas afins e, principalmente, começar a evidenciar-se uma tendência para os estudos das relações interpessoais enfermeiro-paciente e da comunicação com vistas à humanização da*

*enfermagem.*

## ***1.2. A prática da enfermagem de acordo com os modelos de assistência ao doente mental.***

*Existe uma gama variada de linhas de tratamento ao doente mental e várias formas de classificação, entretanto, reunimos neste estudo cinco modelos que consideramos básicos na orientação da assistência psiquiátrica na atualidade.*

*Vamos destacar aqui o modelo médico, o modelo comportamental, o modelo psicodinâmico, o modelo preventivista e o modelo centrado na pessoa, pois a proposta de humanização da assistência contém elementos de cada um desses modelos. Por outro lado, acreditamos que o material que será apresentado poderá ser adaptado, utilizado no todo ou em parte pelos enfermeiros. Os modelos são pontos de referência para possíveis reflexões sobre a assistência de enfermagem psiquiátrica.*

### *a - O modelo médico*

*É o mais antigo. Iniciou no período da Renascença quando se buscou causas naturalistas, isto é, físicas para explicar as doenças mentais. Aos poucos, as doenças foram sendo classificadas em entidades nosológicas e preconizava-se que o tratamento adequado estava diretamente ligado a um acurado diagnóstico.*



- Suposições do Modelo Médico: tudo o que se observa no corpo, observa-se na mente. Isto é, o indivíduo que apresenta algum distúrbio é doente; esta doença está localizada em algum lugar do corpo, geralmente no sistema nervoso central. As doenças então podem ser diagnosticadas, classificadas, tem um curso e um prognóstico, e o tratamento é feito através de drogas, químicos, hormônios, cirurgias e outros, sempre acrescentando ou tirando algo do corpo.

- Tratamento: segue a seguinte ordem: história, diagnóstico e tratamento. A história segue a ordem cronológica dos acontecimentos da vida do doente até os fatos atuais; esse é seguido de exame físico com ênfase nos aspectos neurológicos, juntamente com os dados da observação feita pelo psiquiatra. É estabelecido um diagnóstico e o tratamento correspondente. A intervenção consiste em uma variedade de métodos físicos: drogas (desde efeito placebo, vitaminas, penicilinas, sedativos, barbitúrbios, tranquilizantes e antidepressivos), eletrochoquerapia até as psicocirurgias.

- Implicações na prática da Enfermagem: primariamente, o médico era o único profissional que tinha conhecimento de drogas e seus efeitos. No início, conhecia-se poucas drogas (sedativos e laxativos). Com o surgimento da insulina, do cardiazol, o aumento dos medicamentos psicotrópicos exigindo combinações de drogas e até antidrogas, aumentou a importância do enfermeiro em programas de tratamento psiquiátrico exigindo conhecimentos bastante específicos neste campo. Entretanto, a relação é de dominação-submissão. Para Ferreira-Santos (1973, cap. IV), o médico é o líder técnico do sistema e os cuidados de enfermagem estão na dependência de determinação médica. A delimitação do poder de médicos e enfermeiros é um dos pontos cruciais no inter-relacionamento de ambos. Neste modelo, a enfermagem deve ser: universalista, atributiva, funcionalmente específica, afetivamente neutra e de orientação coletiva. Aos poucos, o relacionamento enfermeiro-médico foi alterando-se e o enfermeiro chega, por vezes, a sentir-se mais um colega do que um

*subalterno. Com a época dos abusos de drogas, o papel do enfermeiro aumentou em independência e responsabilidade como é o caso dos programas desenvolvidos por enfermeiros em zonas rurais ou grupos de idosos, retardados e outros, principalmente nos E.E.U.U.*

*Por causa do preparo de alto nível que tem hoje o enfermeiro neste modelo, surgiram as propostas tipo "Primary Nursing" onde ele responsabiliza-se pela assistência de cada paciente. Devido ao grande desenvolvimento tecnológico o aumento das subespecialidades e o crescimento da medicina biológica, o enfermeiro está cada dia mais tecnicista como podemos observar na maioria das instituições de saúde da atualidade. Além disso, ele tem assumido responsabilidades de treinamento do pessoal de enfermagem e até orientação de para-profissionais. Este modelo confere alto prestígio para aqueles que nele atuam. Vale ainda ressaltar que o ensino da enfermagem continua voltado para atender a este sistema.*

#### *b - O Modelo Comportamental*

*É baseado nas teorias de aprendizagem. Suas raízes encontram-se na psicologia e fisiologia tendo como representantes principais Pavlov, Skinner, Thorndike e modernamente Staats e outros. Pavlov, no início deste século, desenvolveu a teoria do reflexo condicionado a partir de experimentos de salivação com cães, trabalhando com estímulos (S) e respostas (R) condicionadas, incondicionadas e neutras. Aos poucos, os adeptos dessa teoria passaram a estudar comportamentos mais complexos incluindo sua aplicação no homem. Trata-se de uma teoria bastante difundida na antiga União Soviética. Alguns grupos nos Estados Unidos continuaram os trabalhos de Pavlov tentando compreender e controlar o comportamento humano*

*estudando os mecanismos e tipos de respostas, modelagem e extinção de comportamentos, entre outros. Embora tenha sido Watson o criador do behaviorismo, Skinner foi o mais notável expoente dessa teoria estudando a fundo o comportamento operante na aprendizagem. Dai para a frente, micro-modelos surgiram tentando aproximar frações de comportamentos que haviam sido separadas para efeitos de estudo, dando um sentido mais completo ao mesmo, como apresentado por Watson e denominado de behaviorismo social ou paradigmático.*

*- Suposições do Modelo Comportamental: o comportamento é a expressão de um organismo: pode ser observado, descrito e recordado pelo terapeuta e pelo sujeito, assim como as circunstâncias da vida. O comportamento não aceito pode ser reelaborado. O diagnóstico não é tão importante como os antecedentes e os consequentes do comportamento. O terapeuta tem claro que é um dos que exerce controle sobre o comportamento de seus pacientes, voluntária e involuntariamente, e aceita a responsabilidade pelas implicações ética e moral de sua conduta profissional.*

*- Tratamento: é baseado no conhecimento e aplicação dos princípios gerais de aprendizagem. É planejado para todas as pessoas. Nas entrevistas terapêuticas recordam-se eventos críticos e precipitação de circunstâncias assim como são discutidas as situações do dia-a-dia. Usam-se técnicas de desincentivação, de reforçamento, de desvanecimento, entre outras. O ambiente, físico e o social, funcionam como processos ativos embora, muitas vezes, invisíveis. Alguns terapeutas usam métodos auxiliares como relaxamento, hipnose e drogas.*

*- Implicações na prática da enfermagem: o enfermeiro que adere à este modelo deve ter consciência de que a teoria visa a aprendizagem do paciente. Precisa ter conhecimento de cada passo do tratamento, além de habilidades e paciência para obter o resultado esperado pela equipe e familiares. Espera-se que sua conduta seja de ação contínua, atuando no momento adequado e da forma*

*esperada. Seu trabalho é o de um verdadeiro engenheiro comportamental. Nessa linha conhecemos, em nosso meio, apenas alguns trabalhos de remotivação e núcleos de assistência. Tanto no ensino de graduação e mesmo de Pós-Graduação, assim como na pesquisa em enfermagem, pouca ênfase tem sido dada a essa linha comportamental. Mesmo não tendo aplicação direta na prática, os conhecimentos acumulados nestes estudos são importantes para se compreender mecanismos de aprendizagem direta e indireta, (aquisição de comportamentos da pessoa na escola, na própria família e na sociedade como um todo). O próprio Rogers disse: Skinner e eu estamos de acordo em que toda a questão do controle científico do comportamento humano é um assunto com o qual os psicólogos e o público em geral (e nós destacamos aqui, a enfermagem) deveriam se preocupar (Evans, 1979, p. 139).*

*c - O Modelo Psicodinâmico*

*Foi desenvolvido a partir de Freud no século XIX. Partiu da fisiologia para a neurologia, para neuropatologia e finalmente para a psiquiatria. Criou a psicobiografia. Começou a utilizar o método de associação livre de onde nasceu a psicanálise. Solidificou a idéia de que os traumas causadores das perturbações são de natureza sexual, impulsos reprimidos na infância do paciente. Estudou os sonhos e os atos falhos. Descobriu que para interpretar o presente de seus pacientes teria que aprofundar cada vez mais em seu passado. Pesquisou, entre outras coisas, os sistemas da psique (consciente, inconsciente, pré-consciente) a sua estrutura (id, ego e superego), energia, os mecanismos de defesa e os instintos (de vida - Eros e de morte - Tánatos).*

*- Suposições do modelo psicodinâmico: o ponto de vista dinâmico da estrutura da psique é*

*representado pela variedade de forças mentais, pelos conflitos e pelas exigências e defesas do ego. As forças mentais devem proteger o ego tanto da ansiedade interna assim como adequá-lo à realidade externa. Nesta luta, a satisfação dos instintos muitas vezes deve ser adiada ou evitada para prevenir fracassos e frustrações. Entretanto, a energia se conserva e pode ser reinvestida de formas diferentes. A não solução dos conflitos seria responsável pelas neuroses.*

*- Tratamento: o modelo psicanalítico convencional, com 4 sessões semanais é focalizado totalmente no relacionamento terapeuta-paciente, a longo prazo, e de preferência profundo e intenso. Visa descobrir as raízes do conflito inconsciente, através da transferência que permite reinvestir a energia inibida sob formas adequadas. O paciente é instruído a colocar-se em estado de tranqüila auto-observação, sem reflexões e a relatar qualquer percepção interna que seja capaz. Este processo funciona como um invólucro dentro do qual o paciente pode revelar-se, examinar eventos traumáticos e identificar comportamentos inadequados. As técnicas mais usadas são a livre-associação, a interpretação dos sonhos e o insight, na busca do conhecimento, na superação das resistências e na alteração do ego para que o paciente viva melhor consigo mesmo no seu contexto social.*

*A partir desse tratamento convencional, foram desenvolvidos outros da psicanálise aplicada em comunidades terapêuticas e demais modalidades clínicas utilizando conhecimentos aprimorados de transferência, de contra-transferência e da resistência.*

*- Implicações na prática da enfermagem: é rara a participação de enfermeiros nos moldes convencionais embora possível é válida. Para isto, é necessário treinamento psicanalítico conseguido através de análise didática, treinamentos em grupos psicanalíticos. O enfermeiro não faz psicanálise de pacientes independentemente. O que encontramos mais comumente, são enfermeiros atuando*

*com orientação psicanalítica como co-terapeutas, conselheiros, visitantes ou egos-auxiliares em Comunidades Terapêuticas, Clínicas e Unidades Psiquiátricas da linha psicanalítica. Nestas modalidades, o enfermeiro precisa ser seguro, competente e hábil o que consegue com conhecimentos específicos e supervisão. No ensino de enfermagem, consideramos essencial que o aluno conheça os fundamentos psicanalíticos assim como os conceitos básicos de estrutura, sistemas da mente, instintos e mecanismos de defesa e compreenda os conceitos de transferência, contra-transferência, resistência para tomar decisões terapêuticas junto ao paciente.*

*d - Modelo Preventivista*

*Suas idéias têm origem no governo Kennedy dos E.E.U.U., nos trabalhos de Leavel e Clark na Medicina Preventiva e Caplan na Psiquiatria. Utilizam-se conceitos de psiquiatria, de comunidade, de psiquiatria social e teoria dos sistemas. Inclui equipes multiprofissionais, participação da comunidade-alvo e participação governamental. É um trabalho que incentiva toda e qualquer medida que limite ou impeça o aparecimento ou o progresso da doença, em qualquer estágio de sua evolução.*

*- Suposições do modelo preventivista: todo o trabalho psiquiátrico com enfoque preventivo está fundamentalmente voltado para a saúde e na crença de que todas as pessoas passam (em algum momento) por dificuldades esperadas ou acidentais. As ações desse modelo de acordo com Caplan (1966), estão centradas em:*

*a) manter a saúde, diminuindo a ocorrência de doença através de promoção da saúde e proteção específica - prevenção primária.*

*b) diminuir o tempo de doença e eliminá-lo o mais rápido possível se ela ocorrer, isto é, restabelecer a saúde evitando o aparecimento de seqüelas através do diagnóstico e tratamento precoces e limitação da invalidez - prevenção secundária.*

*c) manter a integridade do doente como pessoa, através da reabilitação, utilizando todas as suas capacidades e potencialidades mesmo quando a doença deixou seqüelas ou não foi eliminada - prevenção terciária.*

*Este funcionamento integral do homem só pode ser conseguido através de uma estrutura sócio-política que implique em maior integração dos recursos existentes numa comunidade. Serviços de saúde modernos, em países desenvolvidos, já estão sendo organizados considerando os princípios básicos desse modelo.*

*- Tratamento: é baseado no conhecimento e aplicação dos princípios da Medicina Social, Preventiva e Teoria dos Sistemas com destaque para a atuação nas crises em prevenção primária (crises são episódios que afetam o equilíbrio dos indivíduos, provocando tensões com conseqüente modificação do estado físico, emocional e social; estes episódios são temporários, ocorrem em fases de transição no desenvolvimento da personalidade ou quando o indivíduo enfrenta situações problemáticas). A intervenção consiste de uma variedade de métodos alternativos com enfoque no aspecto social e no fornecimento de suportes ao indivíduo. Um centro de saúde mental integral da comunidade incluirá (idealisticamente falando) serviços de consulta externa, internação, hospitalização-parcial, centros de reabilitação, adestramento profissional e para-profissional e um programa de investigação. Todo tipo de terapêutica com resolutividade pode integrar o sistema preventivista de assistência.*

*- Implicações na prática da enfermagem: a psiquiatria preventiva impôs uma análise profunda com*

*relação aos papéis dos profissionais implicados nesta atuação e uma mudança em seus conceitos acerca da doença mental e do tratamento dos doentes mentais. O enfermeiro, assim como outros profissionais, não têm ainda seu papel claramente definido neste campo de atuação devido à intersecção de algumas funções e pela ampliação de atividades desde a prevenção, a cura e a reabilitação em saúde mental. atividades. Sua participação tem sido: prestar serviços de consulta e cuidados de enfermagem participando de atividades terapêuticas junto ao indivíduo, famílias ou grupos (doentes mentais, egressos, alcoólatras, epiléticos, gestantes, adolescentes, mães, diabéticos, escolares, mongolóides, etc). A ação do enfermeiro constitui-se num processo fundamental para ajudar o indivíduo a buscar elementos significativos de seu ambiente familiar, social e de trabalho nos três níveis de prevenção. É um trabalho de equipe que deveria envolver toda a comunidade e um sistema de saúde eficaz. Os fundamentos teóricos vem sendo difundidos no ensino de enfermagem de saúde mental, entretanto, numa sociedade capitalista, este modelo torna-se utópico pois investir em saúde não reverte em lucro imediato. Em nosso meio, algumas propostas preventivas setorializadas tem sido tentadas, mas, de um modo geral, os planos elaborados tem sido parcialmente utilizados na prática.*

*e - O Modelo Humanista (centrado na pessoa)*

*Vem desenvolvendo-se desde que existe a preocupação com o homem total, sem a dicotomia mente-corpo. Os conflitos psíquicos provêm de conflitos entre as motivações ou valores internos e os valores do meio. Numa sociedade que supervaloriza a produção, ou seja, o valor do indivíduo quanto a sua capacidade produtiva, a corrente que privilegia a pessoa como*



*centro da atenção de saúde encontra sérias barreiras.*

*- Suposições do modelo centrado na pessoa: valorizam o indivíduo pelo que ele é independentemente de sexo, raça, cor, status ou posses materiais. Valorizam o relacionamento estreito, respeitoso, equilibrado e recíproco com o mundo natural. Valorizam as relações interpessoais na família, no trabalho e no mundo focalizando a pessoa com todas as suas ligações, ou seja, sua história e suas expectativas. Supõe também que uma pessoa é mais adequadamente ativa e produtiva na medida em que conhece a si própria, se estando aberta para conscientizar-se de seus sentimentos, atitudes e motivos e que possa reconhecer sua responsabilidade pelos seus atos. Esta postura está intimamente ligada à crença de que o ser humano tende ao seu pleno crescimento e desenvolvimento e os busca constantemente.*

*Supõe ainda que todo indivíduo existe num mundo de experiências do qual é o centro e que está permanentemente em mudanças. Assim, ninguém pode conhecê-lo tão bem quanto ele próprio.*

*- Tratamento: várias são as formas de terapia que focalizam o aqui e o agora apresentado pela pessoa que visa o auto-conhecimento. Elas oferecem vivências enriquecedoras que promovem maior capacidade para o indivíduo enfrentar a vida sem imprimir-lhe uma direção. Entretanto, o foco de atenção não está nas técnicas mas sim nos recursos do terapeuta e principalmente na tendência e na potencialidade que existe no próprio ser humano. A história do indivíduo interessa ao terapeuta na medida em que põe em ação processos sempre atuais. Ajudar as pessoas é capacitá-las a comunicar seus sentimentos que originam-se neles em resposta as suas percepções pessoais. A aceitação e valorização da angústia permite ultrapassá-la. A empatia é a manifestação concreta da atenção positiva incondicional do terapeuta. Quando há empatia, tanto o paciente quanto o terapeuta são*

*afetados e ambos se transformam.*

*- Implicações para a prática da enfermagem: ter atitudes compreensivas não define exatamente um modelo de assistência de enfermagem, porém, o modelo centrado na pessoa promove transformações profundas na organização, administração e ministração da assistência as quais exigem do enfermeiro uma nova postura que se traduz em comportamentos humanistas. Este movimento, tem provocado questionamentos sobre a prática da enfermagem e estudiosos, principalmente na área da saúde mental, tem contribuído com o avanço da humanização da assistência (Peplau, 1952; Travelbee, 1982; Rodrigues, 1986, 1991). A relação de ajuda que é baseada na interação enfermeiro-paciente, ou seja, na interação da pessoa do enfermeiro com a pessoa do paciente, visa ajudar o indivíduo a encontrar suas próprias soluções e a sair mais amadurecido do processo. O enfermeiro utiliza sua pessoa como instrumento e pode atuar, dependente ou independentemente, de maneira compreensiva colocando o paciente (ou a pessoa) no centro.*

*Dessa forma, poderá ouvi-lo objetivamente, identificar suas necessidades, ajudá-lo a compreender e a encontrar soluções para o problema. Não intervir senão para aumentar sua informação sobre sua própria atividade mental, ou para ajudá-la a instrumentalizar-se para agir.*

*Na tarefa de planejar, organizar, dirigir e controlar a assistência de enfermagem, estão incluídas todas as ações de enfermagem que poderão ser norteadas por um dos modelos de assistência acima apresentados. Para isto é importante que o enfermeiro tenha uma postura profissional coerente com seu modo de ser e de encarar a vida.*

*Na abordagem humanista, centrada no cliente, encontramos uma maneira de colocar o paciente no centro da atenção da enfermagem, assim como de dar um sentido para a*

*atuação desse profissional visto que todo o cuidado de enfermagem deve estar voltado para as necessidades que o paciente apresenta. Isto faz sentido porque acreditamos que se a enfermagem estiver preocupada em executar as ordens médicas simplesmente, ou as determinações da instituição e não tiver bem claro qual é o papel da instituição, qual é o papel que deve desempenhar junto a outros profissionais e não for capaz de perceber sua verdadeira participação neste complexo sistema de assistência à saúde, será muito difícil seu posicionamento como um profissional.*

*A enfermagem, muitas vezes, carece de identidade profissional ficando, em qualquer um dos outros modelos, numa posição indefinida, onde o saber egemônico não é contestado determinando os procedimentos das demais equipes e pacientes. Assim, a enfermagem ocupa papéis complementares, determinados e subservientes às práticas médicas e de poder (Campos Filho; Araújo, 1986). Para Filizola (1990), o enfermeiro não realiza seu papel terapêutico porque a relação terapêutica é considerada pela instituição como psicoterapia, não satisfaz a filosofia da instituição, porque contradiz o papel autoritário que espera-se dele na unidade e porque leva a instituição a questionar a assistência, a psiquiatria e até o sistema econômico.*

*Em nossa concepção, quando o enfermeiro for capaz de colocar o paciente no centro de sua atenção profissional, em um contexto coletivo seu desempenho poderá resultar em maior objetividade, maturidade, segurança, flexibilidade e criatividade. Dessa forma, poderemos ver a enfermagem estabelecer-se como profissão sendo respeitada, trabalhando a nível de colaboração profissional em qualquer modelo que ela estiver inserida, uma vez que atualmente algumas empresas começam a valorizar a gestão participativa visando a qualidade do serviço num esquema multiprofissional.*

*Além disso, acreditamos que centrar a atenção da enfermagem no paciente*

*não significa abrir mão de sua função administrativa da assistência de enfermagem, nem que o enfermeiro passe para uma função técnica de cuidado direto ao paciente.*

*A abordagem compreensiva privilegia uma postura humanista da atenção da equipe de enfermagem onde o cuidado direto é o meio pelo qual se pode determinar uma assistência não centrada no médico, no poder ou na própria enfermagem, mas nas necessidades reais do paciente.*

*Como dissemos no início, abordando os aspectos da evolução das relações enfermeiro-paciente, a enfermagem surgiu da premência de ter pessoas que dessem os cuidados necessários para aliviar o sofrimento dos doentes. Com isso, o médico diagnostica a doença e determina o tratamento adequado, porém, os cuidados necessários para este fim ficam a cargo da enfermagem. Humanizar a administração dessa assistência é que tem sido nossa preocupação como enfermeiros.*

*Toda a assistência de enfermagem deve ocorrer num processo interativo e dinâmico variando de acordo com as especificidades das situações. É neste processo interativo, composto por pessoas em ação, que as regras são criadas, mantidas ou modificadas. O enfermeiro, atuando em hospitais, ambulatórios, clínicas ou na comunidade participa de ações grupais ou coletivas que segundo Haguette (1990), são percebidas de forma seletiva, advindas de sua formação pessoal e profissional, o que por sua vez modifica-se ou solidifica-se através da interação com esses grupos.*

*Além das ações de ordem grupal ou coletiva, a enfermagem tem, em seu bojo, um conjunto de ações individuais. Portanto, o enfermeiro age com base no sentido que cada*

*situação tem para si como pessoa, como profissional e/ou como membro de um grupo social. Para conhecer alguns aspectos das relações interpessoais que estão ocorrendo no dia-a-dia da enfermagem psiquiátrica e analisá-las apresentamos inicialmente os 5 modelos básicos de assistência em saúde mental e focalizamos a discussão na humanização das interações enfermeiro-paciente visto que, de todos, este tem sido o modelo menos explorado pela enfermagem embora tenha aplicabilidade no ensino, na assistência e na pesquisa.*

## **II. O HOMEM COMO CENTRO NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS. FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

### **II.1. Considerações Gerais**

*Como vimos no capítulo que aborda a evolução da enfermagem psiquiátrica, o entendimento e as exigências da sociedade quanto a assistência de enfermagem estão diretamente atrelados ao conceito de doença e a visão que se tem do homem (sadio ou não) na sociedade.*

*O conceito de saúde mental, segundo Travelbee (1982), é um juízo de valor, o que por sua vez, depende fundamentalmente do conceito que se tenha da natureza do homem. Os juízos de valores são determinados culturalmente e estão diretamente ligados ao conceito de normalidade.*

*Que critérios a sociedade usa para determinar o que é normal? O arquétipo perfeito (critério normativo); aquele que é como a maioria, o mais freqüente (critério estatístico); aquele que é aceito pelas tradições e adaptado às exigências culturais (critério cultural); o homem sem sintomas (critério clínico); aquele que não transgride as leis (critério criminológico); aquele que é capaz de dirigir civilmente suas ações e ser responsável pelos seus atos (critério médico-legal)?*

*O que uma sociedade considera normal, adequado, aceito ou valorizado pode ser considerado anormal, patológico ou desviante em outra. Mesmo certos aspectos desses conceitos variam numa mesma sociedade ao longo de sua história e evolução.*

*Maslow (1970), traçou, através de pesquisas investigando o modo como as pessoas encaravam o mundo e elas próprias, o modelo do homem auto-realizador. Concluiu que só 1% de qualquer amostra de americanos da época poderia ser considerado auto-realizador. Esse homem que ele descreve em minúcias acaba sendo o homem próximo à perfeição saindo de si, penetrando no reino da humanidade dentro dos parâmetros da nossa contemporaneidade.*

*No pensamento platônico, como aponta Iyer (1975), a aquisição desse ideal envolvia um domínio deliberado da dialética: para a tradição indiana clássica, o ideal de liberdade espiritual não podia ser alcançado sem um deliberado esvaziamento de todas as identificações e fidelidades limitadas, um persistente esforço para reconquistar a atividade independente de uma consciência não-condicionada. Isso significa a recuperação de um centro interior que está repleto de potencial criado mas, em torno do qual, existem fronteiras flutuantes. O homem moderno ideal na sociedade capitalista é aquele bem sucedido economicamente. A psicanálise entende que o indivíduo será mais perfeito quanto mais unidade alcançar em sua personalidade.*

*Entendemos aqui que essas diferenças de conceitos têm muito a ver com controle social exercido pelo poder do conhecimento. O conhecimento seja na ciência pura ou na aplicada é exercido em busca de um fim ou valor, subjetivamente escolhido por pessoas. Rogers (1982), entende que com o progresso das ciências do comportamento alguém ou alguns grupos terão nas mãos o poder do controle, cada vez maior sobre outros (que não detêm esse conhecimento).*

*Segundo Iyer (1975 p. 245), de um ponto de vista filosófico, vivemos numa era empobrecida pela incapacidade dos homens para descobrir as condições em que pode ter lugar um pensamento autônomo e fundamental e, do ponto de vista psicológico, nossa situação social facilita mais do que dificulta a vasta fragmentação da consciência, tornando embotados os nossos*

*sentidos...*

*Dessa forma, perdemos o sentido de indivíduos que sabem fazer escolhas pessoais, que satisfazem suas necessidades mais íntimas e que possam transcender-se na convivência com os demais.*

*Se nos perdermos nesse viver é difícil ver os outros, especialmente os estranhos, como pessoas dotadas de capacidades interiores que vão além das manifestações visíveis. Assim, a maioria das nossas relações são estabelecidas com base nos papéis desempenhados por cada um, e nossos encontros são calculados com base nas vantagens e nos temores de invasão e ataque.*

*Consciente ou inconscientemente, em nossas relações cotidianas, podemos optar por usar os conhecimentos do comportamento humano segundo Rogers: 1) para escravizar pessoas, despersonalizando-as, controlando-as sem que tenham consciência disso; 2) para fazer homens felizes, bem comportados e produtivos dentro de um programa pré-preparado e colocado para eles seguirem; 3) para libertar as pessoas para uma variabilidade construtiva, para desenvolver a criatividade, para ajudar as pessoas a serem elas próprias e terem condições de formas sempre novas de adaptação em suas vidas (Evans, 1979 p. 142).*

*Quando somos considerados objetos, o indivíduo subjetivo, o eu interior, a pessoa num processo de transformação, a consciência espontânea de ser, todo o lado interior da vida é enfraquecido desvalorizado e destruído (Rogers, 1982).*

*Então, pensamos o que as grandes multinacionais querem que pensemos, deixamos de trabalhar para suprir nossas necessidades pessoais para aplicar o produto do nosso esforço em futilidades e em atividades que nos enclausuram ao invés de nos permitir dividir sentimentos com os outros. Nesse descaminho, o homem perde-se cada vez mais.*



*Quanto à saúde mental, vale a pena ressaltar o que emana da sociedade: na medida em que o doente mental é visto como um objeto, todo o interior da pessoa que sofre um transtorno dessa natureza é enfraquecido, desvalorizado e destruído. A ele são negados os direitos de cidadania, os direitos de decidir se quer ou não sair desse processo sadicamente, os direitos de escolher como quer viver esse episódio de sua vida. O doente mental no sistema asilar, não é valorizado como pessoa pois é alienado da sociedade, destituído de roupas, pertences e de identidade pessoal. É também enfraquecido pela aplicação de medicamentos que lhe impedem de controlar por si mesmo suas reações tanto positivas quanto negativas (afeto, comunicação, agressividade). O que ele comunica não tem valor porque pode estar delirando, alucinando, distorcendo ou fantasiando os fatos da vida. Então, se sua interpretação da realidade esteve por algum instante fora dos padrões considerados normais, ele passa a ser estigmatizado, e suas opiniões ou simples comunicações não são levadas em consideração. Enfim, toda a sua vida vai sendo destruída pelo saber dos poderosos donos do conhecimento que definem o que é melhor para ele e para a sociedade onde ele vive.*

*Como não vivemos numa sociedade de seres humanos iguais encontramos discrepâncias ilimitadas e com elas precisamos conviver pessoal e profissionalmente.*

*Não esperamos com isso revolucionar a assistência ou modificar uma mentalidade arraigada na sociedade sobre a doença mental, tendo em vista que importantes transformações tem ocorrido ao longo do tempo e nas diferentes áreas afins. Entretanto, acreditamos que, na medida do possível, estaremos contribuindo para que alguns profissionais repensem seus valores, suas atitudes e alguns até identifiquem-se e façam alguma coisa na prática para humanizar a assistência. A enfermagem é solo fértil para estes avanços. É uma profissão humanista em seus princípios básicos. Seu discurso é humanista, embora muitas vezes, o profissional encontre-se*

*agindo contra seus princípios profissionais mais elevados.*

*Foi no exercício da enfermagem psiquiátrica que observamos muitas discrepâncias. A atitude inicial de perplexidade foi seguida por questionamentos sem respostas. Aos poucos, iniciamos um caminho, através de estudos, vivências e pesquisa, na busca de alternativas que pudessem contribuir para melhorar o quadro lamentável dentro do qual estão inseridos o doente mental e a assistência de enfermagem psiquiátrica.*

*Concordamos com Travelbee (1982), quando diz que os enfermeiros devem analisar suas próprias vidas e descobrir os valores específicos que sustentam e dirigem seu comportamento. Concordamos porque esse auto-conhecimento vai tirá-los da condição de objetos num sistema destruidor, e vai permitir que usem suas pessoas para ajudar as pessoas com quem interagem.*

*Nossa luta nesse sentido não é isolada. Muito pelo contrário, é parte de uma poderosa força que está atingindo as pessoas insatisfeitas com a massificação da sociedade e a coisificação das pessoas. No capítulo XI de Rogers; Rosemberg (1977), - "A pessoa que está surgindo: uma nova revolução" Rogers analisa com propriedade esse movimento que está atingindo pessoas nas mais diferentes frentes que buscam um sentido humano para suas vidas.*

*Na enfermagem, pude perceber com satisfação, no 43º Congresso Brasileiro de Enfermagem, que enfermeiros de várias especialidades, originários de diferentes recantos do país, estão buscando algo mais do que simplesmente a execução de tarefas para atender alguma exigência de suas unidades. Eles querem mais: querem tratar o paciente como ser humano e querem ser reconhecidos como seres humanos que ajudam os necessitados a ter uma vida melhor, apesar da doença ou do transtorno apresentado no momento.*

*Não basta nossa indignação, assim como não basta dizer ao enfermeiro que ele deve refletir sobre seus valores. Precisamos oferecer-lhes uma base para reflexões e para a busca de soluções humanizadoras da assistência na saúde mental.*

*Como muitos já disseram, os conceitos de doença mental, de saúde mental, de assistência têm a ver com o conceito do homem e suas relações consigo mesmo e com o mundo em que vive.*

*A natureza humana expressa pela figura do homem sobreviverá aos avanços da nossa sociedade atual quando o próprio homem achar um caminho que lhe permita harmonizar-se com a natureza. Para viver em harmonia com a natureza, ou seja, o mundo que o rodeia, o homem precisa harmonizar-se consigo mesmo.*

*O organismo é o local onde se dá toda a experiência da pessoa (posição fenomenológica de Rogers). Este é totalmente privado e ninguém vivencia melhor, ninguém conhece melhor do que a própria pessoa. Em função da sua experiência interna, do jeito como é vivido e sentido pelo indivíduo, o comportamento manifesta-se.*

*Nosso conhecimento segundo Kant (1983 p. 57), surge de duas fontes principais da mente. Uma é a receptividade das impressões (através dela um objeto nos é dado) e a outra, é a espontaneidade (a faculdade do nosso entendimento de produzir representação). Sem sensibilidade, nenhum objeto nos seria dado e sem entendimento nenhum seria pensado. Pensamentos sem conteúdo são vazios e instruções sem conceitos são cegos. Portanto, é necessário tornar os conhecimentos sensíveis e as instruções compreensíveis. Nossa intuição é a representação que fazemos de um fenômeno e não conhecemos senão o nosso modo de percebê-los, o qual nos é peculiar. Para ele, todas as motivações humanas estão dirigidas para a busca da felicidade e a*

*realidade deste mundo está fundada na suposição de um bem supremo no qual uma razão mantém e realiza a ordem universal das coisas oculta sob nossos sentidos e somente o homem se conhece a si mesmo mediante uma pura apercepção.*

*O indivíduo precisa ser capaz de viver plenamente em e com cada um de seus sentimentos e reações. Segundo Rogers (1982), ele precisa fazer uso cada vez mais do seu equipamento orgânico para sentir tão exatamente quanto possível a situação existencial interior e exterior. Dessa maneira, o indivíduo será capaz de permitir que seu organismo funcione livremente em toda a sua complexidade para escolher dentre um grande número de possibilidades, o comportamento que o satisfará genuinamente. Para isso, ele precisa confiar mais no seu organismo e expressar seus sentimentos de maneira construtiva o que é profunda e realisticamente social. Vivendo portanto, de modo mais pleno aprende que é essa a maneira mais saudável de se viver. Para Rogers, essa postura faz sentido porque o homem livre para escolher, optará por situações construtivas, pois o ser humano tende ao crescimento e ao desenvolvimento possuindo uma base positiva no mais íntimo do seu ser que o impulsiona para atos construtivos.*

*Uma pessoa equilibrada procura lidar com seus sentimentos de amor, ternura, cooperatividade assim como os de hostilidade, sensualidade, cólera e outros. Esse indivíduo, por vezes corajoso e ousado, e noutras medroso, pode ter momentos de curiosidade e de interesse e outros de preguiça ou apatia.*

*Mas porque o homem nega, disfarça reprime seus sentimentos (positivos e negativos)? Por que será que ele usa defesas nas suas relações com os outros? Terá esse homem receio de mostrar-se mau, descontrolado, destruidor?*

*A psicanálise passou-nos essa visão que transformada em preconceitos*

*científicos, sociais, culturais, principalmente religiosos, tem reforçado a idéia de que, no seu íntimo, o ser humano é mau e destruidor.*

*Entretanto, concordamos com o ponto de vista rogeriano de que o homem é bom em princípio e que sua tendência é para viver entre os seus de forma construtiva tendo suas necessidades satisfeitas de maneira equilibrada, adaptando-se, tanto a novas quanto a antigas situações.*

*As pessoas em geral, temem o lado instintivo de suas vidas. De acordo com a psicanálise, convivemos com potencialidades tanto para o mal como para o bem. Entretanto, diz May (1982 p. 158-167), o perigo para a saúde da pessoa consiste em tomar atalhos, combater suas emoções, eliminar seus impulsos. Combatendo inadequadamente o "mal" poderemos estar anulando todo o "bem", pois usamos inadequadamente nossa energia. A utilização dessa energia para o bem, segundo ele, significa olhar para além da superficialidade e viver intensamente todos os momentos com suas emoções correspondentes. A auto-expressão numa pessoa saudável vem acompanhada de espontaneidade, genuinidade e originalidade.*

*Segundo Glasser (1960), toda escolha ao longo da vida é sentida como fortes necessidades, correlacionadas umas com as outras, mas todas elas provêm da necessidade básica de amor.*

*Se nossa necessidade primordial é de amor, faz sentido a colocação rogeriana sobre o funcionamento integral da pessoa. Quando o indivíduo consegue libertar-se de uma atitude frontalmente defensiva, de modo que se abra ao vasto campo das suas próprias necessidades, bem como ao campo igualmente vasto das exigências do meio e da sociedade, poderemos esperar que suas reações serão positivas, progressivas e construtivas.*

*Essas afirmações têm por trás longos anos de estudos rigorosos e diversificados tanto práticos como científicos. Através de suas muitas observações do processo terapêutico centrado na pessoa, Rogers (1966, 1982), pode observar o indivíduo e analisá-lo do ponto de vista humanista, em todos os seus momentos, desde uma postura de negação do seu sentido de vida até a fluidez de uma vida plena em transformação, através da terapia centrada no cliente.*

*Observou que o indivíduo muito rígido defensivamente, provavelmente descarregará toda a sua necessidade de satisfação (sexual, agressiva) violentando as outras necessidades (amizade, afeto, etc). Essas pessoas tendem a afastar-se do que são, mesmo sem saberem para onde se encaminham. Simplesmente desviam-se de algo que não sabem bem o quê. Frequentemente, assumem com muita intensidade a idéia de que deveria ser de outro modo porém temem não ser aceitas, amadas e respeitadas sendo aquilo que sente no mais íntimo do seu ser. Outras vezes, transparece o receio que as pessoas têm de assumir a responsabilidade em ser elas mesmas.*

*Essas são características que freqüente levam os indivíduos à terapia porque a tendência natural dos seres humanos é serem o que são com suas incertezas, inseguranças e os mecanismos de defesa que isto implica.*

*Encontramos também aquelas pessoas que vivem com liberdade para serem elas mesmas sem se esconderem, vivendo cada nova experiência com confiança, valorizando seus sentimentos, satisfazendo suas necessidades em harmonia como o mundo em que vivem.*

*Todos nós temos uma tendência natural para a auto-realização. Assim Maslow (1970), diz que "o indivíduo auto-realizado tem uma maravilhosa capacidade para uma*

*apreciação constante, fresca, ingênua dos bens fundamentais da vida com fervor, prazer, encanto e mesmo de êxtase, por mais gastas que estas experiências possam parecer aos outros".*

*Das considerações rogerianas ainda vale ressaltar que essa pessoa que é capaz de assumir a própria experiência de vida, caminha em direção à aceitação dos outros, apreciando-os como são. Nesse sentido, se ela tem confiança em si mesma é mais livre, mais criativa e consegue exprimir seus sentimentos de uma forma pessoal e única.*

*Por outro lado, diz Rogers (1982), esse viver que lhe permite escolher seus caminhos está sempre atrelado a certos fatores existenciais anteriores, à vivencia atual e incluem atitudes de defesa o que nem sempre lhe permitirá satisfazer-se plenamente.*

*Portanto, em qualquer ponto desse caminho, o indivíduo poderá estar transformando-se na busca da liberdade que lhe permitirá fazer as escolhas adequadas para realizar-se o mais integralmente possível.*

*Segundo Iyer (1975), se uma pessoa em nossa sociedade sente não poder dominar (ou dirigir) sua vida, não possuir um sentido de direção, não ter tempo bastante para olhar para trás e olhar para o futuro e perceber que tudo à sua volta é destituído de sentido, será fraco o consolo das noções coletivistas e dizer-lhe para rejubilar-se por ser membro da raça humana ou de algum grupo específico, por mais notório que seja.*

*Unindo os conceitos rogerianos de vida plena às considerações de Travelbee (1982), sobre saúde mental podemos dizer que uma pessoa realiza-se quando possui liberdade para amar-se e encontrar um sentido para sua vida. Se essa pessoa consegue perceber sua identidade como ser humano, capaz de dirigir seu comportamento responsavelmente, terá flexibilidade bastante para tomar decisões percebendo as exigências do seu meio e agindo de conformidade com sua*

*sociedade sem violar-se como pessoa. Nesta perspectiva, ser-lhe-à mais fácil transcender-se, amando aos outros e respeitando-os em suas individualidades e necessidades.*

*Para Travelbee (1982), as três atitudes básicas que demonstram a saúde mental de uma pessoa são portanto: a aptidão para amar, a capacidade para enfrentar a realidade e a capacidade para encontrar um sentido na vida.*

*O sentido de amor aqui colocado é um ato sexual. É um ato da vontade expresso por comportamentos que demonstram respeito e conhecimento de si próprio, confiança na própria capacidade e aceitação das limitações pessoais, enfrentando a vida com valentia e preocupando-se ativamente com o objeto desse amor, mesmo que não nos agrade algum aspecto de sua personalidade. Esse amor não é uma constante. O amor cresce, desenvolve-se e modifica-se.*

*A capacidade de enfrentar a realidade, para ela, requer um sentimento de identidade como ser humano único e diferente - capaz de dirigir seu próprio comportamento. Implica em ter uma percepção válida de cada situação. Como diz May (1982 pag. 53), o contexto social dá sentido à própria individualidade do ser pois fornece os pontos fixos nos quais a personalidade fixa as linhas de tensão de sua teia.*

*Os conceitos de integração social essencialmente originados nos estudos de Adler, focalizando os sentimentos de inferioridade e a busca do poder, revelam que um ajustamento social significativo é básico para a personalidade. Ele percebeu que o amor é a lógica que nos une uns aos outros.*

*A percepção da realidade será válida e não perturbadora quando não estiver afetada por interpretações distorcidas por nossas emoções reprimidas.*

*Se tivermos suficiente liberdade emocional para avaliarmos cada situação*



*que se nos apresenta, saberemos escolher o caminho adequado, mesmo que por vezes essa escolha recaia sobre situações difíceis e trabalhosas. Como diz Travelbee (1982), "por mais terrível e deprimente que possa parecer a realidade, a irreabilidade é muito mais intolerável".*

*Ainda essa autora aponta que conviver com a realidade implica em sermos capazes de trabalhar produtivamente com os outros, dar e receber nas relações humanas, conhecer o mundo em que vivemos e saber orientar-nos nele, assim como poder maravilhar-nos, gozar e produzir prazer aos outros.*

*Quanto à capacidade de encontrar um sentido na vida, Travelbee (1982), reforça a necessidade de uma orientação e um propósito para a vida pois acredita que principalmente, nos momentos de sofrimento, são esses liames que sustentarão o indivíduo. cremos assim que esse sentido impulsionará a pessoa na luta pela vida e na compreensão e aceitação da finitude do ser humano.*

*Para Rogers (1982), a pessoa precisa ter confiança em si mesma para enfrentar a vida. Isto lhe permitirá enfrentar cada situação com maior intensidade sendo algumas fáceis, outras difíceis, alegres ou tristes, porém, o fará de modo enriquecedor, apaixonante, valioso, estimulante e significativo. Diz ainda que esse processo implica em "coragem de ser" porque o indivíduo está sempre em expansão e maturação de todas as suas potencialidades.*

*As reflexões destacadas neste capítulo sobre o homem e suas relações consigo e com o meio em que vive, nos fornecem elementos para compreender aspectos importantes da humanização da assistência de enfermagem que serão considerados nos próximos capítulos deste estudo.*

## ***II.2. A relação de ajuda***

*A atuação do enfermeiro na atualidade não está limitada ao ambiente hospitalar. Além disso, sofre a influência de diferentes linhas de pensamento tanto à nível da assistência, como de ensino e de pesquisa.*

*Para nós, o papel do enfermeiro psiquiátrico consiste de um conjunto de comportamentos adotados por ele, no momento em que interage profissionalmente com outras pessoas para dar assistência (Rodrigues, 1978).*

*Para a atuação efetiva do enfermeiro psiquiátrico, podemos considerar as seguintes funções:*

- 1. Criar e manter um ambiente saudável e terapêutico que facilite e propicie o desenvolvimento do ser humano;*
- 2. Manter relações interpessoais terapêuticas com o paciente, individualmente ou em grupos;*
- 3. Orientar e supervisionar a equipe de enfermagem para auxiliá-la nas duas primeiras funções através de um relacionamento humano;*
- 4. Executar tarefas administrativas eficientes tanto no que se refere aos recursos humanos quanto aos recursos materiais de sua Unidade;*
- 5. Manter relacionamentos interpessoais estáveis e produtivos em benefício dos pacientes, no trabalho com os demais membros da equipe multiprofissional.*

*Para desempenhar suas funções é necessário que o enfermeiro tenha como base uma postura ou um modo de ação que seja coerente com seu modo de ser e de encarar a vida.*

*Caso contrário, será difícil entrosar-se com a equipe e ajudar efetivamente os pacientes de sua unidade.*

*Por vezes, não é o enfermeiro quem faz essa escolha. Pode ser que o serviço adote uma linha digamos analítico-dinâmica e o enfermeiro tenha uma formação funcionalista dentro do modelo médico, ou a unidade siga o modelo comportamentalista e o enfermeiro tenha sido formado ou identifica-se mais com o modelo psicodinâmico. As dissonâncias poderão surgir e interferir com o bom desempenho desse enfermeiro.*

*Entretanto, há muitas unidades que seguem o modelo médico e desde que não interfira com seus objetivos (lucro, filantropia, etc) não exigem uma postura da enfermagem exceto no que diz respeito ao desempenho técnico executando as prescrições médicas de cunho medicamentoso. Nesses casos, a atitude do enfermeiro e seu pessoal fica à cargo da tendência pessoal de cada um. É o caso do enfermeiro no macro hospital público ou privado. Trata-se de uma perversão de suas funções e uma irresponsabilidade perante o doente.*

*Ouvimos muito falar na enfermagem em dar apoio psicológico ou ter atitudes compreensivas com o paciente sem que se defina claramente no que se constitui essa atitude. Esse apoio psicológico tão decantado na enfermagem como uma tarefa que deveria ser executada, atualmente vem sendo questionado. Esta tarefa não tem servido muito para ajudar os pacientes visto que o próprio enfermeiro não tem claro o que seja "dar apoio psicológico". Não faremos aqui uso do termo "apoio psicológico" porém, ao abordarmos a "ajuda" as "relações terapêuticas" estaremos oferecendo elementos para se entender o que vem a ser o apoio psicológico.*

*Já que tocamos na palavra ajuda queremos lembrar algumas colocações de Travelbee (1982), sobre a enfermagem psiquiátrica para depois chegarmos à questão central que é a*

*ajuda. Ela diz que o enfermeiro é um agente ativo que se une ao paciente (pessoa que sofre) para ajudá-lo a revelar e compreender a experiência dando-lhe oportunidade de observar sua própria experiência, analisar seus elementos, reconhecer o que está ocorrendo, expressar isto com outras pessoas através da comunicação e de examiná-la numa perspectiva adequada. Toda a sua obra "Intervencion en enfermeria psiquiátrica" está voltada para a análise de formas específicas de ajudar as pessoas a prevenir e a enfrentar a doença mental e o sofrimento.*

*Essa palavra ajuda tem sido muito usada não só na enfermagem mas também em áreas da saúde onde se estabelecem relações interpessoais. Por isso, achamos por bem deixar clara nossa compreensão da ajuda.*

*A prática da ajuda ao próximo é algo muito antigo, e vem sempre sendo estimulada por correntes religiosas, filosóficas e sociais (Rodrigues, 1986).*

*A ajuda é algo que ocorre entre pessoas desempenhando papéis distintos: a que procura ajuda e a que presta o auxílio. Para Rudio (1990), isto é denominado Relação de Ajuda. Neste encontro, ele entende que duas pessoas interagem, comunicando-se mutuamente através de uma "conversa", cujo assunto é o problema e a solução que se deseja para o mesmo. É uma "conversa" diferente das comuns porque existe um objetivo a ser atingido (a compreensão e a solução do problema), o assunto é determinado (o conteúdo do problema e a busca de soluções).*

*Em nossa tese de doutoramento (Rodrigues, 1986), iniciamos uma tentativa de caracterizar a relação de ajuda e, com os conhecimentos que possuíamos na época, sistematizamos um Modelo de Procedimento de Enfermagem de Saúde Mental (M.P.E.S.M.) que nos permitiu atender a mulheres que precisavam de ajuda por estarem enfrentando uma crise acidental.*

*Para Benjamin (1978) a ajuda é um ato de capacitação (da parte de quem busca ajuda) e um ato de doação (da parte de quem oferece ajuda). Capacitação implica em primeiro lugar que uma pessoa não conseguiu, por si só, encontrar a saída adequada para algum tipo de dificuldade. Essa dificuldade pode estar a nível de reconhecimento de algo obscuro, incompreendido; à nível de um sentimento que esteja obstaculizando a percepção adequada de um fato ou de um ato; à nível do saber quando faltam informações ou estas encontram-se distorcidas ou pouco claras; à nível de decisão quando a pessoa está frente a um conflito.*

*A doação implica em que uma pessoa oferece parte do seu tempo, de sua habilidade profissional, de seu conhecimento, de seu interesse e capacidade de ouvir e entender. Nessa doação, espera-se que aquele que se dispõe a ajudar tenha a capacidade para compreender as comunicações expressas e seja receptivo aos sentimentos e às atitudes do outro.*

*A atenção de quem ajuda deve estar concentrada na pessoa e não no problema que ela apresenta. Desse modo, o sujeito não é tratado como objeto da ação. É alguém que apresenta-se ansioso, vulnerável, instável e que experimenta uma situação de desequilíbrio mas, por outro lado, possui uma tendência positiva no sentido de se reorganizar, de se dirigir e de se preservar.*

*Para Rogers (1982), a ajuda terapêutica promove no outro, o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida. Ele entende que essa interação promove no outro ou em ambos maior apreciação, maior expressão e utilização mais funcional dos recursos internos latentes do indivíduo.*

*Através da análise de uma série de pesquisas experimentais realizadas nas décadas de 40 e 50, Rogers (1982), abstraiu que "as atitudes e os sentimentos do terapeuta são mais*

*importantes do que sua orientação teórica". Os processos e as técnicas utilizadas numa relação são menos importantes do que as atitudes de quem oferece ajuda e a maneira que estas atitudes são apreendidas pelo outro. Desses estudos foi ainda possível detectar alguns elementos francamente desfavoráveis numa situação de ajuda: falta de interesse, atitude distante ou de afastamento, simpatia excessiva, conselhos diretos e precisos, conselhos com grande ênfase no passado ao invés de se enfrentar os problemas atuais.*

*Essas atitudes, por parte de quem se propõe a ajudar, dão margem à percepção de contradições que minam a confiança da pessoa que precisa de ajuda. Como ela pode confiar em alguém que ela sente como distante e desinteressado? Como ela pode expor-se francamente e abertamente a uma pessoa que se apresenta falsa (simpatia excessiva mais se assemelha a um papel artisticamente desempenhado)? Como ela pode sentir-se à vontade para expressar suas dificuldades se está diante de alguém tão poderoso que sabe lhe ditar regras tão precisas? E, finalmente, fica patente que vai sair dali sem resolver nada pois os problemas que a perturbam em primeiro plano são desconsiderados, tendo mais importância soluções passadas e quiçá mal resolvidas ou inadequadas.*

*Apontar pontos desfavoráveis numa relação de ajuda é possível como já vimos. Mas, quais as atitudes que favorecem a pessoa que precisa de ajuda? Muitas direções têm sido dadas, entretanto, optamos pela postura compreensiva porque coloca o paciente no centro de suas atenções consideradas com uma pessoa. Mas, que aspectos são importantes numa relação de ajuda?*

*Rogers (1982), propõe uma série de qualidades para uma boa relação de ajuda. A partir de suas colocações de psicólogo, e a contribuição de outros estudiosos da temática*

*tentamos transmitir nossa interpretação com vistas a utilização pela enfermagem. Vale ainda ressaltar que estas são as qualidades fundamentais que norteiam a relação terapeuta-paciente numa psicoterapia de apoio.*

*1. Transmitir ao outro que somos merecedores de confiança, que estamos seguros e somos consistentes.*

*O homem não vive só. Vive entre outros membros de sua espécie comunicando-se, em cooperação. Essa cooperatividade vai ser maior quanto mais confiança a pessoa puder ter nos membros do seu grupo, o que por sua vez, aumenta as possibilidades dele sobreviver num mundo conflitivo. Tanto o homem como o animal alarmam-se diante do perigo ou de alguma situação ameaçadora. Porém, a ação criadora do homem ajuda-o a eliminar a fonte de perigo (Ruesck e Bateson, 1965 p. 16-37).*

*Ser pontal nos encontros, respeitar a natureza confidencial das suas comunicações são atitudes que não deixam dúvidas quanto ao merecimento de confiança. Se estamos cientes daquilo que somos (eu real) e do que gostaríamos de ser (eu ideal) e apresentar-nos-emos ao outro de forma congruente integrando esses dois aspectos de forma unificada, numa espécie de coerência interna do organismo.*

*No entendimento rogeriano, a congruência é contagiosa através da comunicação, ou seja, quanto maior for a congruência da experiência (percepção e comunicação por parte do indivíduo) mais a interação subsequente envolverá uma tendência para a comunicação recíproca com uma qualidade crescente de congruência. Dai decorre, melhor compreensão mútua na comunicação o que leva a melhor ajustamento e funcionamento psicológico em ambas as partes, aumentando assim a satisfação mútua na relação de ajuda.*

*A falta de correspondência entre aquilo que somos (eu real) e o que gostaríamos de ser (eu ideal) pode ser motivo para as mais diferentes interpretações da parte de quem interage conosco.*

## *2. Expressar-nos sem ambigüidade.*

*Um dos aspectos que muito contribui para se evitar ambigüidades é o uso da simbolização e da linguagem expressa. É preciso conhecer não só as formas mas os conteúdos das comunicações das pessoas com quem nos relacionamos para nos guiarmos na compreensão do que é expresso como também estar expressando o que cremos que ele possa compreender. Quando nos referimos a pessoas sadias é isto o que ocorre. Porém, diante de uma pessoa perturbada mentalmente podem ocorrer desvios e distorções na comunicação sem que esta tenha consciência do fato.*

*Isto percebido pelo outro diminuirá a confiança que teria em nós. Portanto, quanto mais transparentes pudermos ser, mais podemos ajudar o outro a se expor e a se conhecer.*

*Não é fácil adotarmos sempre essa atitude de transparência. Mas uma vida saudável está inserida num processo de transformação contínuo. Então, quanto mais nos permitirmos o conhecimento mais aprofundado de nós mesmos, mais caminhamos na direção da congruência. Assim, se podemos ter consciência dos nossos sentimentos e os aceitamos, melhor poderemos ajudar o outro.*

## *3. Apresentarmos sentimentos positivos para com o outro (sermos calorosos, atenciosos, afetivos, interessados e respeitosos).*

*Para Rogers (1982), "é uma verdadeira meta que se atinge quando, em determinados momentos das relações, podemos nos permitir, com segurança, mostrar interesse pelo outro, estar ligado com ele como uma pessoa porque temos sentimentos positivos".*



*A profissionalização de nossas atitudes procura estimular a distância nas relações. Entretanto, essas atitudes de "reserva" de "impessoalidade", de "distância", de "interesse controlado" têm por trás alguns temores. Medo de não sabermos colocar os limites? Medo de não controlarmos nossas próprias reações? Medo do que possam exigir ou cobrar de nós por isso?*

*Uma das necessidades básicas do ser humano é a de ser amado. Como diz Rudio (1990 p. 54), na relação de ajuda, esse amor é expresso por sentimentos "positivos" de atenção, calor, afetividade, interesse e respeito. Esse sentimento positivo é o acolhimento que temos em relação ao outro rompendo a solidão que existe dentro dele, permitindo-lhe abrir-se para o auto-conhecimento e para a convivência com os outros. É um amor que liberta o outro para ser ele mesmo, como ele deseja ser.*

*Esse sentimento "positivo" não necessita ter reconhecimento ou contrapartida. Como diz Fromm (1970 p. 45), "o amor me torna mais independente porque me faz mais forte e mais feliz. Nesse amor, está a única resposta para a natureza humana e nele reside a saúde".*

*4. Sermos nós mesmos, fortes o suficiente para sermos independentes do outro. Identidade pessoal.*

*A diferença básica está na noção clara de quem somos. Podemos nos envolver com o outro sem nos perdermos, sem sermos destruídos, escravizados ou absorvidos porque existimos independentemente dele. Existir independente do outro pode ser entendido a partir das seguintes questões: "serei bastante forte na minha independência para não ficar deprimido com sua depressão, angustiado com sua angústia ou absorvido por sua dependência?"*

*Se nós nos deprimimos com sua depressão como poderemos ajudá-lo? A*

*depressão do outro é dele. Nós procuraremos conhecer sua depressão o mais claramente possível para sentirmos o que o outro sente para que através dessa empatia possamos ajudá-lo a tomar consciência do que ocorre consigo e a encontrar seus caminhos para a resolução.*

*Como este aspecto é sempre mal compreendido em nosso meio vejamos se este exemplo contribui para o esclarecimento. Imaginemos uma paciente falando sobre suas relações com seu pai. Vamos acompanhando sua comunicação e permitindo que se expresse livremente. De repente, a paciente começa a verbalizar sentimentos de raiva, de agressividade contida contra o pai e assim por diante. Terminada a interação eu abro a porta e encontro o pai da paciente aguardando e tenho impulsos de agredi-lo porque considero que ele foi mau e desumano com a minha paciente... A paciente pega na mão do pai e sai em direção à porta. Da minha parte começo a sentir indignação frente a atitude da paciente e fico irritada...*

*Dá para perceber que nos confundimos e que será difícil ajudar a paciente a elaborar seus sentimentos se nos posicionarmos como pessoas com nossos próprios sentimentos em relação à situação do outro. Este é um exemplo de identificação. Entretanto, somos seres humanos e sujeitos a falhas, fraquezas. Por isso, se avaliarmos nosso desempenho através de supervisão individual ou em grupo poderemos ter a chance de perceber os problemas e enfrentá-los da melhor forma possível. A supervisão é uma oportunidade de aprendizado e crescimento pessoal e profissional.*

##### *5. Permitir ao outro ser independente. Identidade pessoal.*

*A natureza prevê a individualidade própria de cada ser humano dotando-o do cérebro (para os organicistas) ou psique (para os mentalistas) que necessita da soma total das células e propriedades do organismo para funcionar e integrar as partes do todo. A ruptura do*

*cordão umbilical é o primeiro passo para a aquisição de sua independência que demorará por volta de 15 a 20 anos para ser conseguida (Ruesch e Bateson, 1965 p. 35). É o desenvolvimento de uma personalidade para identificar o seu eu.*

*Este é outro aspecto que gera muitas dúvidas na compreensão de nossas atitudes. Na formação do enfermeiro, aprendemos que temos que servir de modelo para o paciente, que temos que saber o que é melhor para ele, que temos que "ajudá-lo" a reagir da forma que acreditamos ser a melhor...*

*Mas, segundo a teoria rogeriana que coloca a pessoa no centro, isto parece ser incoerente, por que: como podemos servir de modelo para uma pessoa que é diferente de nós? Como podemos determinar o que é melhor para ela se não somos ela? Como podemos exigir dela uma atitude adulta se ela só sabe reagir infantilmente diante das situações da vida? Como exigir que ela faça determinada coisa sem interferir com a sua liberdade pessoal de escolha?*

*A diferença reside no fato de nos apresentarmos como modelo de identificação e forçar o paciente a nos aceitar como modelo de identificação. Comportamentos e atitudes positivas e adequadas podem ser imitadas por outras pessoas de acordo com seu julgamento da situação e por livre arbítrio. Isto faz parte do processo de aprendizagem interpessoal. Dessa forma o paciente está constantemente apreciando novas ações, julgando segundo seu ponto de vista e assumindo atitudes de identificação frente a situação.*

*É bom estarmos seguros do que somos avaliando o que se nos apresenta e tentar interpretar o comportamento do paciente segundo o seu ponto de vista nos colocando como profissionais, ajudando-o a reconhecer sua identidade pessoal e a escolha do seu próprio caminho.*

**6. Entrar no mundo dos seus sentimentos e concepções pessoais e vê-los**

*como ele os vê. Empatia*

*Temos uma certa tendência para impor nossos pontos de vista e corrigir o que achamos errado ou incorreto. Entretanto, isto demonstra profundo desrespeito pela pessoa. Se queremos ajudá-la a resolver de fato seus problemas devemos entrar delicadamente no seu mundo, procurando não interferir com seu modo de ver e de sentir as coisas e avançar no sentido de alcançar aquilo que para o outro esteja confuso e obscuro, evitando apreciações e julgamentos do nosso ponto de vista.*

*Existem diferenças que Rogers aponta entre a compreensão externa e a compreensão empática. Toda compreensão externa envolve julgamentos provenientes do exterior e podem ser traduzidas por expressões do tipo: "eu compreendo o seu problema", "eu compreendo o que o levou a agir dessa maneira", "eu também passei por este problema mas reagi de modo diferente", "isto acontece com todos em situação como a sua"... A compreensão empática ocorre quando alguém é sensível aos sentimentos e reações que a pessoa experimenta a cada momento. Consegue essa compreensão quando tenta apreendê-los "de dentro" tal como o indivíduo os vê e quando consegue comunicar com êxito, algo dessa compreensão ao indivíduo.*

*Para entrar no mundo dos sentimentos e concepções pessoais de alguém é necessário e imprescindível, OUVÍ-LO. Ouvir alguém não é o mesmo que escutar intelectualmente o que é dito. É muito mais. É ouvir a mensagem emitida através das comunicações verbais e não-verbais, compreender o que o outro expressa alcançando os significados que ele dá e entender a realidade como ele a entende.*

*Nas palavras de Rogers (1982), "mesmo um mínimo de compreensão empática (desajeitada, hesitante) pode estar ajudando. Entretanto, essa ajuda pode ser maior quando*

*sou capaz de captar e de formular com clareza, o sentido daquilo que o outro experimentou e o que para ele ainda está confuso, obscuro".*

*7. Aceitá-lo totalmente.*

*Para aceitar o outro totalmente precisaríamos conhecer e aceitar nossos próprios sentimentos. Por que isto? Se algum aspecto está difícil de ser aceito no outro, talvez encontremos em nós mesmos algum sentimento de medo ou de ameaça que nos impede de aceitá-lo. Para isso, precisamos estar abertos à experiência tanto exterior como interior. Quanto mais estamos atentos ao que experimentamos intimamente, e procuramos ampliar essa mesma atitude de escuta do outro, menos temos necessidade de remediar as coisas, modelar as pessoas, manipulá-las ou levá-las por caminhos que gostaríamos que seguissem.*

*Se pudermos aceitar o outro podemos tolerar seus desvios de comportamento e estimular suas atitudes positivas.*

*Aceitar não significa concordar, pois seria o mesmo que assentir ou aprovar, nem tampouco aceitar como observador, indiferente ou omissos. Aceitar é estar ativo frente aos acontecimentos ou sentimentos expressos e ajudar a própria pessoa a encontrar os significados de cada situação.*

*8. Nossos sentimentos não devem ser sentidos como ameaças para o outro.*

*Rogers (1982), afirma estar convicto de que "se conseguir libertar a pessoa das ameaças exteriores, ele começará a experimentar e a enfrentar os sentimentos e conflitos internos que lhe pareçam ameaçadores".*

*O comportamento do indivíduo pode ser compreendido através da percepção que ele tem das coisas. Para Rudio (1990 p. 36-37), suas reações não são feitas à realidade como tal*

*(realidade objetiva) mas ele age e reage em consonância com os significados que dá às coisas, ou seja, de acordo com a realidade que foi "traduzida" para o seu mundo subjetivo.*

*Neste sentido, vale a pena estarmos atentos à nossa expressão porque, muitas vezes, simples gestos, olhares ou palavras podem ser interpretados pelo outro como ameaçadores. Se nosso comportamento é congruente os sentimentos de ameaça sentidos pelo outro podem ter efeito terapêutico se a transparência for utilizada.*

*Quando a pessoa sente-se ameaçada, geralmente põe em ação suas defesas (bloqueio, fuga da situação, mudança de direcionamento). Essas e outras atitudes serão expressas através da comunicação que é o veículo de todo o processo de ajuda. Nossa atitude de atenção constante e o cuidado em estar confirmando as percepções e interpretações que fazemos do comportamento do outro vão nos permitir avaliar o impacto que os nossos sentimentos provocam no outro. Só assim saberemos o que ele sente e como interpreta as comunicações que fazemos. Segundo Mehrabian citado por Little John (1982 p. 289), as pessoas abordam e ficam mais envolvidas com as coisas de que gostam e que as atraem e evitam aquelas que não as atraem ou que induzem à dor e ao medo.*

#### **9. Ajudar o outro a libertar-se do receio de ser julgado pelos outros.**

*Para Rogers (1982), se conseguimos evitar qualquer julgamento, a pessoa vai reconhecer que o lugar do julgamento, o centro da responsabilidade, reside dentro de si mesmo.*

*Entretanto, Travelbee (1982) chama-nos a atenção para a irrealidade desta premissa, pois queiramos ou não, estamos sempre elaborando juízos. Ruesck & Bateson (1965), dizem que quando as pessoas conversam, estão sempre fazendo suposições a respeito do processo psicológico do seu interlocutor. As comparações que fazemos estão sempre baseadas nas*

*experiências passadas e/ou práticas habitualmente aceitas. Assim, o enfermeiro conscientizando-se dos julgamentos que faz, evita juízos de moral ou de culpabilidade em relação ao comportamento do paciente.*

*Nesse ponto, há o encontro das duas posições visto que se estamos qualificando algo como "bom", "mau", "vale tanto...", estamos julgando positiva ou negativamente. Essas apreciações não favorecem o desenvolvimento do indivíduo e não devem fazer parte de uma relação de ajuda. Para Travelbee (1982), existem 4 tipos de juízos: os de senso comum (são respostas naturais e sensatas a uma situação concreta); os especulativos (resultam de elaboração intelectual e devem ser verificados frente à situação concreta); os pragmáticos (estão ligados a situações passadas semelhantes e precisam ser avaliados para determinar sua validade); os ideais (integram os 3 tipos acima e resultam de dados sensoriais e intelectuais. Ante esses juízos deve-se formular todas as suposições possíveis e examiná-los minuciosamente para torná-los válidos).*

*Nesse sentido, a autora afirma que a atenção baseada em juízos adequados, elimina as trivialidades autoritárias, o pensamento estereotipado e a moralização obsessiva.*

*Voltando à questão inicial, os juízos de valor devem ser evitados pelo enfermeiro durante o processo interativo porque como dizem Ruesch & Bateson (1965), "um valor não só conduz informação acerca da opção feita como também informações relevantes das coisas que podendo ser escolhidas não o foram". Entretanto, devido à tendência do ser humano à formulação de juízos é importante estarmos atentos para nos conscientizarmos de sua existência e procurar validá-los com o outro, colocando-os em cheque abertamente na relação.*

**10.** *Perceber o outro, no momento presente (aqui e agora), em processo de*

*transformação.*

*Tudo aquilo que está firmado, cristalizado, definido, diagnosticado, estabelecido, é difícil de mudar. Isto é incoerente com a concepção humanista que entende que a pessoa está em constante transformação, pois está sempre presente a possibilidade de crescer e se desenvolver. Nessa concepção, se tratamos alguém como "uma criança imatura", "um aluno ignorante", "uma personalidade psicótica", "uma personalidade neurótica" limitamos o que ela poderia vir a ser, o que Martin Buber chama de "confirmação". Confirmação tem aqui o sentido de expressar uma concepção rígida a respeito de alguém de tal forma que ele sintasse compelido a "mostrar-se" de acordo com esta concepção confirmando nossa expectativa.*

*Se não temos abertura para perceber a pessoa tal como ela se apresenta hoje e aqui, podemos não ver algum aspecto que ela tenha conseguido superar ou modificar. Por outro lado, essa atitude pode estimular o outro a retroceder àquele estado "esperado" impedindo-o de mostrar-se tal como é ou de modificar-se tal como deseja ser.*

*Finalizando suas considerações sobre a relação de ajuda, Rogers (1982), faz duas colocações que consideramos esclarecedoras.*

- se entendermos a relação como uma oportunidade para reforçar certos tipos de palavras ou de opiniões no outro, estamos tendendo a confirmá-lo como objeto (mecânico e manipulável).*
- se vemos na relação uma oportunidade para reforçar tudo o que ele é com todas as suas possibilidades existentes, então vamos confirmá-lo como uma pessoa viva, capaz de um desenvolvimento interior e criador.*

*Não queremos com isso dizer que temos que ser perfeitos. Nossa meta como profissionais é caminhar na direção da humanização do homem, tarefa que consideramos*



*estimulante pois, na medida em que procuramos humanizar nosso trabalho, tornamo-nos mais humanos.*

*Ajudar o outro, segundo Rudio (1990), é reconhecer que ele é o melhor perito que existe para saber e decidir sobre o que mais lhe convém no plano de sua existência. Assim, diz ele, ajudar não significa nem eliminar nem diminuir essa qualidade que a pessoa possui, mas criar condições favoráveis para que ela a possa efetivar. Acreditar no outro não é especulação intelectual é um conhecimento que se obtém, através da vivência, uma certeza que emerge das atitudes anteriores profundas.*

*Na relação de ajuda, há ainda um outro ponto a ser lembrado: o momento. A pessoa que nos procura quer mudar pois ela está insatisfeita com alguma coisa. Entretanto a mudança só vai ocorrer no momento em que ela estiver pronta (madura) para fazê-lo.*

*O processo de crescimento através da comunicação postulado por Rogers (segundo a interpretação de Little John, 1982 p. 225), pressupõe um ambiente livre de ameaças, promovido pelo respeito positivo, permitindo à pessoa examinar suas inconsistências internas e reestruturar o conceito do eu sem temor de julgamento. A pessoa aceitando-se (congruência) aumenta sua própria capacidade para aceitar os outros. Portanto, um ambiente livre de ameaças e marcado pela aceitação permite à pessoa examinar-se continuamente e modificar-se ao longo da vida.*

*Pelo nosso entendimento há uma reação em cadeia: duas pessoas (a que pede e a que oferece ajuda) colocam-se em contato através da comunicação recíproca. A que oferece ajuda procura conhecer-se, aceitar suas qualidades e limitações, procura expressar-se sem ambigüidades numa atitude de aceitação do outro, considerando sua individualidade. Essa atitude vai despertar*

*no outro uma confiança tal que facilita a expressão dos seus sentimentos. O terapeuta procura compreendê-los, numa atitude empática. Havendo ajustamento e compreensão, ambos vão se libertando das ameaças, tornam-se mais flexíveis, reconhecem que estão se modificando, havendo pois satisfação mútua na relação.*

*Nesse sentido, se nossas ações criam um ambiente que favorece a confiança, a liberdade e a transformação, vão ser corretamente percebidas pelo outro, porque segundo Heider (1958), as pessoas têm consciência de seu meio circundante e dos eventos que nele ocorrem percebendo e reagindo a ele de acordo com esta percepção.*

*Quem ajuda tem diante de si, durante todo o processo, uma pessoa distinta. Passa por momentos de receio no início e por momentos de impasse ou receio de aprofundar-se nos seus pensamentos e nos da outra pessoa. Entretanto, seu desejo de compreender o outro ajuda-o a vencer a batalha no sentido de expressar-se da forma mais clara possível e a acompanhar o outro na sua comunicação, mesmo sabendo que não pode prever os acontecimentos. Procura ter consciência de seus temores e preconceitos para suportar suas tensões pessoais e poder sentir as tensões do outro, aceitando com tranqüilidade os retrocessos e progressos desta relação.*

*Quem é ajudado tem também diante de si alguém que não conhece. No início pode apresentar temores e desconfianças. Com o caminhar do processo, vai percebendo que não é julgado, nem desprezado, então vai abrindo o caminho da comunicação interpessoal. Quando enfrenta sentimentos "novos" pode ter a impressão de que tudo vai desmoronar-se e tem medo de perder-se. Procura então o apoio de quem o ajuda e prossegue.*

*No final, como diz Rogers (1982), o indivíduo percebe que está modificando aspectos importantes como a concepção que faz de si mesmo sentindo-se mais confiante, mais*

*autônomo, menos defensivo, mais flexível em sua própria experiência. Quando ele está neste caminho, seus objetivos tornam-se acessíveis e diminui a distância entre o que ele é e o que gostaria de ser. Seu comportamento torna-se mais amadurecido e seu contato com o mundo fica muito mais real evidenciando tudo isso em relações interpessoais satisfatórias consigo mesmo e com os outros com quem convive.*

*O que acabamos de descrever compõe os objetivos da relação de ajuda, da relação terapêutica, do relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente. Em Rodrigues (1986) encontramos a aplicação desse procedimento junto à mulheres em crise acidental como uma atividade de assistência de enfermagem em saúde mental.*

*No capítulo IV.2 vamos retomar os conceitos de ajuda analisando a relação enfermeiro-paciente. Antes porém, vamos ter oportunidade de aprofundar um pouco mais no conhecimento da pessoa através de alguns conceitos de comunicação intrapessoal, interpessoal e relações terapêuticas na enfermagem (cap. III).*

### **III. DA COMUNICAÇÃO INTRAPESSOAL À COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL E TERAPÊUTICA NA ENFERMAGEM**

#### **III.1. Considerações gerais**

*O organismo de um homem em sua totalidade pode ser concebido como um instrumento de comunicação dotado de órgãos sensoriais (receptores), órgãos efetores (emissores), transmissores internos (as vias nervosas e humorais) e um centro (o cérebro). Quando a pessoa está só, o sistema de comunicação limita-se a este organismo é intrapessoal, mas quando está em interação com uma ou mais pessoas, o sistema de comunicação é interpeessoal podendo atingir uma rede cultural de comunicação (Ruesch & Bateson, 1965 p. 30-31).*

*Para o enfermeiro que se propõe a interagir com pessoas que precisam de ajuda, são necessários alguns conhecimentos de como tem sido explicado o funcionamento de um organismo humano em sua totalidade, e, respectivamente, os mecanismos mentais que se podem utilizar para o indivíduo comunicar-se consigo próprio e com os demais. Esses conhecimentos vão permitir ao enfermeiro conhecer-se melhor, ter maior consciência de suas atitudes e poder conhecer melhor o outro com quem interage. Dessa maneira, terá melhores condições para atuar terapêuticamente junto as pessoas que precisam de ajuda.*

*Para compreendermos melhor o que ocorre no encontro entre as pessoas consigo próprias e com os outros, vamos apresentar a seguir alguns conhecimentos sobre os atos*

*comunicativos\**.

*Cada situação vivenciada pelas pessoas é sempre marcada pelas significações que lhe atribui um sujeito humano para quem a situação existe. Seguindo o raciocínio de Mucchielli (1978), aproveitamos o seu exemplo prático. Assim, um conferencista faz sua exposição e os participantes dessa sessão ouvem, tomam notas. Ambos encontram-se em condições objetivas, aparentemente idênticas (tempo, local, ocupação). Entretanto, pode-se aqui observar duas realidades psicológicas:*

*a) uma estrutura geral da situação: disposição relativa das pessoas e objetos em função do que se faz (professor-aluno, mesa-cadeiras). A situação dá a tudo o que a envolve, uma certa significação. Esta situação leva a uma determinada conduta que seria o comportamento complementar. Ou seja, existem certas expectativas definidas quanto ao modo como cada um deve comportar-se na situação.*

*b) uma estrutura subjetiva individual da situação: esta superpõe-se à estrutura geral podendo conflitar-se com ela e até sobrepujá-la. Para alguns, é uma fuga de sua atividade habitual enquanto que para outros, oportunidade de encontrar conhecidos e para outros, fazer contatos promissores, recheiar currículo, passar o tempo. Para alguns, essa situação pode apresentar-se constrangedora, para outros, agradável ou aborrecida ou estimulante. Assim, uma mesma situação adquire significações diferentes para cada pessoa e se manifestam através dos comportamentos e atitudes de cada um. Podemos então, observar pessoas olhando para o relógio, outras conversando com o vizinho, outras cochilando, outras lendo, outras debruçadas olhando para o conferencista, outras mexendo-se no assento, etc.*

---

\* Parte desse material, especialmente da Comunicação Intrapessoal, foi extraído de uma Conferência que proferimos no II SIBRACEn (Rodrigues, 1990).

*Em suma, uma "situação" jamais é objetiva. Se fosse, poderíamos reduzi-las à topografias, a enumerados de caracteres, a configurações geográficas, a descrições. Isto ocorre porque, de acordo com Sarte, "o homem é, em essência, um ser que age, que atua, que produz e cada homem é aquilo que ele faz de si". Assim, cada pessoa é única. Não basta ao enfermeiro ter pretensão ou boa vontade de comunicar-se com os pacientes, com sua equipe de trabalho, com outros profissionais. Não basta ainda conhecer todas as técnicas de comunicação. Ele precisa conhecer o ser humano tanto biológica como psiquicamente no seu desenvolver natural. Ele precisa ter conhecimento das emoções, sentimentos e motivações do ser humano, tanto no que se refere ao comportamento do paciente, como também naquilo que tange à sua própria pessoa, pois, a intercomunicação ocorre entre dois seres humanos que agem, reagem e influenciam-se mutuamente.*

*De acordo com a psicanálise, o ser humano, ao nascer, traz consigo uma herança relativa à sua espécie, o que inclui as três emoções básicas: medo, (angústia), ódio (agressividade) e amor (erotismo).*

*Ao vir ao mundo, o homem é um dos mamíferos mais imaturos tanto que, por muito tempo, a criança não discrimina bem o seu eu dos outros. O primeiro vínculo poderoso que estabelece no meio exterior será com o seio materno e através da mamada ele mitiga o trauma do nascimento. Aos poucos, vai adaptando-se às novas situações de vida, o que ocorre de maneira lenta, gradativa e a angústia tenderá a reaparecer inúmeras vezes.*

*O processo de adaptação não se detém jamais, ou seja, ele é permanente e inerente à própria vida, desaparecendo somente com a morte. A própria vida é algo que não para, em permanente vir-a-ser, num constante conflito. Assim, cada uma das emoções primárias vai*

*misturando-se às outras, embora haja sempre a predominância de uma em relação às demais. Essa tendência que é individual, norteará o desenvolvimento da criança.*

*Cada unidade mãe-filho tem seu modo-de-ser e é essa simbiose que, com o passar do tempo e das vivências acontecidas, plasmará a personalidade do pequeno ser e que modelará as linhas gerais do seu futuro. Nesse processo, a ansiedade é algo sempre vivo.*

*As vias de comunicação, no início da vida estão quase que exclusivamente constituídas pelas funções vegetativas e pelos seus órgãos. Com o passar do tempo, outros elementos vão enriquecendo o conjunto numa complexidade progressiva e permeada pelos elementos da socialização que vão também ampliando-se. Vai ocorrendo a substituição da figura da mãe por outras que surgem. Cada minuto que passa é um novo viver. Esse viver que jamais virá a se repetir, é vivido com os órgãos, pensamentos, sentimentos, enfim, todo o seu ser. Nada acontece com os órgãos, tecidos e humores, sem que nossas emoções estejam presentes, inclusive nosso pensamento, mesmo que inconscientemente.*

*Assim a criança vai estruturando sua personalidade, cujo funcionamento terá uma direção e modos peculiares de reagir, um comportamento tanto externo como visceral que será só seu. Nesta linha de raciocínio, conforme descreve Perestrello (1974), cada pessoa com uma configuração única, seu funcionamento único, terá seu próprio modo-de-adoecer. Esta visão oriunda da psicanálise apresenta uma descrição bastante determinística de personalidade. O indivíduo tenta equilibrar-se entre seus impulsos e motivações internas e as exigências do meio onde vive. Assim, um impulso instintivo bloqueado levaria à repressão o que resultaria num complexo psíquico que poderia chegar a provocar comportamentos neuróticos e até psicóticos.*

*Se tentarmos explicar todo comportamento humano nesta linha*

*determinística, anularemos a responsabilidade pessoal pelos nossos atos e a criatividade. Para May (1976), o primeiro pressuposto da personalidade humana é a posse dessas possibilidades criativas que são sinônimos de liberdade, a despeito de todas as determinantes que cercam o homem; o segundo diz respeito à individualidade onde cada pessoa só pode contar consigo mesma para viver e enfrentar o mundo. Muitos problemas aparecem se o indivíduo tentar representar algum papel que não o seu. O indivíduo encontra-se a si mesmo ao unir seu consciente a vários níveis de inconscientes de sua experiência de infância e às camadas mais profundas do inconsciente coletivo estudados por Jung. A terceira característica da personalidade saudável é a integração social (desenvolvida por Adler) que extrapola a teoria da libido de Freud acrescentando a necessidade que o ser humano tem dos outros seres, assim como a procura de segurança e de prestígio, ligadas diretamente aos sentimentos de inferioridade. Esse sentimento nos fornece a principal força motriz para vivermos bem, junto aos nossos semelhantes. Entretanto, quando esse sentimento é exagerado conduz a comportamentos rígidos escondendo fraqueza e insegurança traduzidos por atitudes de humilhação, depreciação ou domínio dos outros. Há ainda uma quarta característica na personalidade saudável que está relacionada aos sentimentos de culpa. Trata-se, em princípio, de uma emoção construtiva e positiva manifestada através da percepção da diferença entre o que uma coisa é e o que esta coisa deve ser, ou seja, é um estado de tensão presente em qualquer personalidade. No comportamento humano, Rogers (1966), chama isto de incongruência. Para ele a congruência é um estado de equilíbrio entre o que a pessoa é e o que ela gostaria de ser. Justamente porque o indivíduo possui liberdade criativa percebe, a todo momento, novas possibilidades que trazem consigo um desafio e sentimentos de culpas conseqüentes à contradição inerente à natureza do homem. A culpa mórbida resulta em colapso das funções mentais.*



*O indivíduo saudável deve ter um ajustamento criativo consigo próprio e com seu mundo real e transcendental. Como citado anteriormente, para Travelbee (1982) são fundamentais a capacidade para amar a si próprio e aos outros, a capacidade para enfrentar a realidade, e a capacidade para encontrar um sentido na vida.*

### ***III.2. Mecanismos de defesa e comunicação intrapsíquica***

*Porritt (1984), em seu estudo "Communication choices for nurses" diz que a comunicação é a base para toda interação humana, mas que a qualidade dessa interação é afetada pela situação na qual a comunicação ocorre. Essa situação, geralmente complexa, está relacionada ao fato de que, em qualquer interação, entram em jogo todos os passos que podemos descrever na rede interpessoal do processo de enviar e receber mensagens, assim como, aqueles que ocorrem dentro de nós mesmos afetando as mensagens ou a interpretação das mensagens recebidas na comunicação.*

*Nesse sentido, quando nos referimos à comunicação intrapessoal, estamos falando de pessoas querendo interagir e cada qual carregando consigo uma determinada herança genética, com um "background" cultural, crenças, valores e atitudes, nível de auto-estima, características de personalidade, mecanismos de defesa utilizados que irão determinar a maneira como cada pessoa experimenta a si própria e os outros. Desse modo, tanto a percepção dos eventos como a reação de cada pessoa a eles estão sob influência pessoal.*

*Segundo Peplau (1952), a visão que um indivíduo tem de si mesmo é muitas*

*vezes exposta num relacionamento interpessoal, e geralmente protegida inconscientemente por várias formas de comportamento. O ego (princípio da realidade tem a função de auto-preservação do indivíduo) responde seletivamente à experiência e é o organizador e integrador dessa experiência. Para ajudar um paciente é necessário desenvolver alguma compreensão de como ambos podem perceber-se a si próprios, ao outro e cada situação. As respostas são seletivas tendo como referência a própria pessoa.*

*Cada problema apresentado traz consigo uma constelação de sentimentos mobilizando a personalidade total. Mesmo apresentando o problema ou suas soluções de diversas maneiras, é possível identificarmos alguns padrões de respostas que são características da personalidade em foco. Para se confirmar essa identificação é necessário conhecer a história de vida dessa pessoa mostrada por elas mesmas. Isto permitirá ao enfermeiro ter informações claras e específicas as quais poderão encaminhá-lo no sentido da ajuda efetiva ao paciente.*

*O desenvolvimento de comportamentos comunicativos e exploradores ou solucionadores de problemas, especialmente a linguagem e o raciocínio são muito importantes como processos adaptativos humanos. Para Kolb (1976), tais processos são adquiridos através do aprendizado, da mesma forma que os vários mecanismos mentais através dos quais a personalidade tenta promover-se, defender-se, mediar seus impulsos conflitantes e abrandar tensões.*

*A comunicação verbal, a linguagem, tem seu começo entre o primeiro e o segundo anos, quando as estruturas neuromusculares necessárias acham-se totalmente desenvolvidas. A linguagem transmite não apenas o que é dito mas também estados e atitudes emocionais daquele que fala, através dos significados ocultos do tom de voz, da sua inflexão, do seu volume dos gestos que acompanham a fala. As motivações ocultas e conflitantes podem estar*

*refletidas nos esforços criados pelo sujeito. A linguagem está sempre carregada de emoções. Os fundamentos da percepção do indivíduo com relação a si próprio, ao mundo e ao seu lugar neste, elaboram-se como resultado das mensagens comunicadas pelas pessoas importantes de sua vida (Travelbee, 1982, p. 59).*

*A personalidade desenvolve mecanismos de defesa destinados a proteger a pessoa contra impulsos ou afetos que possam ocasionar conflitos que são fontes de angústia. A angústia é a reação do ego frente às ameaças à sua integridade. As ameaças podem provir do próprio impulso do sentimento de culpa frente ao superego ou do receio da crítica (D'Andrea, 1972, p. 21). O tipo de mecanismo utilizado, a extensão do seu emprego e o grau de distorção que provoca na personalidade domina o comportamento, perturba o ajustamento com os demais e determina a medida da saúde mental da pessoa. Portanto, a comunicação intrapessoal é essencial para a saúde mental.*

*O desejo consciente do indivíduo, o reconhecimento de seus anseios e a gratificação de impulsos biológicos nem sempre são compatíveis com os hábitos, atitudes, demandas e valores convencionalmente sancionados pelo grupo social maior, nem com as forças proibitivas e censuradoras de sua personalidade o que pode provocar respostas ou tendências incompatíveis originando conflitos.*

*Um conflito provoca angústia que é um estado de tensão oriundo da pressão revelando sinal de ameaça iminente à personalidade. A angústia é diferente do medo. O medo ameaça a integridade física e desaparece com o estímulo. A angústia leva o indivíduo a buscar saídas (atitudes adaptativas) que diminuam a ansiedade aparecendo a repressão que é uma defesa primária contra a angústia. Entretanto, os impulsos e anseios não são destruídos pela repressão e,*

*para evitar o reaparecimento desses impulsos, o indivíduo pode desenvolver outras defesas conhecidas como formações reativas que representam o exato oposto do que seria de se esperar. Geralmente são traídos por seu exagero ou inadequação, mas dificilmente são considerados patológicos. Por exemplo, a intolerância, a submissão, a meticulosidade, a extrema timidez e outros traços da personalidade podem, desenvolver-se como proteção contra uma percepção do medo, ódio ou ressentimento experimentados precocemente e há muito tempo sepultada na inconsciência.*

*Os motivos que dirigem nosso comportamento através de canais construtivos desejáveis, permitirão que encaremos os fatos, caso suas fontes ocultas sejam expostas à luz da consciência. O controle consciente exige uma capacidade realista e eficiente de perceber, lembrar, planejar e decidir em seu próprio benefício.*

*A identificação é um importante mecanismo psicológico para determinar o crescimento do ego bem como das funções do superego. Assim, a criança absorve as atitudes e os padrões de comportamento dos seus pais e de outras pessoas significativas, motivada pelo desejo de obter para si a força e as qualidades daquela pessoa. Separações precoces e traumáticas podem levar um adulto a ter preocupação superansiosa por crianças ou animais domésticos. Do mesmo modo, a identificação pode satisfazer desejos no seu propósito psicológico: aparência de superioridade em um mordomo de uma pessoa eminente com a qual ele se identifica; paciente que se julga Cristo ou mesmo falsas confissões de crimes podem estar relacionadas a identidade pessoal fracassada.*

*A transferência é outro tipo de identificação onde a imagem de uma pessoa é inconscientemente identificada e projetada sobre outra, o que pode explicar certas simpatias e antipatias. A hostilidade, por exemplo, originada na infância pode ser deslocada ou transferida para pessoas na vida adulta e distorcer seriamente o relacionamento alvo.*

*A empatia é uma forma saudável de identificação permitindo a uma pessoa sentir-se identificada com outra e compreender suas experiências e sentimentos. Essa qualidade é encontrada principalmente naqueles que possuem uma personalidade flexível, madura e bem estabelecida. No relacionamento enfermeiro-paciente, centrado na pessoa, a empatia é, segundo Rogers & Rosemberg (1977), o principal instrumento a ser utilizado pelo profissional que deseja realmente ajudar a pessoa que o procura. Nesse sentido, consideramos importante que o enfermeiro desenvolva essa capacidade empática. A atitude empática do professor, promovendo uma relação flexível, construtiva e respeitosa no ensino parece ser o melhor caminho para que o enfermeiro apreenda o sentido da empatia a ser aplicada no seu desempenho profissional.*

*Compensações psicológicas e físicas são fenômenos também observáveis tal como alguém com uma inferioridade física que desenvolve atividades construtivas as quais resultam em qualidade de notável utilidade social. Compensações podem tornar-se exageradas (uma pessoa de baixa estatura que tem atitudes agressivas e dominadoras). São esforços da personalidade para atingir uma auto-estima satisfatória.*

*Um dos mecanismos de defesa mais comumente utilizados para manter o respeito próprio e evitar sentimentos de culpa é a racionalização. Depois de termos agido por motivos não reconhecidos, formulamos razões aceitáveis que acreditamos terem determinado nossa conduta. Na mentira, a pessoa sabe conscientemente que a razão é fictícia enquanto que a racionalização é um mecanismo inconsciente que visa um propósito útil enquanto conduz à autoproteção e ao conforto psíquico.*

*A substituição é um modo de reduzir a tensão resultante da frustração. Através da ação substitutiva que deve ter certas similaridades com aquela que foi frustrada, são*

*asseguradas gratificações alternativas ou substitutivas.*

*O deslocamento é uma forma de substituição pois um sentimento emocional é transferido de um objeto real para um substituto. Nesse grupo acham-se fobias, simbolismos e atos compulsivos. Sentimentos e atitudes como o amor e o ódio são particularmente passíveis de serem deslocados de uma pessoa para outra.*

*Atuando como uma defesa contra a angústia, a projeção dirige-se para fora e atribui à outras pessoas aqueles traços de caráter, atitudes, motivos e desejos contra os quais existem objeções e que se quer negar. É comum encontrarmos pessoas que criticam severamente, em outras pessoas, exatamente as falhas que constituem os pontos fracos do seu próprio caráter, sem terem consciência disso. Se o ego falha ou se torna desorganizado, outros fenômenos como alucinações, idéias de referência e ilusões podem associar-se com a projeção. Mesmo na pessoa normal, a projeção pode interferir na comunicação com outras, visto que esta pessoa pode deixar de se ver como realmente é, sendo levada a agir com excessivo criticismo, sarcasmo, pessimismo, melancolia, intolerância e ódio. A atitude da pessoa que projeta é altamente provocadora de distúrbios nas relações humanas, criando mal-entendidos, hostilidade.*

*A simbolização, com seus sinais portadores de significados, é um mecanismo através do qual uma idéia ou um objeto é empregado para representar outra idéia ou objeto. Em essência, há um deslocamento de valores emocionais do objeto para o símbolo. A semelhança entre o símbolo e o objeto pode ser mínimo, tanto que a pessoa nem se dá conta da ligação entre ambos e acredita que o símbolo é a realidade. O simbolismo é, com freqüência, a linguagem do inconsciente expressa através dos sonhos, idéias ou pensamentos confusos, delírios, alucinações. Esse material pode aparecer disfarçado no trajar, caminhar, gesticular, falar.*

*Quando ocorre a cessação no processo de desenvolvimento da personalidade (no aspecto emocional e não no intelectual) a organização emocional permanece em um estágio imaturo. Isto é denominado fixação. Assim, encontramos pacientes adultos falando como bebês ou excessivamente dependentes de suas mães quando esses comportamentos deveriam ter sido superados.*

*Entretanto, quando ocorre perda de uma parte do desenvolvimento já obtido e a pessoa reverte seu comportamento a um nível mais baixo de integração, ajustamento e expressão, estamos diante de uma regressão. Nesses casos, um adulto pode pensar, sentir e comportar-se parcialmente como adulto, mas ao mesmo tempo, manifestar necessidades infantis.*

*Na dissociação, certos aspectos de atividades da personalidade escapam ao controle do indivíduo, separam-se da consciência normal e assim segregados, funcionam como um todo. A pessoa não toma conhecimento de partes da personalidade como se as mesmas pudessem funcionar de modo autônomo e sem o seu conhecimento consciente. Isto pode ser observado na dupla personalidade, no sonambulismo, na escrita automática, na fuga. Quando a pessoa retorna ao seu estado normal geralmente está confusa, emotiva e às vezes agitada não se lembrando daquela fase.*

*Outra manifestação de ansiedade interna que pode ser observada na relação enfermeiro-paciente é a resistência. A pessoa procura evitar lembranças reprimidas através de bloqueios, embaraços, silêncios e ansiedades.*

*Vários outros processos adaptativos podem ser utilizados pelo indivíduo no seu viver, tais como a negação que ocorre quando aquilo que é conscientemente intolerável seja rejeitado inconscientemente por um mecanismo protetor de não percepção, assim como, a*

*sublimação que transforma a energia de impulsos primitivos ou inaceitáveis em atos socialmente úteis.*

*A comunicação humana é portanto um meio intrincado e complexo porque cada indivíduo gira ao redor de um centro pessoal e privado. Dessa forma, ninguém consegue conhecer com exatidão o que experimenta a outra pessoa, a não ser ela própria. Para Rudio (1990, p. 27), uma boa comunicação consigo mesmo consiste num processo onde as experiências orgânicas são simbolizadas corretamente. O acordo entre essas experiências e a imagem que a pessoa tem de si é a congruência. A comunicação consigo mesmo é, segundo este autor, o caminho adequado que o indivíduo possui para se reajustar.*

### ***III.3. A Comunicação Interpessoal***

*Comunicação deriva do latim "communicare" que significa "tornar comum", "partilhar" (Maser, 1975). Ela ocorre entre duas ou mais pessoas que se observam mutuamente através de um canal, por meio do qual circulam as mensagens verbais e não-verbais.*

*A comunicação ocorre nos dois sentidos: de uma pessoa para outra e vice-versa. As mensagens são o produto das experiências vividas, sentidas e recordadas ao nível da consciência.*

*Para Travelbee (1982, p. 47), a comunicação é o meio pelo qual o indivíduo domina sua solidão e se converte em parte do grupo, ultrapassa as fronteiras do seu eu e atua de forma recíproca com os demais. O sentimento de solidão motiva a comunicação com os outros; a*



*comunicação afeta a ambos os participantes, portanto, a comunicação é uma forma de sair de si mesmo, relacionar-se com os outros e retornar enriquecido à solidão de si mesmo. Esse ir e vir proporciona satisfação e crescimento pessoais.*

*À princípio, os homens comunicavam-se através de objetos concretos; criada a linguagem, passaram a usar as palavras no lugar dos objetos. Aos poucos, as palavras foram sendo utilizadas para representar idéias. Por sua vez, os objetos tornaram-se símbolos ou substitutos das idéias, sentimentos e tendências.*

*Quando a criança começa a falar, começa também a usar símbolos. Os símbolos podem ter significados muito pessoais e subjetivos para ela. No início, só são compreendidos pela mãe e não possuem significados para a comunicação com os demais. Gradualmente, vai usando palavras que podem ser aceitas e compreendidas pelas pessoas de seu meio.*

*O indivíduo adquire destreza no uso da linguagem à medida que progride nas diversas etapas do crescimento e desenvolvimento. A capacidade de pensar progride paralelamente à aquisição da linguagem. Este pensamento revela-se através da linguagem. A progressão normal do pensamento é lógica, coerente e seqüencial; está orientada para a realidade e dirigida para uma meta (Travelbee, 1982, p. 54).*

*Segundo Little John (1982, p. 102), há uma ampla discussão entre os lingüístas (comportamentais e nativistas) acerca da aquisição da linguagem onde os primeiros apóiam-se nas teorias da aprendizagem afirmando que esta é o produto de associações e reforço no meio ambiente. Os nativistas acham que a criança já nasce com várias espécies de informações lingüísticas que passam por um processo de seleção, de acordo com a cultura onde ela está inserida.*

*Entretanto, parece não haver controvérsias quanto à ligação entre o pensamento e a linguagem, a linguagem e o meio social. Assim, toda linguagem tem uma dimensão tanto emotiva quanto cognitiva. E, para Aranguren (1975), quer se goste ou não, os acontecimentos da nossa época afetam cada um de nós e condicionam cada um dos nossos recursos, inclusive a capacidade e o poder de nos expressarmos.*

*A comunicação tem um peso decisivo na formação da personalidade de cada indivíduo. O modo como ele percebe a si mesmo e os demais parece ser um comportamento adquirido. As respostas que ele obtém de suas comunicações podem ser positivas ou negativas, dando indicações de aceitabilidade ou não dos seus comportamentos verbais e não-verbais. Segundo a análise de Stefanelli (1990) sobre a comunicação interpessoal, para a pessoa aprender a comunicar-se adequadamente, precisa ser capaz de perceber o significado das mensagens em todos os seus aspectos.*

*Little John (1975, p. 118), cita Boulding que preconizou a teoria da imagem entendendo que a pessoa encontra-se num mundo de espaço, tempo, relações pessoais, natureza e emoções. Algumas percepções que afetam o pensamento vem de dentro e outras vem de fora. Dessa maneira, o indivíduo constrói a sua imagem e a imagem do mundo o que, por sua vez, governa o seu comportamento.*

*Ainda, segundo a teoria da imagem, os resultados de uma mensagem sobre a imagem de uma pessoa podem ser: 1) permanecer intacta; 2) novas mensagens somarem-se à compreensão subjetiva do indivíduo; 3) a imagem pode ser radicalmente alterada; e 4) através do esclarecimento uma mensagem pode alterar a imagem (ou aumentar a confusão). O mais notável para ele é que o indivíduo não só é capaz de ter uma imagem de si e do mundo mas discorrer sobre*

*ela, através da linguagem.*

*A comunicação humana é portanto um meio intrincado e complexo porque cada indivíduo gira ao redor de um centro pessoal e privado. Dessa forma, ninguém consegue conhecer com exatidão o que experimenta a outra pessoa a não ser ela mesma.*

*Para Travelbee (1982), a comunicação exata da experiência requer um processo constante de clarificação e avaliação. Se se deseja comunicar de forma correta uma mensagem, os dois indivíduos envolvidos devem participar de forma ativa do processo e cada um comprometer-se com o propósito de compreender e ser compreendido. Assim, o enfermeiro descobrirá que a empatia é seu instrumento mais valioso, ao comunicar-se com seus pacientes.*

*Para isso, o enfermeiro pode lançar mão dos conhecimentos disponíveis na literatura de como lidar com as diferentes reações e manifestações emocionais do paciente\* e de como evitar ruturas na comunicação\*\*. Vale aqui ressaltar que a flexibilidade de critérios, técnicas e metodologias é essencial à boa comunicação porque nosso alvo é um ser humano. Neste relacionar-se, o enfermeiro precisa ter maturidade emocional suficiente para falar francamente, ouvir e compreender o ponto de vista alheio e estabelecer comunicações com um mínimo de ansiedades.*

*Uma relação interpessoal pode promover as condições externas que liberam a tendência à auto-realização. Para Rogers (1977), isto tem sentido na crença de que o ser humano tende ao seu crescimento. Assim, o enfermeiro deve respeitar a pessoa como ela é sem lhe impor critérios de como ela deva ser e acompanhá-la no caminho que ela própria constrói e participar como elemento presente e ativo deste processo de autocriação, facilitando a percepção, a cada instante, dos*

---

\* *Veja Comunicação intrapsíquica - item III.2.*

\*\* *Veja Fatores que afetam a comunicação nas relações enfermeiro-paciente - item IV.2.C.*

*recursos pessoais e dos rumos deste caminho tais como a pessoa os vivencia. As técnicas de comunicação interpessoal são os meios utilizados para se conseguir os objetivos da atenção de enfermagem.*

*Para Rudio (1990), se o indivíduo possui liberdade experiencial ele é capaz de entrar num processo de exploração de sua personalidade a fim de descobrir e reconhecer por si mesmo as incoerências que nele existem. Essa liberdade experiencial vai permitir-lhe constatar, de maneira correta, suas experiências internas (organísmicas) e representá-las adequadamente na consciência.*

*Para isto, faz-se necessária uma situação favorável onde ele sinta tranqüilidade e confiança para expressar-se pois é o próprio indivíduo que encontra soluções para seus problemas.*

*Na comunicação interpessoal, a ajuda que o enfermeiro pode oferecer está voltada para a mudança de percepção que surge como resultado de uma elaboração interior no outro e vai provocar mudanças no comportamento a favor do próprio indivíduo. Como no núcleo das comunicações estão presentes os acontecimentos da vida da pessoa à nível consciente, o profissional pode lançar mão de alguns indicadores de ajuda como: - Estimular o paciente para que se expresse verbalmente; - Ajudá-lo a esclarecer o sentido e a natureza da mensagem que está transmitindo concentrando sua atenção no tema da interação; - Ajudá-lo a identificar causas e efeitos do que fez ou disse, percebendo sua participação ativa na experiência. (Rodrigues, 1986)*

*Entretanto, fatores das mais diversas ordens, segundo Travelbee (1982), podem atrapalhar ou interferir com a comunicação interpessoal efetiva:*

- Dificuldades na ação de escutar causadas por problemas do ambiente ou de ansiedade pessoal,*

*ou ainda por incompetência ou falta de treino nesta arte. É preciso estar comprometido totalmente com a interação.*

- *Dificuldades na interpretação da mensagem, por isso se usa muito verificar com o outro o significado da mensagem. Nossas opiniões, idéias "a priori", preconceitos e sentimentos operam distorções não aparentes, mas poderosas. Precisamos verificar se compreendemos exatamente o significado que a pessoa atribui à comunicação.*
- *Dificuldades em concentrar-se nos problemas do paciente que aparecem nas seguintes atitudes: muda o tema em curso; não permite aprofundamento do assunto; irrita-se com o outro (responde emocionalmente); deixa o paciente dirigir sem concentração; intervém no momento inadequado; fala mais do que o necessário; fala muito pouco desestimulando o outro; não alivia a tensão na conversa; prende-se apenas ao sentido intelectual das palavras.*
- *Dificuldades de adaptação às técnicas da comunicação. A adesão rígida a um método ou conjunto de técnicas de comunicação pode bloquear o processo da relação. Flexibilidade de critérios, técnicas e metodologia são essenciais à prática da enfermagem nas comunicações interpessoais.*

*Para Rogers (1982), todo o processo de desajustamento deve-se a uma falha da comunicação, ou seja, o indivíduo deixou de comunicar-se bem consigo. Assim, através de uma relação especial com um profissional, a pessoa torna-se capaz de comunicar-se bem consigo mesma e conseqüentemente, mais livre e eficazmente com os outros. Em clima de bondade, afetividade e de responsabilidade, as interações têm condições de serem efetivas. Vejamos alguns pressupostos básicos rogerianos de comunicação interpessoal que podem ser utilizados nas terapias de apoio e no relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente:*

- *O indivíduo tem, naturalmente, a capacidade de experimentar conscientemente fatores de sua inadaptação; ele procura ajuda profissional quando tem essa percepção;*
- *O indivíduo tem uma tendência de regulação do organismo e assim se coloca em condições de modificar sua própria estrutura interna;*
- *O organismo sendo uma totalidade reage frente ao ambiente; a percepção que a pessoa tem de si mesma é o produto puro e simples das atividades do organismo total, influenciada pelo ambiente capaz de pô-la em conflito consigo ou estimular seu desenvolvimento;*
- *A conduta é fundamentalmente o esforço do organismo dirigido a um fim para satisfazer suas necessidades. Só há conduta para enfrentar alguma necessidade;*
- *A emoção acompanha e facilita a conduta. A intensidade da reação emotiva varia de acordo com a relação apreendida da conduta para se defender ou fazer progredir o organismo;*
- *Não existe uma delimitação precisa entre o organismo e o ambiente assim como não há um limite nítido entre a experiência do ego e a do mundo exterior;*
- *À medida que vão ocorrendo as experiências de vida estas são simbolizadas, apreendidas e organizadas em relação ao ego ou ignoradas e recusadas por serem incoerentes com a estrutura do ego. Em uma das duas formas, elas aparecem na comunicação interpessoal;*
- *A maior parte das formas de conduta adaptadas pelo organismo são coerentes com o conceito de ego. Portanto, não podemos impor valores à uma pessoa;*
- *A conduta desadaptada pode surgir, em alguns casos, de experiências orgânicas e de necessidades que não foram simbolizadas nem se organizaram na gestalt da estrutura do ego. Daí decorre tensão psicológica;*
- *Aceitando os dados da experiência pela qual a pessoa passa, e, organizando-se de modo*

- perceptivo integrado, consegue controle para realizar objetivos conscientes racionais;*
- *Qualquer experiência que seja incoerente pode ser percebida como ameaça estimulando o uso de defesas. A relação terapêutica deve evitar provocar esses mecanismos defensivos;*
  - *O melhor ângulo para a compreensão da conduta é a partir do quadro de referência do próprio indivíduo que depende fundamentalmente da comunicação daquele que é geralmente deficiente e imperfeito;*
  - *Quanto mais suas experiências estiverem a nível da consciência, mais fácil será a comunicação. Quanto mais livre for, mais adequada será a comunicação.*

*A enfermagem poderá utilizar-se da comunicação interpessoal na relação de ajuda e em interações de apoio. Assim, se o interesse do enfermeiro estiver centrado na pessoa é preciso ter bem claro que o profissional não está modificando a pessoa que requer ajuda, mas apenas aumentando sua informação a respeito de sua própria atividade física, mental e/ou social. Sua atitude pode ser "facilitadora" - facilitar a abertura de uma rede de comunicações; "organizadora" - incentivar a pessoa a tomar a palavra (falar sobre os assuntos relativos à suas necessidades) ajudando-a a atribuir valores às suas angústias, temores e resistências; "democrática" - permitir que a pessoa faça suas próprias escolhas, sem entrar em conflito consigo mesma (Pagés, 1976).*

*Quando alguém busca ajuda e outra pessoa capaz de prestar auxílio coloca-se profissionalmente disposta a compreender o problema, a ajudar o outro a evoluir pessoalmente no sentido de sua melhor adaptação pessoal, através da comunicação interpessoal, temos a relação de ajuda.*

*A comunicação interpessoal na relação de ajuda é estruturada e se estabelece*

*com o fim de ajudar o outro. Quando esta tem o enfoque humanista, a atenção deve estar focalizada não sobre o problema da pessoa mas sobre a própria pessoa e, como diz Rudio (1990), sobre seu crescimento, desenvolvimento, maturidade, melhor funcionamento e maior capacidade para enfrentar a vida.*

*Em determinadas situações, o enfermeiro tem diante de si uma pessoa que requer ajuda e espera-se que este profissional esteja disposto e em condições de perceber as necessidades do paciente e ajudá-lo a encontrar soluções adequadas para as mesmas.*

*No relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente é importante que o enfermeiro tenha em mente que:*

- O indivíduo que enfrenta uma crise ou experiência de doença é um participante ativo neste processo;*
- Este indivíduo precisa ser respeitado em sua individualidade, direitos e valores;*
- O enfermeiro observa o paciente e é por este observado; ambos avaliam as possibilidades recíprocas, tomam suas decisões e executam uma ação;*
- O profissional está sempre agindo com sua carga de emoções, preconceitos, capacidades, conhecimentos, habilidades e deficiências;*
- A qualidade da interação relaciona-se estreitamente com a motivação na qual se baseia a atitude do enfermeiro para com sua profissão e a maneira como enfoca seu papel;*
- Que o enfermeiro procurando manter uma atitude de não julgamento entende que a conduta do paciente é simplesmente uma expressão de como ele sabe reagir diante das situações da vida;*
- Uma atitude de estabilidade, congruência e constância é sempre positiva para ambos;*
- O enfermeiro deve estar preparado para poder avaliar os resultados das comunicações de ambos*



*e compreender a dinâmica do processo interpessoal ocorrido;*

- *Que o objetivo da assistência de enfermagem seja tornar o paciente tanto quanto possível independente dela;*
- *Que a dimensão transpessoal do trabalho do enfermeiro implica em ações colaborativas com outros profissionais da mesma área, ou áreas afins, tendo o paciente como centro;*
- *Aceitar que o comportamento do paciente tem um significado e o comportamento presente na interação é a forma encontrada por ele para comunicar seus sentimentos, sua revolta, sua dificuldade em atender às exigências que lhe são feitas. É o resultado da luta que o paciente enfrenta tanto em relação a processos psicológicos internos como às influências sócio-econômicas;*
- *O paciente é uma pessoa, um ser humano único que no momento requer ajuda. O enfermeiro é uma pessoa, um ser humano único, que adquiriu conhecimentos e habilidades específicas para cuidar dos outros e dispõe-se a isso. Através da comunicação interpessoal, ambos poderão atingir seus objetivos;*
- *O enfermeiro deve preparar seu pessoal auxiliar para que todos atuem dentro da mesma linha de conduta com o paciente. Orientá-los e supervisioná-los como seres humanos, de maneira compreensiva e responsável é um modo de ensiná-los como tratar o paciente.*

*Para completar o quadro das comunicações interpessoais falta abordar alguns aspectos da não-diretividade.*

*O termo não-diretividade anexado à psicologia na década de 50 por Rogers (embora tenha sofrido falsas interpretações como identificá-la com "laissez-faire") tem sido usada pelos mais diferentes profissionais tanto da área da saúde, como do ensino e da assistência a grupos*

*diversos.*

*Vamos focalizar a utilização dessa terminologia neste estudo assim como em nossas atividades de ensino e assistência porque seu significado tem muita força educativa. Tentando ser não-diretivos em nossas relações interpessoais conseguimos perceber o quanto temos sido inadequados quando nos relacionamos com pessoas em nossas vidas pessoais e profissionais supondo que estávamos ajudando o outro verdadeiramente. Pode ser que tenhamos ajudado pessoas, pacientes, alunos a fazerem o que nós quizemos; pode ser que tenhamos ajudado a instituições a manterem o seu esquema de relações com pessoas (doentes ou não); e, pode ser que tenhamos ajudado muito a nós mesmos mantendo-nos dentro dos nossos objetivos pessoais, profissionais e sociais. Com isso, não queremos dizer que somos diferentes ou que não fizemos a mesma coisa. A diferença é que resolvemos estudar e experimentar trilhar o caminho da humanização das relações interpessoais, tentar ser realmente terapêuticos com as pessoas que necessitam de ajuda e transmitir esses conhecimentos (que não são nossa criação) àqueles que se interessarem.*

*Evidentemente, não somos "experts" mas queremos aqui destacar alguns pontos que nosso entendimento atual consegue apreender dos estudos de Rogers, Rudio, Travelbee, aqui tantas vezes citados.*

*Ausência de diretividade não é o mesmo que não-diretividade. A orientação não-diretiva tem por trás um pensamento sistemático, manifestado através de uma Teoria de Pessoaalidade e uma Teoria de Psicoterapia.*

*A espontaneidade, na orientação não-diretiva não deve ser confundida com impulsividade bruta. Se assim fosse, bastaria dizer: sejam espontâneos. A espontaneidade é uma maneira de sermos nós mesmos na relação e podermos saber o momento de agir, porque agir, o que*

*negar, o que e como modificar alguma coisa.*

*Abster-se de falar tem o sentido de indiferença pois a comunicação interpessoal implica num diálogo.*

*Repetir maquinalmente as frases do outro transforma a interação em algo ridículo, irritante e frustrante. A reiteração (ou reflexão simples) ou seja, repetir o que é dito é uma forma de resposta que por vezes usamos a fim de que o paciente ouça o que ele disse, através da nossa voz. Serve ainda para estimulá-lo a prosseguir, demonstrando nossa atenção e também para obtermos "feed-back" sobre nosso entendimento da mensagem emitida.*

*O hábito de "dar conselhos" não se coaduna com a orientação não-diretiva. Quando damos conselhos dirigimos, isto é, entregamos pronto aquilo que ele deve ouvir, sentir, realizar por si próprio.*

*As atividades informantes podem fazer parte da comunicação não-diretiva desde que ofereçam elementos que o outro precisa para ele próprio efetuar as transformações. O importante não é a informação que se dá e sim o uso que o outro fará da mesma.*

*As terapias não-diretivas preocupam-se em ajudar a pessoa a estabelecer o acordo entre as experiências organísticas (comportamentos disponíveis à consciência) e a representação adequada delas (harmonia entre a experiência real e a construção que dela se faz).*

*A orientação não-diretiva estimula a comunicação da pessoa consigo mesma. (Anteriormente achávamos que era mais importante a comunicação adequada com o terapeuta. E hoje indagamos: Adequada a quê?)*

*Criando-se um clima favorável na comunicação interpessoal não-diretiva estaremos dando oportunidade para o outro entrar em boa comunicação consigo e rever, testar e*

*aceitar as informações que estão sendo transmitidas ajustando-as ao seu funcionamento adequado.*

*O indivíduo tendo em si mesmo o seu centro de avaliação, modificará ou não seu comportamento sem necessidade de confundir-se com o outro para agradá-lo ou por temê-lo.*

*A liberdade experiencial é um fenômeno interno. Não basta darmos liberdade de expressão ao outro, mas é preciso estarmos livres para participar e ajudá-lo a pensar e sentir com adequação. O enfermeiro no papel terapêutico não-diretivo, tem a função de um catalizador, isto é, alguém que facilita as coisas, sem pré determiná-las.*

*Compreendemos o comportamento do outro através da percepção que ele tem das coisas. Ele age e reage de acordo com o significado que dá às coisas, ou seja, conforme a realidade foi "traduzida" para o seu mundo subjetivo.*

*Na orientação não-diretiva, não focalizamos nossa atenção na mudança do comportamento mas na mudança de percepção. Quando esta muda, o comportamento modifica-se a seu tempo. O outro deve sentir-se compreendido e a empatia é o instrumento que permite essa compreensão e o leva a uma percepção correta da situação.*

*Não precisamos nos preocupar apenas com as verbalizações explícitas, mas principalmente, com o conteúdo das mensagens expressas. A pessoa apresenta-se "como pode" naquele momento e está em processo de transformação.*

*A orientação não-diretiva estimula a autenticidade, ou seja, que o outro seja o que realmente é. Para isso, primeiramente precisamos nós sermos autênticos.*

*As camadas mais profundas do ser humano são naturalmente construtivas. Nossa tarefa é estimular positivamente (sem dirigí-lo) portanto, a força curativa mais poderosa está dentro de cada um. Nossa função é criar condições para sua efetivação.*

*A comunicação interpessoal não-diretiva é terapêutica na medida em que nos relacionamos com a pessoa do outro e não com um objeto manipulável e passivo. Para isso temos que acreditar nele e respeitá-lo.*

*Nestes itens III.1, 2 e 3 destacamos a comunicação intra e interpessoal apresentando conceitos biológicos da linguagem, conceitos psicodinâmicos da personalidade, estrutura e dinâmica da mente humana, conceitos de auto e alo-percepção do indivíduo, conceitos técnicos de comunicação interpessoal e finalmente conceitos humanístas da comunicação, na relação de ajuda e da não-diretividade nas relações interpessoais terapêuticas.*

*Dessa forma, sentimo-nos instrumentalizados para abordar as relações terapêuticas segundo nosso entendimento e nossas vivências junto a pacientes e alunos. Somente depois da análise desse último item III.4 estaremos apresentando as observações das relações enfermeiro-paciente e a respectiva análise que completará o presente estudo.*

### ***III.4. Relações Terapêuticas***

*O relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente pode ocorrer de duas maneiras básicas:*

- 1) sob a forma de interações terapêuticas;*
- 2) sob a forma de um processo de relacionamento terapêutico.*

#### ***1) Interações Terapêuticas***

*No primeiro caso estão incluídos todos os contatos entre as duas pessoas (o profissional e o paciente) seja numa unidade de internação, num ambulatório ou na comunidade, desde que a interação não tenha maior duração do que o contato em si.*

*Esse encontro, geralmente ocorre com um propósito que não a relação terapêutica ou psicoterápica. A ajuda está centrada na ação de prover uma necessidade de conforto, higiene, medicação ou outra ação técnica da enfermagem.*

*Este encontro pode ocorrer em qualquer local e a qualquer momento. Mesmo que dure apenas alguns segundos, esse contato deve ser de real interesse do profissional pelo paciente. Parece óbvio isto, mas há casos em que o enfermeiro dirige-se ao paciente sem nem olhar em sua direção.*

*Numa unidade de internação, esses contatos terapêuticos são viáveis e de grande valor desde que exista um plano de assistência de enfermagem voltado para as necessidades do paciente e um conhecimento teórico que sirva de orientação para as ações.*

*Os enfermeiros estão sempre colocando como escudo a quantidade de pacientes que têm a seu encargo e a quantidade de atividades burocráticas que têm que executar como entraves para aproximarem-se do paciente.*

*Ocorre que, se a administração do serviço de enfermagem estiver voltada para o paciente com base numa abordagem humanística, este será visto como uma pessoa ativa que enfrenta uma experiência de doença e que deve ser respeitada em sua individualidade, direitos e deveres (Minzoni, 1980).*

*O enfermeiro pode então perguntar: Como vou fazer isto? Se o paciente for o*

*objetivo, o enfermeiro abrirá, no seu cronograma de atividades, espaço para entrar em contato com o paciente recém-admitido estabelecendo com ele uma relação compreensiva buscando conhecê-lo e identificar as suas necessidades. A partir daí, todo o cuidado a ser prestado pela sua equipe ficará fácil de ser distribuído e supervisionado. Além disso, as ordens médicas serão facilmente compreendidas e sua implementação mais adequada. Ao cruzar com o paciente, ao administrar-lhe qualquer cuidado ao distribuir tarefas, o enfermeiro terá segurança em seus atos e tranqüilidade para comandar sua equipe. Na passagem de plantão, o enfermeiro saberá de quem estão falando e compreenderá o que estão lhe passando.*

*Enfim, as 4 funções administrativas, segundo a visão Neoclássica da Administração que são planejamento, organização, direção e controle (Melo, 1991), são passíveis de serem desenvolvidas pelo enfermeiro dentro de um modelo humanista.*

*O planejamento dos programas de assistência ao paciente em primeiro lugar, a distribuição e a atribuição de atividades para toda a equipe de enfermagem, a determinação de prioridades para a prática, a orientação e supervisão de todo o trabalho e o controle do desempenho do pessoal tendo por base os objetivos traçados, podem ser realizados segundo esse modelo humanista da abordagem compreensiva centrada na pessoa do paciente.*

*Surge então uma questão: O pessoal de enfermagem vai saber agir nesta linha de conduta? Eles poderão burlar ou sabotar a iniciativa do enfermeiro?*

*A adoção desta postura requer determinação do enfermeiro em querer dirigir sua unidade por esse caminho. Requer ainda que esteja seguro e preparado para colocar em execução esse plano. E requer mais ainda, um grande investimento na fase de implantação, a nível do pessoal de enfermagem que deverá ser tratado na mesma linha compreensiva e estar preparado para*

*assumir junto com o enfermeiro esta postura humanitária.*

*Os resultados, cremos, serão alentadores e o próprio ambiente de trabalho será agradável e gratificante porque cada um estará vivendo plenamente suas experiências de trabalho com senso de responsabilidade incorporado no seu comportamento.*

*Outro ponto bastante polêmico da assistência de enfermagem foi levantado por Travelbee (1982), e cabe aqui destacarmos. "Só o enfermeiro é capacitado para estabelecer o plano de assistência de enfermagem e tomar as decisões a respeito da atuação de enfermagem sendo ele próprio responsável por seus atos e, nenhuma pessoa da equipe pode dirigir, supervisionar ou avaliar essa assistência".*

*Se cabe ao enfermeiro estabelecer o Plano de Assistência de Enfermagem ao Paciente, se ele valoriza a atenção individual, o respeito às necessidades do pacientes, certamente instruirá seu pessoal neste sentido e valorizará o tempo gasto nas interações e atenções individualizadas, assim como valorizará as comunicações de cada um sobre suas impressões e preocupações com o estado do paciente.*

*Sendo ele mesmo interessado em humanizar o cuidado, esteja atuando onde quer que seja, procurará instrumentalizar-se para orientar suas próprias ações assim como as de sua equipe de serviço. Essa instrumentalização lhe proporcionará elementos não apenas para orientar a assistência de enfermagem, mas também para justificá-la quando questionado.*

*O que estamos aqui chamando de interações terapêuticas tem sido colocado na enfermagem de forma invertida, ou seja, quando ensinamos o aluno a verificar, por exemplo, a Pressão Arterial de um paciente, temos o cuidado de ensinar-lhe todos os passos para a execução da técnica (além de contar que ele tem que ter uma série de conhecimentos prévios sobre o aparelho, o*



*corpo humano, os níveis esperados etc, etc) e colocamos em último lugar um item: apoio psicológico. Acontece que não questionamos se ele conhece a mente humana, seus mecanismos de defesas, seus desvios; não questionamos se ele conhece as reações emocionais comumente esperadas em determinados casos ou circunstâncias; não questionamos se ele conhece as técnicas de comunicação e as conseqüências da comunicação inadequadamente conduzida; não questionamos o que ele pensa a respeito de si próprio, seus temores, seus valores, suas inquietações. Finalmente, não lhe ensinamos como dar o "apoio psicológico". Simplesmente lhe dizemos: faça!*

*O que estamos tentando fazer, neste momento, é mostrar que não podemos querer ser terapêuticos apenas no final da execução de uma tarefa. Ser terapêutico é uma atitude que deve permear toda a conduta do enfermeiro frente a pessoa que passa por um episódio de sofrimento (físico ou psíquico). Dessa maneira é que há a inversão. A atenção ao paciente passa para o primeiro plano e a técnica que o aluno aprende ou que o enfermeiro executa passa a ser implementada para atender a uma necessidade do paciente e não a necessidade do profissional em executar uma tarefa.*

*Para que o enfermeiro (e nisso estão incluídos os docentes de enfermagem também) possa compreender essa inversão (que acreditamos não entra em choque com os princípios básicos da administração da assistência de enfermagem), ele precisa ter conhecimentos sobre a humanização da assistência, sobre seus valores pessoais a respeito do ser humano ou os valores que poderá agregar à sua conduta e finalmente, instrumentalizar-se para saber como agir terapêuticamente.*

*O presente estudo tem a pretensão de estar oferecendo, ao longo de cada capítulo, elementos para que o enfermeiro possa refletir sobre o saber e os valores da humanização*

*da assistência. Através da análise feita das observações das relações enfermeiro-paciente encontramos elementos para a instrumentalização das ações de enfermagem que pretende colocar o paciente no centro de suas atenções.*

*Acreditamos que o enfermeiro terá então uma atitude terapêutica quando puder ter claro qual o seu papel e em que bases teóricas está baseada a sua implementação.*

## **2) Relações Terapêuticas**

*O relacionamento terapêutico não acontece por acaso. O enfermeiro coloca-se à disposição de determinado paciente com o objetivo de ajudá-lo a elaborar uma problemática apresentada com sentido de aprofundamento e resolução.*

*Quando se fala em seguimento de enfermagem e seus resultados psicoterápicos pensa-se em fases, etapas, uma seqüência, enfim, um caminho seguido para se atingir o fim desejado. A esse respeito, temos visto as mais diferentes propostas na literatura das quais muitas já foram destacadas na tese de doutoramento de Rodrigues (1986, cap. 2), como os trabalhos de Peplau (1952), e Travelbee (1982), na enfermagem e muitos outros profissionais de áreas diversas como Rogers (1982), Muchielli (1978), Rudio (1990).*

*Entendemos que, tanto do ponto de vista tático como do ponto de vista do curso da relação de ajuda, há em todas as propostas terapêuticas, um início que se dá no encontro entre o que pede e o que oferece ajuda, há um curso que varia segundo o modelo adotado pelo terapeuta e, há o desfecho que ocorre quando foi atingido o objetivo proposto como foi realizado por Rodrigues (1986).*

*Sabemos que o seguimento de enfermagem deve ter um propósito, o de ajudar a pessoa que enfrenta uma doença, um episódio de sofrimento, uma crise. Entretanto, evitamos usar o termo processo no sentido utilizado pela enfermagem costumeiramente para que não pensemos neste trabalho com o ranço do modelo médico ou seja: coleta de dados, diagnóstico e prescrição de enfermagem. (Não queremos com isso questionar o valor do processo dentro do modelo médico - simplesmente, oferecemos outro modelo para reflexão).*

*Na linha compreensiva, abolimos as pré-noções de processo e propomos um conjunto de interações que colocam o paciente no centro da atenção para se atingir um objetivo: ajudá-lo a encontrar soluções para os seus problemas. Mesmo que pareça redundante, vale ressaltar que o enfermeiro deixa de preocupar-se com a técnica, em primeiro plano, para preocupar-se com o paciente que através de uma abordagem compreensiva pode ser ajudado.*

*Devido ao tipo de problema que pode ser trazido pela pessoa (de natureza íntima) e do tipo de interação que se estabelece (comunicação de pessoa a pessoa), pressupõe-se a necessidade de um local que favoreça o desenvolvimento desta relação. Deve ser tranqüilo, com o mínimo possível de ruídos ou interferências.*

*Como tratam-se de encontros programados é interessante que estejam bem claros o local, o horário e o objetivo do trabalho a ser desenvolvido. O enfermeiro, respeitando esses aspectos, valoriza seu trabalho e estimula o desenvolvimento do respeito e da confiança na pessoa que requer ajuda.*

*Queremos reafirmar que a relação de ajuda terapêutica, pode ser utilizada pelo enfermeiro tanto na psiquiatria como em qualquer outra especialidade; pode ocorrer dentro de hospitais, em ambulatórios ou na comunidade; pode ocorrer individualmente ou com grupos de*

*pacientes. Enfim, já aplicamos com pacientes internados e externos, especificamente com pacientes psiquiátricos, com crianças em unidade de emergência, em clínica médica e cirúrgica, com portador de hepatite, com problemas neurológicos, com alcoólatras, fissurados, egressos, mulheres em crises, mulheres mastectomizadas, com adolescentes, com idosos, dentre os quais podemos citar: Rodrigues (1986); Garanhani; Rodrigues (1992); Jorge; Rodrigues (1992); Pereira (1992); Pereira; Rodrigues (1992); Braga; Rodrigues (1992); Miron; Rodrigues (1992); Barbosa; Rodrigues (1992); Ivo; Rodrigues (1992); Scarelli; Rodrigues (1992); Lima; Rodrigues (1992). Em todas essas situações estamos tentando aplicar os conhecimentos através da prática das relações terapêuticas e analisá-las à luz dos conceitos teóricos que colocam o paciente no centro da atenção da enfermagem.*

*No atendimento à pessoa que requer ajuda, independentemente do curso que possa tomar o contato, cada pessoa nova deve ser recebida com cordialidade considerando-se que naquele momento inicia-se todo um processo de ajuda, ou em outras um processo com finalidade terapêutica.*

*O primeiro encontro tem uma característica diferente dos demais visto que ele tem 3 finalidades distintas porém concomitantes: diagnóstica, terapêutica e fixação de um contrato.*

*A finalidade diagnóstica engloba a fase de identificação mútua. É o momento de reconhecimento e de observação. Juntam-se as informações apresentadas por ambas as partes e as observações de dados primários captados pelos sentidos e reações instintivas do enfermeiro frente ao todo apresentado pelo paciente. Ainda aqui, é o momento em que o profissional concentra sua atenção na queixa expressa pela pessoa, procurando estar atento para as pistas oferecidas na comunicação verbal e não-verbal.*

*Na medida em que se pode ajudar a pessoa a clarificar suas idéias, a perceber com mais objetividade o que pode estar interferindo no seu funcionamento emocional, permitindo expressar sentimentos ou retardar colocações dolorosas que não seriam suportáveis nessa primeira vez, ouvindo-a atentamente com uma atitude positiva de calor, interesse e respeito, a relação está sendo terapêutica.*

*Não se espera, nesse primeiro contato, o estabelecimento de diagnósticos para se fazer prescrições das ações de enfermagem. Nem sempre é possível ter clara a definição do problema, embora já se tenha dados importantes para avaliar se podemos tentar prosseguir com o intuito de ajudar esta pessoa.*

*Embora a duração ótima de cada encontro situe-se em torno de uma hora, às vezes, é difícil interromper uma colocação perturbadora ou prorrogar uma sessão porque não completou o tempo determinado.*

*Antes de encerrar a primeira sessão é bom deixar bem estabelecida a fixação do contato. Deve-se clarear os dias, horários e local dos próximos encontros, assim como os objetivos ou o que se espera deste relacionamento.*

*Nem sempre podemos assumir de fato, o que em tese nos propusemos a realizar. Quando temos à nossa frente uma situação que não cabe profissionalmente ao enfermeiro resolver, devemos ter consciência do fato e fazer os encaminhamentos que julgarmos necessários, explicando ao paciente esta postura.*

*A pessoa que veio buscar ajuda o fez, com relutância ou não, e espera encontrar alguém que a ouça atentamente e que saiba o que está fazendo ali. Dessa forma, ele aceita a ajuda e compreende os encaminhamentos feitos pelo enfermeiro.*

*Por outro lado, o profissional é um ser humano, com sentimentos, emoções e sujeito a falhas, porém, deve ter tido oportunidades para conhecer-se e para manejar habilidades técnicas que servirão de suporte para que possa lidar de maneira sadia com suas emoções e as do paciente.*

*O desenvolvimento do relacionamento enfermeiro-paciente ocorre através de uma seqüência de encontros. Tomando por base o conjunto de comunicações que vão acontecendo, é possível ao enfermeiro, ir aos poucos identificando as necessidades da pessoa, a partir das quais, poderá implementar as ações de enfermagem.*

*Para a implementação dessas ações foi utilizado por Rodrigues (1986) o Modelo de Procedimento de Enfermagem de Saúde Mental (M.P.E.S.M.) para atender as 78 mulheres em crises acidentais, num ambulatório da periferia da cidade, ajudando-as a falar sobre suas dificuldades, explorando os aspectos envolvidos na situação, ajudando-as a examinar as possibilidades de solução e apoiando-as em suas decisões através da comunicação interpessoal.*

*Na relação de ajuda, o enfermeiro centra sua atenção no aqui e no agora comunicado pelo paciente. Não cabe a ele aprofundar os aspectos da personalidade do paciente e nem ter a pretensão de fazer análise. Importa ao enfermeiro ser terapêuticos, compreender as comunicações do paciente, identificando suas necessidades com base na realidade e agir procurando ampará-los nas suas decisões, orientando-o quando necessário. Enfim, ajudar a pessoa a encontrar soluções para as suas dificuldades.*

*A ajuda que hoje entendemos como terapêutica está baseada nos pressupostos já discriminados e comentados no capítulo II.2 (A relação de ajuda) desta tese e assemelham-se àqueles preconizados para psicoterapia breve e de apoio. Só para aproximar as idéias,*

*o enfermeiro que procura ajudar efetivamente deve ser merecedor da confiança do outro, ser expressivo, transparente, ter atitudes positivas, de respeito, de não-julgamento, de independência, aceitando-o como ele se apresenta. Todas essas atitudes somadas devem ocorrer através da comunicação interpessoal empática.*

*Muitas vezes, o enfermeiro estará tendo que tomar decisões. Para isto, ele precisa conhecer seu paciente, identificar suas necessidades e avaliar suas condições profissionais e pessoais de estar implementando ações para ajudar a resolvê-las mesmo que essas ações sejam, em certas ocasiões, o encaminhamento a quem possa ou deva executá-las.*

*Ao planejar e executar as ações de enfermagem, é preciso ter bem claro que o enfermeiro tem limitações profissionais e/ou pessoais. Ele precisa estar consciente de que há problemas que não poderá ajudar o paciente a resolver.*

*Alguns pontos importantes ainda merecem destaque. Mesmo o doente psiquiátrico, tem conservado muitas partes e funções sadias e a atitude do enfermeiro está sendo observada e avaliada. Frequentemente, o paciente expressa seu acordo ou desacordo frente ao que lhe é oferecido em termos de assistência. Se o enfermeiro não for capaz de admitir e/ou discutir seus erros ou falta de conhecimento, o relacionamento poderá ficar prejudicado. Por outro lado, é bom estar preparado para receber elogios ou atitudes de gratidão. Nesse tipo de interação, ambos influenciam-se mutuamente e chegam a se transformar.*

*Para Rollo May (1976), profissionais que lidam com pessoas precisam empenhar-se em compreendê-las pois o sucesso de seu trabalho depende disso. Isto vai ocorrer se o terapeuta participar e realmente interessar-se pelo outro.*

*Um profissional estável, esclarecido, preparado, com real interesse, com força*

*de vontade para vencer, transmitirá ao outro este estado em que facilita sua caminhada na luta pela resolução de seu problema (Rodrigues, 1986).*

*Para se obter esse nível de compreensão, o profissional utiliza-se de um instrumento que lhe permite reconhecer os sentimentos, emoções, desejos, conflitos e ansiedades contidas nas comunicações do sujeito, mesmo sem tê-los experimentado pessoalmente. Isto é empatia, ou seja, a habilidade de compreender o outro dentro do seu próprio sistema de referência. Ela ocorre por meios sutis, e requer alto grau de sensibilidade, um sentimento amoroso e um prazer em ser quem é somado à satisfação por ver no outro a realização, o crescimento, a resolução das dificuldades. Empatia não é simpatia nem identificação. A diferenciação entre a simpatia (= sentir com) Identificação (= sentir por) e Empatia (= sentir como se) parece deixar claro o que é e o que não é empatia.*

*A empatia ocorre muitas vezes e não nos damos conta disso. Segundo Rogers (1977), é um dos fatores mais importantes na promoção de mudanças e de aprendizagem. Para ele, ser empático é penetrar no mundo perceptual do outro e sentir-se totalmente à vontade dentro dele. Isto significa, deixar de lado nossos próprios pontos de vista e valores para entrar no mundo do outro sem preconceitos.*

*Este sentir precisa ser constantemente renovado, ou seja, transmitir ao outro o que sentimos do mundo dele e nos guiarmos pelas respostas obtidas. Nesse sentido, evitar misturar assuntos ou idéias pessoais e evitar impor ao outro qualquer coisa que ele não tenha expressado.*

*Quando uma pessoa é compreendida de maneira perceptiva, ela entra em contato mais próximo com uma variedade maior de suas vivências de forma mais livre e criativa*



(Rogers, 1977).

*Cada sessão (encontro) que chega ao fim é um passo para se atingir os objetivos iniciais e na direção de um término da relação de ajuda. Este seguimento pode-se dizer que compôs um processo que teve um início (fase inicial) um desenvolvimento (várias sessões de trabalho conjunto) e um encerramento (alta).*

*O término da relação pode se dar por vários motivos (alta da enfermagem, abandono, alta do médico, mudança). É interessante que se ajude o paciente a analisar, sem restrições, seus pensamentos e sentimentos a respeito de sua alta. Nessa análise, é bom comparar os progressos atuais reforçando ganhos obtidos e até supressão ou alívio de sintomas, em função dos objetivos propostos no início do processo.*

*Na medida em que todo o processo ocorreu com segurança e tranqüilidade, do ponto de vista técnico, o término evolui naturalmente para ambas as pessoas. Enfim, um paciente traz seus sintomas, suas necessidades, seus problemas. O enfermeiro ouve, ajuda o paciente a expressar-se, ajuda o paciente a pensar sobre seus problemas, ajuda o paciente a encontrar soluções para os mesmos, ajuda o paciente a tomar decisões...*

*O enorme poder terapêutico da relação enfermeiro-paciente depende de alguns fatores: personalidade, técnica e habilidade do terapeuta, assim como os conhecimentos que possibilitam uma conduta coerente com o trabalho que o enfermeiro dispôs-se a realizar.*

*Podemos deter-nos simplesmente na queixa do doente procurando uma solução rápida e eficiente para o problema partindo do nosso sistema de referência. Entretanto, quando nos preocupamos com o paciente que traz a queixa, procuramos compreendê-lo e ajudá-lo a encontrar soluções para o seu problema partindo do seu próprio sistema de referência. Quando*

*usamos as funções tradicionais, comportando-nos como um detetive, temos mais segurança e nos colocamos em posição de superioridade. O profissional deve ter resposta para tudo, o que é também excitante e recompensador. Mas, na relação compreensiva, espera-se uma sintonia tão perfeita que não haja riscos de incompreensão. Aqui, o paciente usa o terapeuta. Não é necessário fazer interpretações, nem ter respostas prontas, nem ser profundo conhecedor de psiquiatria ou psicanálise. É preciso sintonizar-se com o paciente e utilizar o conhecimento, na medida da necessidade.*

*Se temos uma teoria, ficamos presos a ela; se não temos uma teoria, é difícil observar. Porém, o conhecimento da teoria deve ser importante para nos dar a liberdade de observar atentamente o paciente e empatizar com ele.*

*O processo terapêutico não acontece nem no paciente nem no enfermeiro mas entre os dois, na comunicação interpessoal. Assim, podemos nos sentir liberados da tarefa básica de descobrir porque o paciente fala, sente e se comporta. Este, na hora exata poderá dar as respostas. Devemos observar como o paciente fala, pensa e se comporta e como isto lhe provoca sofrimentos. Devemos também observar o que ele é, o que busca partilhar de modo claro, obscuro ou confuso e o que o leva a querer nossa atenção. Assim, podemos ajudá-lo a encontrar seus próprios caminhos porque, enquanto ele vai aprendendo a ouvir-se a si mesmo, começa igualmente a aceitar-se; conforme vai exprimindo seus afetos e verificando no enfermeiro atitudes de aceitação e interesse, vai mostrando-se como realmente é e passa a crescer e criar de maneira construtiva.*

*Agora estamos munidos da visão do doente mental através dos tempos, da inserção da enfermagem nos vários modelos de assistência psiquiátrica, da visão do homem como centro das relações interpessoais na enfermagem. Estamos também munidos dos elementos básicos*

*Livre Docência*

*da comunicação intrapsíquica, interpessoal e terapêutica na enfermagem. Portanto, é o momento de apresentarmos a pesquisa das relações enfermeiro-paciente realizada através da observação do desempenho desse profissional em seu respectivo campo de ação.*

#### ***IV. OBSERVAÇÃO DAS RELAÇÕES ENFERMEIRO-PACIENTE.***

##### ***IV.1. Considerações metodológicas.***

*A ciência empírica, segundo Haguette (1990), é a escolhida para promover um conhecimento verificável sobre a vida ou a conduta humana. A realidade que existe apenas na existência humana deve ser procurada e verificada no mundo empírico. O objetivo é captar, analisar e aplicar imagens desse mundo utilizando-se métodos a ele subservientes, procurando não interferir com a ecologia dos fatos em si.*

*Para Nogueira (1964), o único ponto de partida para o conhecimento é a constatação dos próprios fatos, isto é, a observação.*

*A observação espontânea, aquela que o investigador faz naturalmente em contato com os fatos do dia a dia, prepara o terreno para a investigação sistemática. Assim, percebendo a ocorrência (ou ausência de ocorrência) de um fato que desperta sua curiosidade, que desperta indagações ou dúvidas, surge o interesse do cientista. Neste ponto, ele começa a procurar respostas. Se estas não estão disponíveis, acessíveis ou mesmo, não estão formuladas, o interessado vai delineando seu foco de interesse até a formulação de uma situação passível de investigação, ou seja, o investigador chega à formulação do problema. Torna-se então necessário definir como fazê-lo. Neste momento estamos justamente nos propondo a apresentar passo a passo, o percurso metodológico que utilizamos para responder às indagações a respeito da atuação do enfermeiro*

*psiquiátrico em suas relações interpessoais.*

*Para Freire (1986), a realidade concreta pode ser captada através de um conjunto de fatos, dados e impressões, dando-se na relação dialética entre objetividade e subjetividade.*

*A forma mais indicada para se captar a realidade do mundo empírico tem sido a observação, principalmente quando esta leva em consideração as situações naturais. Segundo Lindzey & Elliot (1968), as situações naturalistas, embora não exijam passividade do observador, pois são flexíveis e permitem intervenções, não devem destruir a naturalidade dos acontecimentos.*

*Portanto, manter a condição dos eventos naturais permite observações mais fiéis e resultados mais próximos da realidade. Dessa forma, o observador deve evitar criar qualquer condição que altere a naturalidade dos acontecimentos.*

*A observação tem por finalidade a coleta de dados. Através dela pode-se captar o sentido encoberto da ação humana pois as pessoas agem em função dos sentidos que o mundo circundante representa para elas.*

*A necessidade de captar o que acontece na relação enfermeiro-paciente tem por trás uma tentativa de diminuir a distância entre a teoria e a prática e, conseqüentemente, promover transformações.*

*O movimento entre a teoria e a prática vai promovendo a aquisição de conhecimentos e modificações nas ações das pessoas refletindo na prática profissional, estimulando novas buscas...*

*Isto vem acontecendo conosco. Desde nossos primeiros contatos com o paciente indagávamos: o que realmente o paciente necessita? O que o enfermeiro pode fazer para*

*ajudá-lo e que seja próprio de sua profissão?*

*Na assistência, inquieta-nos "o que fazer?" e, no ensino, "o que ensinar?" Entretanto, foi na pesquisa que encontramos o respaldo necessário para sistematizar a busca de respostas a esses problemas.*

*Ao questionar o papel do enfermeiro psiquiátrico, buscamos conhecimentos teóricos nas ciências humanas sobre papéis; pesquisamos entre os enfermeiros o que percebiam do papel do enfermeiro em ambulatório (Rodrigues, 1978).*

*Nesse interim, participávamos com outros profissionais, num ambulatório onde privilegiavam-se atuações à nível preventivo junto à população carente. Aos poucos, fomos direcionando a atenção da enfermagem psiquiátrica para um grupo de mulheres. Essa atuação estava dirigida para a saúde mental desse grupo de risco, quando apresentavam-se em crises.*

*Nesse desempenho, não nos satisfazia atender as mulheres. Queríamos realmente ajudá-las. Para isso, precisávamos de um suporte teórico que nos fornecesse uma abordagem orientadora das ações de enfermagem.*

*Assim, durante 10 anos, fomos investigando e tentando aprimorar a maneira de abordar a pessoa que precisava de ajuda (Rodrigues, 1986, 1989, 1991). Concomitantemente, fomos estudando e passando essas vivências e questionamentos através da docência. Nesse ensino, procuramos associar os conhecimentos da literatura à prática da enfermagem psiquiátrica especialmente junto a alunos dos cursos de especialização e pós-graduação.*

*A consciência dessa experiência é intencional, ou seja, reavivamos um fenômeno através das observações espontâneas e análise da atuação do enfermeiro.*

*Esse ir e vir foi sedimentando-se sobre uma abordagem humanista e um*

*desejo de compreender as relações interpessoais do enfermeiro com o paciente de uma maneira particular, sistemática e consciente. Sentíamos a premência de saber mais, de vivenciar mais e difundir a idéia da necessidade do enfermeiro pensar numa atuação compreensiva onde o paciente fosse o centro de sua atenção.*

*A metodologia de assistência de enfermagem psiquiátrica proposta por Travelbee (1982), levou-nos a sistematizar um modo de ajudar o paciente e a pessoa que necessitava de ajuda focalizado na interação pessoa-a-pessoa. Entretanto, o suporte teórico que clareou nosso caminho, na busca de uma atitude terapêutica enfermeiro-paciente, foi encontrado nos estudos de Carl Rogers (1966, 1977, 1982). A união dessas duas fontes de conhecimento foi possível através de nossa atividade de pesquisa mas, principalmente, da nossa atividade de ensino das relações interpessoais a nível de pós-graduação "sensu lato" e "sensu stricto".*

*Essa aproximação, permitiu-nos visualizar que o enfermeiro aprende a desempenhar um papel executando tarefas de enfermagem, respondendo às imposições da instituição onde atua. Porém, nessa atuação desempenha um papel voltado para a enfermagem e, não aprende a colocar a pessoa que precisa de ajuda no centro de suas atenções.*

*Foi surpreendente percebermos que o paciente é um elemento passivo e sujeito às regras do profissional e às normas institucionais. Mais surpreendente ainda, foi constatar a insatisfação dos profissionais com seu próprio desempenho e a ânsia de encontrar uma fórmula que os orientasse no caminho da humanização da assistência.*

*Nas falas dos alunos, todos já enfermeiros (docentes e/ou assistenciais) ficavam claras suas frustrações por perceberem que os pacientes acabavam aceitando suas orientações sem qualquer compromisso mais profundo ou, deixando de segui-los por não estarem de*

*acordo.*

*Muitas vezes, os enfermeiros diziam: "eu sei o que o paciente necessita", "eu sei como resolver seu problema". Mas, "ele não aceita", "ele faz que não ouve", "ele faz do seu jeito..."*

*Quando descobri que não bastava só propor-lhes uma rica bibliografia para entender as relações ou para saber como lidar, acrescentei a vivência prática através da qual cada aluno deveria experimentar OUVIR o paciente, descobrir o que ele sentia, queria, precisava. O resultado foi mais uma vez surpreendente. Nos momentos de discussão com todo o grupo, onde a teoria servia de suporte para identificarmos as ações centrando-as na pessoa e as atitudes terapêuticas do enfermeiro, o "insight" ocorria em toda a sua intensidade e profundidade. A soma das vivências e da análise (sem críticas de nossa parte, estimulando-os a pensar que de outro modo poderiam não ser terapêuticos) permitiu a cada aluno um conhecimento novo.*

*A riqueza dessa experiência extrapolou as barreiras do ensino e sentimo-nos impulsionados a programar pesquisas através das quais pudéssemos mostrar para mais pessoas o que entendemos das ações de enfermagem terapêuticas numa linha humanista onde a pessoa é o centro das atenções da enfermagem.*

*Dessa forma, tomamos como objeto de análise uma situação que contém os acontecimentos que desejamos estudar. Não o acontecimento em si mas, a natureza deste, afeita à nossa visão de interação terapêutica.*

*Focalizamos nossa atenção numa dimensão específica do comportamento do enfermeiro, ou seja, queríamos observar as ações de enfermagem e, se possível, destacar as ações não-diretivas nessas comunicações interpessoais.*



*Voltando ao procedimento metodológico, o pesquisador precisa determinar 1) qual comportamento será observado, 2) os termos que serão usados para representar a observação, 3) com qual frequência a observação será feita, 4) onde as observações ocorrerão. Para ele, o observador precisa ter uma descrição específica com a qual ele possa comparar sua observação para poder registrar o comportamento conscientemente. Para isto, determina o objetivo e a intenção, assim como procura conhecer os fatos significativos e os pontos envolvidos. Determinar ainda o tempo e os locais. Enfim, uma cuidadosa preparação e definição antes de iniciar a observação.*

*Existem duas estratégias básicas de seleção das observações: amostragem de tempo ou amostragem de eventos (Polit-O'Hara; Hungler, 1987).*

*No presente estudo, utilizamos predominantemente a amostragem de eventos, ou seja, para poder obter o máximo de interações dos enfermeiros num período pré-estabelecido, lançamos mão da observação direta numa coleta de eventos. Registramos todos os comportamentos do enfermeiro durante um período de 3 horas cada um. Para isto, a posição do observador foi móvel, ou seja, cada sujeito foi seguido durante um período de 3 horas ininterruptas enquanto exercia suas atividades rotineiras.*

*Fizemos observações moleculares - pequenas e específicas unidades de observação. Então, registramos todos os contatos do enfermeiro com paciente, com outros enfermeiros, com funcionários e com outros elementos da equipe multiprofissional.*

*Os sujeitos observados foram enfermeiros de:*

- a) 1 macro-hospital psiquiátrico (H.P.R.P.)*
- b) 1 ambulatório de psiquiatria (A.R.P.)*
- c) 1 unidade de internação psiquiátrica em hospital geral (H.C.R.P.)*

*d) 1 hospital-dia (H.C.R.P.)*

*a) O Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto é um hospital do tipo custodial com capacidade para 460 leitos para pacientes de ambos os sexos. Está subdividido em várias unidades para atendimento de pacientes agudos, crônicos, idosos e de clínica médica.*

*Havia nesta unidade 8 enfermeiros no dia em que iniciamos as observações sendo um deles o encarregado do serviço de enfermagem. Participaram do estudo 6 deles, pois dois estavam demissionários. Cada profissional era responsável por uma ou mais unidades inclusive o enfermeiro encarregado. Em função da escala de plantões e suas preferências pessoais fizemos uma escala para proceder aos acompanhamentos dos enfermeiros individualmente. Todos eles acederam prontamente e fizeram o maior empenho em colaborar conosco.*

*Nossas impressões naquele período sobre a unidade são de que houve, nestes últimos anos uma melhora acentuada no ambiente físico, nos aspectos de higiene e de conforto. Os enfermeiros, de um modo geral, são atenciosos com os pacientes e pareceram-nos bastante responsáveis tanto em relação aos pacientes quanto aos funcionários. Bom relacionamento entre os enfermeiros.*

*b) O Ambulatório Regional de Saúde Mental faz também parte da rede estadual de assistência à saúde mental. Trabalham com uma equipe multiprofissional. Tem atualmente um enfermeiro que executa sua tarefa junto a pacientes individualmente na triagem e outros atendimentos de enfermagem e com grupos de alcoólatras e de epiléticos. O atendimento básico da Unidade é medicamentoso.*

*Sentimos que apesar da presença de vários profissionais, o trabalho carece de*

*uma unidade, não existindo um verdadeiro trabalho de equipe. O enfermeiro pareceu-nos desestimulado para fazer um trabalho mais abrangente demonstrando estar realmente motivado com os grupos de epiléticos e principalmente o de alcoólatras.*

*c) Unidade de Internação do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto é uma enfermaria de atendimento psiquiátrico com capacidade para 18 pacientes. Durante o período de observação tinha por volta de 15 pacientes apesar das entradas e saídas. Contava no momento da observação, com 9 enfermeiros e uma supervisora de enfermagem. Segue o modelo médico de assistência porém usa técnicas de grupos operativos, reuniões de terapia ocupacional, reuniões de familiares e outras atividades programadas pela equipe e pacientes. Por ser um hospital-escola, além da equipe fixa, conta com grande rotatividade de profissionais e alunos de várias especialidades.*

*Notamos que todos estão voltados para o atendimento do paciente, segundo o modelo já citado. Embora as atividades estejam muito voltadas para o ensino, e muitas sejam realizadas em grupo que ocupam grande parte do tempo dos pacientes, nos horários livres, a equipe de enfermagem está sempre próxima do paciente. Percebemos que apesar das atividades de relacionamento interpessoal estarem bastante presentes, que, muitas estão centradas no enfermeiro e na instituição, além do que o enfoque medicamentoso ocupa espaço considerável.*

*d) O Hospital-Dia é também uma unidade do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Admite pacientes com condições de passar o período das 8 às 16 horas na unidade e depois irem para suas casas. Há uma triagem prévia discutida pela equipe para sua admissão. É também uma unidade de ensino portanto há grande rotatividade de pessoal de várias especialidades, além da equipe fixa. Há uma programação intensa de atividades grupais e a enfermagem participa ativamente, além de estar junto do paciente no ambiente o tempo todo. A enfermagem tem*

*participação nas decisões quanto ao tratamento e programação de atividades. São dois enfermeiros na unidade.*

*Percebemos muito respeito dos pacientes e de toda a equipe com relação ao trabalho do enfermeiro e ótimo entrosamento entre seus membros. Notamos também que apesar de todo o esquema de tratamento baseado nas relações grupais e individuais, o modelo médico combinado com os conhecimentos psicodinâmicos na comunidade terapêutica é a base da terapia.*

*Temos consciência das diversidades existentes entre as quatro unidades de assistência escolhidas para este estudo. Entretanto, não era nosso objetivo estudar diferenças, nem os motivos destas, nem tão pouco a influência de cada uma nas atitudes do enfermeiro. O importante neste estudo era captar fatos ocorridos na prática em maior quantidade possível e poder analisá-los em confronto com a teoria como veremos a seguir.*

### *Etapas da pesquisa*

#### *A - Observação prévia*

*Segundo Pollit-O'hara; Hungler (1987), nas pesquisas de campo, o investigador vai aonde o sujeito normalmente opera. Os dados coletados são inicialmente material narrativo baseado na observação. O pesquisador não precisa de hipóteses, basta uma área-problema.*

*Para nós, a área-problema estava claramente definida: queríamos captar*

*todas as interações dos enfermeiros que pudessem nos ajudar a identificar aquelas centradas na pessoa ou que nos permitissem perceber uma aproximação com a linha humanista de assistência.*

*Ainda estas autoras definem 3 etapas da pesquisa, ou seja, identificar o local, obter acesso às pessoas a serem estudadas e assumir um papel apropriado para poder observar e iniciar a coleta e registro dos dados desejados.*

*Todos os locais alvos das observações, eram conhecidos do observador, na qualidade de docente e pesquisador. Os locais escolhidos são campos de estágio para alunos dos cursos de graduação, especialização e pós-graduação em enfermagem. Dessa forma, os ambientes eram conhecidos tanto no que se refere ao tipo de tratamento oferecido ao paciente, a dinâmica de funcionamento dessas unidades, assim como o pessoal que neles atuam.*

*Essas informações são necessárias porém, a contextualização dos ambientes e mesmo as informações sobre os sujeitos tem utilidade periférica, apenas no sentido de posicionar o leitor desse estudo.*

*Entretanto, por não fazermos parte integrante do ambiente, tomamos alguns cuidados prévios e seguimos pelo caminho descrito a seguir:*

*1) Solicitamos à direção de cada instituição a autorização para freqüentar a unidade, explicando que tratava-se de uma pesquisa a ser realizada junto aos enfermeiros. Daí, o documento foi encaminhado às chefias de enfermagem e equipes de trabalho para conhecimento de todos os elementos atuantes inclusive (em 2 delas) dos pacientes em tratamento.*

*2) Num segundo momento, fomos pessoalmente às respectivas unidades de enfermagem expor novamente nossa intenção e estabelecer uma escala de observação entre os enfermeiros, com a precaução de marcar o dia da observação no respectivo plantão de cada sujeito.*

*Nesse contato, procuramos deixar claro que não estávamos avaliando suas atividades, nem julgando acertos e erros de suas atividades, mas que interessavam-nos algumas situações específicas que revelaríamos após completar a coleta dos dados. Foi esclarecido que esta postura era necessária para se evitar modificações em suas atitudes o que interferiria com os resultados almejados neste estudo.*

*Nessa fase, é importante que os sujeitos saibam de todos os detalhes possíveis. Por este motivo, explicamos que estaríamos acompanhando cada um durante o período de 3 horas, procurando interferir o mínimo possível com nossa presença. Informamos que estaríamos carregando 1 microgravador para registrar algumas situações de interesse assim como levaríamos uma caderneta e lápis para proceder a anotações de campo. A observação que ambos (pesquisador e sujeito) fazem um do outro, neste momento torna a fase seguinte mais confortável, evitando inibições dos sujeitos ou atitudes diferentes das habituais em função de estarem sendo observados.*

*3) Na coleta de dados propriamente dita, segundo Pollit-O'Hara; Hungler (1987), o observador acompanha cada sujeito durante um período pré-estabelecido, carregando consigo o gravador. Diz ainda que é importante que o observador não profira julgamentos, não obstrua ou bloqueie qualquer manifestação espontânea ou natural do observador. Nogueira (1964), também sugere que o observador deve evitar que suas próprias atitudes, opiniões e comportamento influenciem de maneira inconveniente a pesquisa, o que viria a alterar a realidade ou o fenômeno que se procura observar. Diz ainda que o fato de possuir interesses idênticos aos dos sujeitos e papéis bem definidos minimiza o impacto da presença do observador, embora ele nunca deixe de ser um estranho.*

*Segundo Lindzey e Elliot (1968), embora o observador perceba e seja*

*percebido, pelo fato das pessoas estarem funcionando em situações que lhes são familiares, eles são capazes de preocuparem-se com os eventos do cotidiano e sua presença poderá ser assimilada e chamar pouco a atenção. Conseqüentemente, o impacto do observador causa poucos danos ao fato natural. Esses autores citam vários estudos com o uso do gravador e concluem que este instrumento não provoca grande interferência e quando esta ocorre, seus efeitos estão localizados no período inicial da observação.*

*O fato de sermos uma enfermeira psiquiátrica, conhecida da maioria dos sujeitos, funcionários, outros membros da equipe e mesmo de alguns pacientes, diminui a distância cultural, aumenta as oportunidades de observação e a exatidão dos dados permitindo um equilíbrio entre as vantagens e desvantagens desse tipo de observação.*

*Algumas táticas são sugeridas por Lindzey e Elliot (1968) para se evitar a interferência, dentre as quais utilizamos a de não revelar a intenção exata do que estaria sendo observado. Nesse caso, o observador estava ocultando-se parcialmente. Admitimos estar fazendo observação com o uso do gravador porém, deixamos bem claro e obtivemos o consentimento pessoal de cada sujeito, de que não lhes revelaríamos o que estava sendo registrado até o final da coleta.*

#### **4) O registro**

*No momento do início de cada observação foi novamente explicado a cada sujeito nosso objetivo e confirmada a sua autorização para o registro dos dados, evitando assim expectativas indesejáveis.*

*O observador deve, segundo Blalock (1973), imunizar-se o máximo possível de pré-noções e coletar deliberadamente o maior número possível de fatos. Assim, procuramos não colocar restrições prévias durante a observação, tentando registrar todo e qualquer contato humano*

*do enfermeiro durante o período pré-estabelecido.*

*Todo registro de contato foi por nós considerado um "log"\* Para Pollit-O'Hara & Hungler (1987) os "logs" são registros detalhados dos eventos e conversações que ocorrem durante a observação.*

*As conversações, ou seja, as falas que ocorreram durante as interações dos enfermeiros foram registradas no gravador. Entretanto, os locais, as circunstâncias e demais detalhes que acompanhavam as interações, impossíveis de serem captados pela gravação, foram registrados em notas de campo ou diário de pesquisa.*

*Essas anotações têm por finalidade evitar o esquecimento de detalhes, a confusão de certos episódios e a perda de noção da ordem em que se passaram. Permite ser invocados: o que, onde, quando, quem, local, data e participantes, com maior realismo e precisão. O diário é um meio auxiliar e não um fim em si mesmo. Serve como ponto de referência, como elemento de orientação, aviva a consciência, suscita novas hipóteses. Além disso, permite descobrir omissões, distinguir elementos essenciais e acessórios, verificar se a observação flutuou ou evoluiu e a evolução geral. Permite ainda atentar para os diferentes modos de tratamento de que se torna alvo o pesquisador (Nogueira, 1964).*

*Qualquer situação tem propriedades que escapam à observação clara (Lindzey & Elliot, 1968) entretanto, sabemos que o sucesso da pesquisa está na dependência da qualidade dos "logs" e das notas de campo registrados.*

*Algumas dificuldades podem ser consideradas nesta técnica: o observador pode perder a objetividade, ou selecionar inapropriadamente eventos a serem registrados.*

---

*\* Log = diário de bordo.*



*Escolhemos o período de julho/agosto para fazer a observação de todos os enfermeiros, registrando todas as interações ocorridas entre o enfermeiro e a outra pessoa (paciente, funcionário, enfermeiro ou outro profissional da equipe) durante o período pré-estabelecido (3 horas para cada sujeito). Com este curto intervalo de tempo e esta dinâmica tentamos evitar envolvimento nas respectivas unidades e desvios para situações periféricas fixando assim nossa atenção nos aspectos relevantes da pesquisa. Esse tempo (3 horas com cada sujeito) pareceu-nos adequado para registrar interações em número suficiente para a análise. Além disso, acreditamos que um tempo maior poderia provocar desgastes tanto a nível do pesquisador como dos enfermeiros. Devido a limitação que estabelecemos de tempo, cuidamos para nos atermos ao que era rotineiro e natural embora saibamos que as observações são vulneráveis a falhas da percepção humana.*

*Chamou-nos a atenção, entretanto, que nossa presença preocupou menos os sujeitos que estavam sendo observados do que alguns pacientes comprometidos com idéias delirantes ou de referência que manifestaram maior interesse pelo gravador tanto confundindo-o com um rádio como manifestando suspeita de ter ligação com investigação policial.*

##### *5) Devolução para os sujeitos*

*Ao final da coleta de dados, em cada local, procuramos informar verbalmente aos sujeitos que estivemos coletando interações do enfermeiro com pacientes, funcionários, enfermeiros e outros membros da equipe e utilizá-las num estudo das relações centradas na pessoa.*

*Não houve qualquer recusa em prosseguirmos o trabalho, ou seja, proceder à análise do material registrado. Para formalizar nossa participação, encaminhamos à cada unidade um ofício agradecendo a colaboração dos enfermeiros e todos aqueles com quem interagiram explicitando os objetivos deste estudo.*

*Assumimos ainda, o compromisso de retornar com o material analisado para dar-lhes um "feed-back".*

*Esse procedimento permitiu-nos a conclusão dos trabalhos sem problemas éticos.*

#### **6) A análise dos dados**

*Inicialmente, procedemos a transcrição de todas as fitas gravadas com a ajuda de uma enfermeira e uma aluna do curso de graduação em enfermagem. Fizemos uma revisão cuidadosa de todas as gravações antes de trabalhar os dados.*

*O passo seguinte foi a leitura de todo o material para maior familiarização com as situações registradas. Na leitura seguinte fomos assinalando lateralmente todas as situações de interação enfermeiro-paciente.*

*A partir daí, fizemos uma primeira categorização das situações encontradas onde houvesse comunicação enfermeiro-paciente. Selecionamos apenas as interações individuais e optamos por não analisar, neste momento, as interações grupais nem as interações do enfermeiro com o pessoal de enfermagem e nem com a equipe pois achamos que ampliaria desnecessariamente esta análise (esse material está registrado e será utilizado em análise posterior).*

*O passo seguinte foi voltar à teoria dos capítulos anteriores deste estudo e comparar as categorias encontradas nos registros. Nesse momento, percebemos que poderíamos reuni-las em 3 grupos:*

**A** - *Ajudando o paciente através das relações interpessoais.*

**B** - *Interferindo nas relações interpessoais - atitudes não-terapêuticas.*

**C** - *Fatores que afetam a comunicação nas relações interpessoais.*

*Novamente relemos o material registrado, só que desta vez, pinçando as interações ilustrativas de cada categoria selecionada. Uma nova leitura nos permitiu confirmar o que estava pinçado, e acrescentar outras que nos deixaram em dúvida nas leituras anteriores.*

*Só a partir desse passo, iniciamos a análise dos dados associando as interações registradas em campo com os comentários e inserções da teoria.*

#### ***IV.2. Análise da relação enfermeiro-paciente***

*Neste momento, pretendemos colocar lado a lado as observações das relações interpessoais do enfermeiro captadas do seu desempenho profissional em confronto com os conhecimentos teóricos divulgados na literatura sobre as relações interpessoais. Analisando os fatos que apontam a direção da prática atual, as reflexões poderão indicar caminhos para a humanização da assistência de enfermagem.*

*A comunicação, conforme já descrita em detalhes no capítulo IV, permite ao enfermeiro aproximar-se das pessoas ao seu redor, no exercício de suas atividades profissionais.*

*Entretanto, o enfermeiro, muitas vezes comunica-se com o paciente sem que isso se reverta em benefício mútuo e sem que ele próprio sinta-se satisfeito ou seguro das ações que efetua.*

*Por este motivo, vamos passar agora a focalizar alguns pontos das relações interpessoais para facilitar nossa reflexão. Não pretendemos com isto estabelecer regras ou criar modelos, mas oferecer material para que o profissional faça suas próprias reflexões à respeito da*

*assistência de enfermagem.*

*Como vimos em capítulos anteriores humanizar nossas relações com os indivíduos é um empreendimento bastante complexo. Complexo porque somos pessoas e vamos interagir com pessoas. Somos pessoas que temos uma determinada formação cultural e uma única e inimitável personalidade.*

*Dessa maneira não basta querer, de um momento para outro, sair de uma postura de "donos da verdade" para uma atitude de aceitação do outro como ser humano que pensa, sente e reage de um modo único e inimitável.*

*Para chegarmos a ter uma atitude profissional de pessoa-a-pessoa, cremos que seria bom aprender, em primeiro lugar, a nos conhecer como pessoas.*

*Nos conhecer como pessoas implica em buscar dentro de nós a fonte do amor, conhecer nossos sentimentos, nossas tendências, nossos impulsos, nossas emoções, nossos conflitos, etc. A partir desse conhecimento passamos a ter mais consciência, melhor discernimento a respeito de nossas atitudes e a nos enxergar a nós mesmos como pessoas. Se somos pessoas íntegras e conduzimos nossas vidas no sentido de crescer e viver construtivamente, tenderemos a estender essa atitude positiva em relação às pessoas com quem convivemos e às situações com as quais nos deparamos no dia a dia.*

*Entretanto, não nos satisfaz estarmos felizes e satisfeitos conosco. Precisamos compartilhar e transcender nossa felicidade com as pessoas ao nosso redor. Para que consigamos viver em sociedade (porque o homem é um ser gregário), precisamos ter consciência da realidade e vivermos em consonância com os fatos e acontecimentos do local e do momento do nosso viver. Dessa forma, seremos capazes de dirigir nosso comportamento de forma a enfrentar as*

*dificuldades que se-nos-apresentam e vibrar com nossas realizações, analisando adequadamente cada situação, reagindo coerentemente frente a cada uma delas, respeitando a nós mesmos e aos demais.*

*Mas a vida é vivida a cada instante. Cada instante é único e estamos sujeitos tanto às alegrias como aos revezes da existência humana. Assim, para estarmos tranqüilos com relação ao nosso existir é necessário termos como suporte algo que nos ajude a explicar o sentido da vida e da morte, ou seja, da nossa existência. Precisamos encontrar um sentido para esta vida.*

*Com estes atributos, tão explorados por filósofos de todos os tempos e usados por alguns enfermeiros através dos estudos de Travelbee há mais de 20 anos podemos nos aproximar dos conceitos rogerianos sobre o ser humano, as relações interpessoais e de ajuda.*

*Nas relações interpessoais, quando se tem por base que cada ser humano é único, com uma tendência positiva no sentido de crescimento e do equilíbrio, nos deparamos com uma tarefa complexa.*

*Se aceitamos que cada ser humano é único, nossa melhor atitude será de aceitá-lo tal como ele se apresenta a nós, física e emocionalmente. Essa aceitação pode ser algo que ocorre espontaneamente ou ser uma meta a se alcançar conscientemente. Aceitar a pessoa do paciente não implica em aceitar todo e qualquer comportamento que ele manifeste. Há uma atitude básica de se predispor a aceitar todas as pessoas sejam elas sadias ou doentes, ricas ou pobres, brancas ou negras... No entanto, somos seres humanos como qualquer outro e reagimos frente às nossas emoções e às regras da nossa sociedade.*

*Assim, seria violentar-nos dizer que tudo o que o paciente manifesta deve ser aceito. Se estamos na posição de ajudar o paciente a crescer, a transformar-se, a amadurecer isto*

*significa que algumas coisas podem estar desequilibradas, distorcidas, desordenadas e por isso ele precisa de ajuda. Aceitando a pessoa como ser humano falível e em crescimento, a atitude mais adequada será a de ajudá-lo a encontrar caminhos que o coloquem numa direção positiva da sua vida. Se aceitamos simplesmente tudo o que ele manifesta, nada temos a fazer e não temos como ajudá-lo. Além disso, ele não poderá confiar em nós pois nada pode esperar da nossa parte.*

*Nesse caso, dois pontos são básicos. Conhecendo nossas reações frente ao comportamento apresentado pela pessoa fica mais fácil sabermos o que naturalmente aceitamos e o que nos impede de aceitá-los. Em segundo lugar, ter consciência dos limites que deverão estar presentes durante a convivência com ele ajuda tanto o enfermeiro quanto o paciente a ter mais consciência da realidade e caminhar numa direção positiva. Exemplificando: Aceitar a pessoa que apresenta idéias suicidas não significa aceitar participar das tentativas por ela empreendidas. Isto é, nossa atitude compreensiva pode ajudá-la a entender a sua atitude, compreender seu comportamento e ajudá-la a encontrar modos de lidar com suas dificuldades de forma positiva e que não a destruirão. Se acreditamos que o indivíduo tende ao equilíbrio, e tem um núcleo positivo supomos que sua atitude destrutiva emerge por falta de outra opção. Assim, se o aceitarmos como pessoa e nos dispusermos a ajudá-lo a encontrar saídas construtivas, provavelmente ela responderá positivamente a seu próprio favor.*

*Outra situação. Um paciente obeso. Não tem relevância se ele é gordo ou magro. Importa-nos sim a pessoa que está diante de nós e se o fato de estar obeso constitui-se em problema para ela. Essa pessoa pode estar apresentando um desequilíbrio físico e/ou emocional para apresentar-se obeso. Ela pode estar tentando encontrar uma saída para o seu problema. Nossa atitude de aceitação de sua pessoa poderá ser o primeiro passo no caminho da descoberta das suas*

*motivações para apresentar-se neste estado e para a busca de saídas que o ajudem a conviver com o problema ou encontrar formas de livrar-se dele.*

*Nossa atitude de aceitação, entretanto, não será efetiva se for condicional: "Eu vou aceitá-lo se...". O comportamento de aceitação procura não incluir qualquer ameaça ou condição. Se não aceito a pessoa independentemente do problema que ela apresenta, fica muito difícil ajudá-la. Mas, se aceito que tenho diante de mim uma pessoa que precisa de ajuda e analiso aqueles aspectos que despertam em mim sentimentos de rejeição, irritação, raiva, medo, ou outro, posso ter uma atitude consciente de perceber se, apesar disso, posso ou não ajudá-la na sua dificuldade.*

*Digamos que eu conheça minha dificuldade em lidar com pessoas idosas e escolho trabalhar com crianças. Em princípio resolvi meu problema. Neste trabalho, vez por outra, vou deparar-me com avós aflitos e preocupados, responsáveis pelas crianças aos seus cuidados. Como vou lidar com isso? Como vou ajudar as crianças? Excluindo seus avós de suas vidas? Certamente que não.*

*Nossa atitude de aceitação deveria ser incondicional mas é claro que isso nem sempre é possível. O interessante é que quando não aceitamos uma pessoa ou algum aspecto do seu comportamento isto pode não ser percebido por nós, mas, se prestarmos atenção nas manifestações do outro poderemos nos dar conta de que ele percebeu. Vejamos este "log" extraído das observações do presente estudo.*

.....

"E\* - *Eu não gosto de conversar por perguntas. Me irrita. Não gosto.*

P\*\* - *Posso falar?*

E - *Pode.*

P - *Posso fazer 1 pergunta?*

E - *Pode.*

P - *Oh Deus, me ajuda...*

E - *Você tem que se ajudar também.*

P - *Acho que estou perturbando as pessoas."*

*Neste trecho o enfermeiro verbalizou sua irritação, seu desagrado. Entretanto, não sabemos se ele o fez com a tranqüilidade de quem conhece suas emoções e limitações. Mas pela sua resposta a seguir, notamos uma certa ambivalência pois "permite" ao paciente fazer aquilo que o irrita. O paciente, sem dúvida percebeu que não estava sendo aceito, pediu ajuda a Deus. Imediatamente a seguir, o paciente consegue superar sua atitude demoniada manifestando a percepção de que estava incomodando as pessoas. Além disso, a primeira fala da E. provocou uma ruptura na comunicação e o P. sentiu necessidade de "pedir autorização" para prosseguir.*

*Como dissemos acima, nossas atitudes são imediatamente percebidas pelo outro e este outro é o instrumento mais apropriado para nos mostrar seus efeitos.*

---

\* Enfermeiro = E.

\*\* Paciente = P. Os nomes próprios e iniciais que ocasionalmente aparecem no texto são fictícios: Ana, José, M., J., L., A., R.



*Em contrapartida, uma pequena amostra de interação enfermeiro-paciente pode nos mostrar uma atitude positiva de valorização da pessoa, demonstrando a aceitação do enfermeiro. Devo acrescentar que a expressão do E. era alegre e coerente como sua fala.*

.....

"E - Oi, J.!"

P - Oi!

E - Você tá bonito, heim?

P - Você achou?

E - Claro. A calça ficou ótima pra você."

*Quando falamos de sentimentos positivos, estamos nos referindo a atitudes de calor, atenção, afeição, interesse e respeito para com o outro. As atitudes positivas nos aproximam das pessoas, quebram o gelo, diminuem a impessoalidade e demonstram aceitação do outro e de nós mesmos. Alguns "logs" extraídos da observação de interações enfermeiro-paciente podem nos ajudar a entender melhor esse aspecto.*

.....

"P - Eu vou, eu vou.

E - Estou tentando te ajudar.

Aluno de E. - Vamos abraçados...

(abraçou o paciente e este aceitou...)"

.....

"P - *Vem cá, tia.*

E - *Ana.*

P - *Ana. Se eu esquecer?*

E - *Não tem importância. Eu falo de novo.*

P - *Tá bom..."*

.....

"E - *Seu organismo está reagindo bem com esta medicação, né?*

P - *É.*

E - *Você está quase totalmente normal.*

*Então está ótimo. O importante é que você melhorou bastante, né?*

P - *É."*

.....

"P - *Eu estou te perturbando? Estou extrapolando.*

E - *Não. Apesar de você estar ainda meio confuso, você não está me perturbando, nem extrapolando. Continue."*

.....

"E - *Você tomou banho e ficou bonito, J.*

*P - Fiquei bonito?*

*E - Ficou sim. Agora seria bom você pentear o cabelo.*

*P - Cadê o pente?*

*E - Penteou? Ficou ótimo. Põe o pente ali."*

*Nesses exemplos mostramos que os enfermeiros estão abertos à experiência oferecendo calor, acreditando na melhora, dispondo-se a ajudar os pacientes em suas dificuldades, estimulando seu lado sadio. Dá para visualizar ainda que está sendo valorizado o indivíduo no presente, com perspectivas positivas para o futuro. A expressão dos sentimentos positivos do enfermeiro demonstra sua confiança no ser humano e disponibilidade para estar ao seu lado.*

*No texto abaixo mostramos um paciente com dificuldades na comunicação verbal. O enfermeiro, demonstrando interesse por ele e disponibilidade em ajudá-lo conduz a interação sempre procurando entender suas falas e seus sentimentos embora que várias vezes tenha emitido juízos de valor. O paciente respondeu positivamente à comunicação do enfermeiro. Quando aceitou o convite para ir até lá fora ver o que estava acontecendo o fez de maneira tranqüila e expressão alegre.*

*.....*

*"E - Oi J., você não está com calor com esta coberta? Tá com frio?*

*P - Um pouquinho.*

*E - Está com preguiça? Depois do almoço dá uma preguicinha na gente, né? Dá vontade de deitar, né?*

*(Silêncio)*

*E - Tá bom?*

*P - Tá.*

*E - E a família? Não veio?*

*P - É hora de visita?*

*E - Você está debaixo da coberta e não tá percebendo que é hora de visita.*

*P - Já veio alguém?*

*E - Tá cheio de gente.*

*P - Os meus não vem, eu pedi...*

*E - Você pediu para eles não virem?*

*P - Tô bravo com eles.*

*E - Você tá bravo com eles?*

*P - (incompreensível)*

*E - Porque você xingou sua família.*

*(incompreensível) O enfermeiro insiste.*

*E - Eles não deixam você ir embora?*

*P - Ah.*

*E - Mas o que precisa acontecer prá você ir embora? Qual é o momento para o paciente ir embora? Hã?*

*P - (incompreensível)*

*E - Não tá dando pra eu entender. Você acha que você está bem?*

*P - Mais ou menos.*

*E - Mais ou menos? Dá prá você saber, né?*

*P - Dá pra ir embora. Não tenho nada.*

*E - Você acha que não tem nada? Porque você foi internado aqui?*

*P - Não sei...*

*E - Você foi internado aqui porque você estava confuso em casa, estava agressivo, né? Você não falava coisa com coisa. Você veio para ser tratado aqui. A partir do momento em que essas coisas forem melhorando: o apetite, o sono, a agressividade, a confusão, você vai para casa... E mesmo que você vá pra casa você continua fazendo seguimento aqui no ambulatório, retornos para saber como você está em casa, como você está se saindo lá fora. Acho que seria importante você ficar e estar aproveitando o tratamento e ir embora no momento em que realmente estiver bem.*

*P - Mas eu estou bem...*

*E - É, acho que a vontade de ir pra casa tá maior, né R.? Acho que isto é bom. É bom você querer ir para casa. Aqui é um lugar pra você ficar um tempo, e se tratar não é para morar o tempo todo. Depois, você vai pra casa, tá certo?*

*(Silêncio)*

*E - Eu acho que está um pouco quente pra você ficar debaixo do cobertor. Era bom você tirá-lo e ficar só com o lençol. Acho melhor ainda você ir lá pra fora e ver o que está acontecendo. O que você acha?*

*P - É eu vou."*

*Queremos aqui chamar a atenção para um detalhe de capital importância.*

*Poderíamos apresentar uma vasta lista de frases que poderiam ser consideradas positivas para se dizer às pessoas. Existem até livretos de frases de amor, de interesse, etc que poderíamos copiar. No entanto, uma atitude positiva é muito mais que uma frase colocada. Não há frase que substitua um olhar afetuoso, nem um aperto de mão caloroso, nem um abraço protetor. A atitude positiva é a manifestação do comportamento verbal e não-verbal. É a congruência entre o que fazemos e o que gostaríamos de estar fazendo naquele momento, naquela situação. É sermos nós mesmos e estarmos bem por assim sermos. Essa coerência de sentimentos transparece em nossas atitudes. Nosso comportamento captado pela outra pessoa que provoca respostas segundo o seu próprio modo de interpretá-lo. Portanto, quanto mais coerente e sem ambigüidades for nossa comunicação com o outro, maior será a chance de que esta seja corretamente interpretada.*

*A situação apresentada na seqüência parece ilustrar essa questão da ambigüidade no comportamento. O enfermeiro vinha há uns 10 minutos falando para o paciente tentar fixar-se num tema porque o pensamento dele mudava rapidamente de um assunto para outro, sem se fixar. Quando o paciente descontraíu-se um pouco, chegando até a rir, o enfermeiro não soube ser coerente e expressou fazendo perguntas, não fixando-se no tema que o paciente estava levando adiante. O enfermeiro expressou sua ambigüidade o que provocou a interrupção da comunicação.*

.....

"P - O que é cogumelo?

E - O que é?

P - Estou entendendo. O que é sapo?

E - *Animal. Mas, vamos voltar ao cogumelo.*

P - *Alimentação natural. Tem cogumelo venenoso também?*

E - *Você tá perguntando isso porque? Com que finalidade.*

*(O paciente voltou a falar baixo e incompreensível)".*

*Neste caso, percebemos o enfermeiro estimulando verbalmente uma atitude do paciente, porém seu ato contínuo foi fazer exatamente a mesma coisa que o paciente fazia anteriormente. Interrompeu o fluxo que se estabelecia na comunicação, introduzindo uma questão: porque?*

*Outro trecho de interação gravada neste estudo vai nos mostrar que podemos nos comunicar com o mínimo de ambigüidades mesmo quando não podemos resolver o problema que o paciente nos apresenta. Nesse caso o enfermeiro foi coerente e o paciente contentou-se, naquele momento.*

.....

"E - *Você está tranqüila?*

P - *Tô.*

E - *Diferente de quando você se internou.*

P - *É. Domingo eu estava nervosa. E minha alta?*

E - *Sua alta não está assinada embora esteja programada. Provavelmente será amanhã, mas não tenho certeza. Não posso afirmar.*

P - *Assim que estiver você me fala?*

E - *Claro que sim."*

*A coerência que apresentamos em nosso comportamento de ajuda será captada pelo outro, segundo o seu referencial. Portanto, uma atitude aberta, calorosa poderá ser corretamente entendida por aquele que dela se beneficia. Os "logs" destacados das interações gravadas podem nos dar uma idéia desse "dar e receber" nas relações humanas.*

.....

"E - *Bom dia... Tá boa? (pega na mão da paciente carinhosamente). Tá com a mão fria. Vamos esquentar.*

P - *Oh! Essa não esquenta nunca.*

E - *Me dá um abraço... Sente aqui no banco comigo e me conta..."*

.....

"P - *Elas são muito delicadas... dão até doce prá gente. Café toda hora. Quem não quer?*

E - *Tá muito bom.*

P - *Eu fico muito agradecida."*

.....

"E - *Você quer falar alguma coisa?*

P - *Você é uma pessoa que eu amo. Você vai me entender...*

E - *Parece que está difícil pra você...*



*P - Eu falo pau é pau... Prá que que serve? Sofrimento. (Silêncio) Que morre... (fala incompreensível) Não sei quem é minha mãe, nem quem é meu pai..."*

*Na atitude do enfermeiro transparece a disponibilidade de ajudar, o interesse pela pessoa e a abertura para dar e receber afeto. As comunicações das pacientes confirmam que estão recebendo e entendendo sem ambigüidades o que o enfermeiro está querendo lhes oferecer.*

*Importante ressaltar que essas relações pessoais e afetivas não tiraram o enfermeiro de seu papel profissional. Sabemos que há toda uma discussão em torno desse fato como já foi lembrado nos capítulos II e III deste estudo. Mas só para lembrar, Rogers (1982, p. 52) cita a influência das teorias da aprendizagem que preconizavam que o objetivo do terapeuta consistia em permanecer impessoal e para ele essa atitude explica o fracasso do método.*

*Muitos segmentos da enfermagem, até os dias de hoje, aceitam e até incentivam a impessoalidade nas ações profissionais. Para Rogers (1982), se "minhas atitudes consistem em recusar-me como pessoa e em tratar o outro como objeto, elas não têm grandes probabilidades de servir para alguma coisa".*

*Quando tratamos as pessoas como objetos, nos colocamos na posição de superioridade em relação a estes. Essa atitude de superioridade não leva em consideração os sentimentos e as atitudes da outra pessoa. Por outro lado, é bom lembrarmos que "ninguém conhece ninguém totalmente" pois cada indivíduo é único e ninguém o conhece melhor do que ele mesmo, como dizem os rogerianos. Nos dois exemplos a seguir, é possível perceber que os enfermeiros equivocaram-se na interpretação dos comportamentos dos pacientes. Nos dois casos, os pacientes comunicaram suas impressões pessoais, seus pontos de vista, suas interpretações do fato. Para*

*evitar equívocos, é importante o enfermeiro lembrar que a "comunicação exata da experiência requer um procedimento constante de clarificação e validação" (Travelbee, 1982 p. 48). O enfermeiro que supõe que entende de tudo o que o paciente está comunicando, embora coloque-se na postura de tentar entendê-lo o mais profundamente possível corre o risco de equivocarse. Para certificar-se de que entendeu corretamente a mensagem emitida pelo outro, costuma-se colocar pra este a sua compreensão, obtendo assim um "feed-back" confiável, pois a comunicação vem da própria pessoa que expressou a idéia.*

*Se o enfermeiro percebe e aceita, fica aberto o canal para prosseguir a interação. Entretanto, se ele insistir em seu ponto de vista poderá provocar uma ruptura na comunicação entre ambos. Vejamos o seguinte "log":*

*.....*

*"E - Teve outras vezes?*

*P - Acho que foi umas duas vezes.*

*E - Não foi a primeira vez, né? E nessas vezes você estava pensando em dormir?*

*P - Dormir.*

*E - Nunca pensou em tirar sua vida?*

*P - Não. Só em dormir."*

*.....*

*"E - Escuta P. não precisa vir em cima. Porque você vem pra cima dos outros? (Segurando o*

*paciente com a mão)*

*P - Tô com medo da minha mãe. Ela pega o chinelo e me põe de castigo. Ela me deu uma chinelada e me pôs de castigo.*

*E - Isso é coisa da sua cabeça, não é não?*

*P - Não é não. Faço maldade até debaixo d'água. Faz chorar..."*

*A partir então da informação do outro podemos conhecer sua experiência tal como ele a vê e nos aprofundarmos na busca da compreensão, ampliando o conhecimento que nos propiciará ajudá-lo nas suas dificuldades. Essa ajuda, poderá então ser efetiva se centrarmos nossa atenção na comunicação da pessoa que requer ajuda.*

#### *IV.2.a. Ajudando o paciente através das relações interpessoais*

*Uma relação de ajuda, como vimos, implica em mudança, em transformação. Embora a mudança ou a transformação nem sempre ocorram sob nossos olhos, podemos estar contribuindo para desencadear o processo, para estimular sua continuidade, para reforçar seu andamento ou simplesmente podemos impedir que a pessoa caminhe nessa direção.*

*Assim, vamos analisar ponto por ponto, os momentos positivos e os negativos da comunicação entre o enfermeiro e a pessoa que precisa de ajuda.*

*Como diz Rogers (1982) são nossas atitudes, mais do que o conhecimento e a capacidade técnica do terapeuta, as responsáveis pelo sucesso do nosso trabalho. Assim, quando a*

*pessoa encontra alguém que a ouve e aceita seus sentimentos vai, pouco a pouco, tornando-se capaz de ouvir-se internamente e a ter consciência do que sente quando então, começa a abrir-se para o que se passa consigo e ao seu redor.*

***- Ajudar o paciente a expressar-se verbalmente***

*Geralmente, a pessoa que precisa de ajuda, segundo Rogers (1982), apresenta-se num ponto em que a experiência é construída em quadros rígidos captados como fatos exteriores.*

*Essas pessoas querem ajuda, porém nem sempre conseguem expressar uma necessidade e, via de regra, estão carregadas de ansiedade afastando-se dos contatos pessoais.*

*Afastam-se das pessoas por não conseguir confiar nelas, por apresentarem bloqueios internos, por estarem amedrontadas. Trazem consigo, muitas vezes dificuldades para reagir frente às situações presentes já que o passado imprimiu-lhes determinados comportamentos que estão enraizados.*

*Quando a pessoa está com maiores dificuldades para expressar-se verbalmente, podemos nos deparar com longos períodos de silêncio, de falas incompreensíveis, de murmúrios ou incoerências na linguagem. É difícil para o enfermeiro penetrar na interioridade do paciente que não se comunica tendo que contar com dados apenas de sua observação exterior.*

*Nessa fase de pouca expressão verbal é bom lembrarmos que o paciente mesmo não estando verbalizando, acompanha, observa e analisa tudo o que acontece ao seu redor. Por este motivo, nosso comportamento (verbal e não-verbal) está sendo alvo de sua análise pessoal.*

*Assim, quando o paciente sentir que pode confiar em nós, começará a expressar-se verbalmente. Aceitá-lo com suas dificuldades de expressão é uma forma de demonstrar que ele pode confiar em nós.*

*Para Travelbee (1982, p. 70), é tarefa do enfermeiro estimular (não forçar) o paciente para expressar-se verbalmente. Para ela, a expressão verbal permite ao outro conhecer-se melhor, identificar seus problemas, confrontá-los com a realidade, considerar alternativas e experimentar novos comportamentos.*

*Observando as interações dos sujeitos deste estudo destacamos alguns "logs" para os comentários pertinentes.*

*Paciente com olhar parado, olhos saltados, fixados na enfermeira. A boca movimentou-se levemente e não foi possível ouvir nada.*

.....

*"E - R. Fale mais claro, não consigo entender. Está nervoso?... Tente falar... (silêncio).*

*P - ... contido (quase imperceptível)*

*E - Então vamos para o seu leito.*

*(O paciente foi à frente, deitou-se e ficou em posição de contenção)*

*E - Você quer se cobrir? (sinais afirmativos) Você está ouvindo vozes? (sinais afirmativos)*

*Querendo agredir? Tenta falar com a boca... (Silêncio)*

*P - Vozes (Quase imperceptível)*

*(Efetuada a contenção o paciente parecia mais tranqüilo. Fechou os olhos)*

*E - Eu vou deixar você quieto um pouco e já volto. Assim que você se sentir melhor eu te solto."*

*O paciente encontrava-se em fase de intensa auto-agressão, ouvia vozes e, nesses momentos, sentia que ia descontrolar-se e obedecer a esse comando interno. Como já ocorrera em outras situações, ele preferia ficar contido até melhorar. Fora dessas crises, era possível estabelecer interações com comunicação fluente.*

*O caso seguinte é de um paciente obeso que só expressava-se quando bem próximo de outra pessoa e só se fosse abordado. Nesse dia, estava chegando do final de semana com a família. A enfermeira enquanto verificava seus sinais vitais foi estimulando-o a falar.*

.....

"E - Como foi ontem em casa?"

P - Tudo errado.

E - Tudo errado?

P - Tinha muita coisa boa em casa.

E - Tinha muita coisa boa em casa? Não deu pra controlar? Você fez o possível, né?

P - Não. Comi bastante mesmo. Mas tá bom. Pior é sair daqui, comer 2-3 cachorros-quente. Aí, não controla mesmo.

E - Sua pressão arterial está normal: 11 x 8."

*Entretanto, é muito comum o enfermeiro aproximar-se do paciente para colher sangue, verificar sinais vitais, administrar-lhe medicação ou outros cuidados técnicos e não falar com ele nada além de: "Vou fazer... em você". O paciente, pacientemente aceita e colabora. O*

*enfermeiro, satisfeito com a tarefa cumprida, anota e está encerrado, o que é lamentável.*

*Nos "logs" a seguir, encontramos 2 situações de estímulo para o paciente expressar-se verbalmente. Na primeira situação, a enfermeira estava cortando as unhas das mãos dos pacientes.*

.....

*"E - Olha aqui! Ele aprendeu a amarrar direitinho esse tênis, não é J.?"*

*P - É.*

*E - Meu pé perto do seu é pé de anjo.*

*É bom esse tênis de cano alto, não?*

*P - Ele protege o tornozelo pra jogar bola.*

*E - Ele aprendeu mesmo. Tá pondo meia, não tá?*

*P - Tô sim."*

*Enquanto servia o café ao paciente.*

.....

*"E - Olha aqui, J. amanhã você vai fazer exame no H.C. Precisa ficar de jejum. Não pode nem beber água, tá?"*

*P - Tá. Hoje ou amanhã?"*

*E - Amanhã cedo.*

*P - Não tem roupa?"*

E - *Tem sim. Nós vamos separar uma roupa. Você quer por aquela que você foi a outra vez?*

P - *Aquela roupa a gente guardou.*

E - *Mas a gente tira. Pode ser aquela?*

P - *Pode. Ela está toda dobradinha.*

E - *Não faz mal, vamos lá pegar. (Pegaram a roupa. Verificaram se estava em ordem)*

E - *Outra coisa. Tem o lanche como da outra vez. Nós já solicitamos.*

P - *Tá certo. Amanhã cedo.*

E - *É. Seria bom você dar uma olhada no espelho ver se precisa fazer a barba. Depois vê se precisa cortar as unhas.*

P - *A unha tá curta.*

E - *Então está certo. Mais alguma coisa?*

P - *Não."*

*Nestas interações, o enfermeiro estimulando o paciente a expressar-se verbalmente esteve identificando problemas e ajudando o paciente a confrontá-los com a realidade e estimulando as atitudes positivas do mesmo. As comunicações ocorreram nos dois sentidos e pelas respostas percebe-se que houve compreensão mútua.*

*O "log" seguinte foi extraído de uma entrevista do enfermeiro que fazia a triagem de uma paciente de ambulatório. Nesse primeiro contato que não permitia grandes aprofundamentos, a enfermeira permitiu que a paciente falasse livremente sobre suas dificuldades, ajudou-a a aliviar sua ansiedade. Além disso, teve atitudes terapêuticas ajudando-a a perceber e definir qual era seu problema principal e a perceber sua participação nesta experiência. Finalmente,*



*entender que a paciente beneficiar-se-ia freqüentando as reuniões de terapia de grupo com os psicólogos, ofereceu a oportunidade à paciente explicando-lhe as vantagens de participar e fez os devidos encaminhamentos.*

.....

"E - *Atualmente o relacionamento com o marido continua difícil?*

P - *Eu falei pra ele que ele precisa mudar.*

E - *Ele precisa mudar. E a Sra.? A Sra. acha que só ele precisa mudar?*

P - *Eu acho sim. Ele não crê em nada. Acho que mudar eu mudei. (Ai vai falando todas as coisas que mudou para agradá-lo... termina falando: Eu sei tudo o que acontece comigo, eu só queria resolver essa insônia).*

E - *Pois é, D.N. todas as pessoas tem dificuldades. Mas tem algumas que a gente nem se dá conta que temos. Por isso precisamos aprender a enfrentá-las de forma amadurecida. Acho que a Sra. se beneficiaria com o grupo de psicologia.*

P - *É. Acho que seria bom."*

*Segundo Rogers (1968), deve-se deixar de lado a preocupação com o diagnóstico, com avaliações profissionais, querer aceitar com exatidão o enquadramento do caso, ou querer guiar o indivíduo para este ou aquele rumo. Indica como sendo mais produtivo concentrar-se na tentativa de compreendê-lo e aceitá-lo.*

*Portanto, não nos importa saber com exatidão se o paciente é esquizofrênico ou maníaco-depressivo. Identificar o comportamento apresentado, preocupar-se com a pessoa que*

*precisa de ajuda e sofre nesta experiência, ajuda mais do que fazer uma perfeita identificação diagnóstica do caso.*

***- Estimulá-lo para que continue a falar***

*Durante as interações com a pessoa que precisa de ajuda tanto as comunicações verbais como as não-verbais podem servir de estímulo para que o outro continue a verbalizar.*

*Os estímulos não-verbais são movimentos com as mãos, com os olhos, sobrancelhas, movimentos com a cabeça que podem ser tão ou mais eficazes que os verbais. Esses movimentos podem estar indicando "continue", "estou acompanhando", "prossiga" ou "não concordo", "não entendi", "está acabando o tempo", etc. Os movimentos corporais de ajeitar-se na cadeira, ir com o corpo pra frente e outros, podem estar indicando "estou prestando atenção", "estou interessado", "estou enfadado" e assim por diante.*

*Os estímulos verbais são mais objetivos e diretos, em geral. Quando digo "e depois?", "prossiga", "conte-me mais sobre...", "o que aconteceu depois", "voltando a...", "vejamos se entendi..." estou expressando minha vontade, meu entendimento, minha intenção. Alguns balbucios podem também dar direção, ajudar a bloquear a comunicação. Os famosos "Hum!", "Ham", "Hum, Hum" também são perceptíveis ao paciente e indicam-lhe nossa intenção e participação.*

*Em todos esses estímulos, percebemos que o terapeuta está participando da interação. Nossa participação pode seguir duas direções básicas: diretiva ou não-diretiva.*

*A participação diretiva caracteriza-se essencialmente pelos questionamentos, pela inquirição, pela solicitação de detalhes que venham a esclarecer o que temos em mente para formular uma conclusão. São os questionários, as entrevistas, diagnósticos, os inventários.*

*A participação não-diretiva não tem nada a ver com indiferença. A indiferença é desrespeitosa com o outro despertando-lhe sentimento de frustração e a idéia de que está fazendo um monólogo (Rudio, 1990, p. 19). A não-diretividade é uma técnica desenvolvida por Rogers que prevê uma participação ativa do facilitador, sem interferir com as mensagens que a pessoa vem expressando e a demonstração do seu entendimento sobre o que está sendo comunicado. Aproveitemos o "log" abaixo para completar essa discussão:*

.....

"E - Como está, M.?"

(Silêncio)

P - Agora não vejo. Tinha muito perigo perto de mim...

E - Perigo?

P - Tinha muito medo, né?

E - Medo?

P - Agora não vejo.

E - Tinha muito medo.

P - Tinha muito medo.

E - Agora você está sentindo mais segura?

P - Queria voltar para minha casa.

*E - Está com saudade de casa?*

*P - Estou.*

*E - Dá muita saudade? O hospital é um ambiente estranho pra você?*

*P - É pro bem da gente né? Ambiente estranho.*

*E - Tudo bem?*

*P - Eu tenho a cabeça fraca.*

*E - Você diz que tem a cabeça fraca, porque?*

*P - Porque sei lá, né? Não estudei..."*

*Neste recorte de uma interação enfermeiro-paciente encontramos vários elementos a serem destacados. Primeiramente o silêncio. Há segundo Rudio (1990, p. 20) 2 tipos de silêncio: o estéril e o fecundo. O estéril serve de refúgio para a pessoa e cria ansiedade em ambos. O fecundo promove reflexões ricas e deve ser respeitado pelo enfermeiro. No diálogo acima vemos que o silêncio da paciente foi respeitado e permitiu-lhe expressar sua preocupação (não importa se era real ou não).*

*Um segundo elemento dessa interação é composto pelas "respostas reflexivas" utilizadas pelo enfermeiro. Este tipo de resposta tem efeitos surpreendentes no diálogo com o paciente, pois **1)** mantém a comunicação dentro do interesse do paciente, não interrompendo a seqüência proposta por ele; **2)** estimula a complementação da idéia; **3)** funciona como um eco para que ele possa ouvir de outra fonte o que acabou de dizer. Porém, esta tática não deve funcionar como repetição maquinal como diz Rudio (1990) pois perde seu valor terapêutico, torna-se irritante e desestimulante.*

*Outras manifestações de entendimento devem ser usadas como perguntas ou resumos para verificar a compreensão, a exposição de idéias e sentimentos do enfermeiro.*

*Para finalizar a análise do último trecho de interação aqui colocado, há ainda um terceiro comentário. O enfermeiro, por duas vezes introduziu elementos novos tentando manter o diálogo: - Está com saudade de casa? - O hospital é um ambiente estranho. Essas colocações interromperam a seqüência da comunicação, não permitindo que a paciente explorasse sua vontade de voltar para casa. Foram colocações de fora para dentro, incluindo juízos de valor, inadequados para aquele momento.*

***- Ajudar a aclarar o que está sendo comunicado***

*Nem sempre conseguimos acompanhar ou entender claramente a comunicação que o outro vem efetuando. Se não interrompermos e solicitarmos esclarecimento poderemos interpretar erroneamente a mensagem. Travelbee (1982) sugere que se pergunte: "Não entendo... diga-me outra vez", "a que você se refere?", "o que quer dizer...?" Com alguma colocação, dirigida para o objeto de nossa dificuldade de compreensão (e sem sair do tema), fica aberto o canal para nos esclarecer e ajudar o paciente a examinar melhor a situação.*

*Nos trechos seguintes, observamos que os enfermeiros usaram mensagens que lhes permitiam acompanhar a comunicação do paciente e a ampliar a compreensão dos fatos.*

.....

"E - O médico falou alguma coisa sobre a medicação para você dormir melhor?"

*P - Agora ele tá tirando a medicação.*

*E - Foi retirado o Valium?*

*P - É. Foi tirado o Valium e agora posso tomar o Haldol. Estava errado.*

*E - E o seu organismo está reagindo melhor com esse remédio, né? Vejo que você está melhorando bastante..."*

.....

*"E - Como você está passando, M.?"*

*P - Bem.*

*E - Como é esse bem?*

*P - Não tô sabendo. (Silêncio)*

*E - Porque você foi internado aqui?*

*P - Comprimidos (murmúrios) comprimidos.*

*E - Você tomou comprimidos? O que aconteceu com você?*

*P - Dormi.*

*E - E agora? O que você está sentindo?*

*P - Estou melhor. Quero ir para casa."*

*O paciente ia andando. Quando viu 1 carro, parou e esperou que passasse. O enfermeiro percebendo a ansiedade do paciente perguntou-lhe:*

.....

"E - *Oh J. Você tem medo de carro?*

P - *Tenho sim.*

E - *Porque? O que aconteceu?*

P - *Carro pode atropelar. É perigoso."*

*No segundo exemplo, o enfermeiro começou a aprofundar-se na direção de esclarecer melhor o sentimento do paciente (como é esse bem) mas não soube o que fazer com o silêncio da paciente e mudou o rumo da comunicação.*

*No terceiro trecho apesar de ter ajudado o paciente a expressar seu sentimento, encontramos dois elementos que podem atrapalhar uma comunicação: duas perguntas ao mesmo tempo e o uso do advérbio porque?*

***- Ajudar o paciente a especificar melhor, a dar mais detalhes de suas comunicações***

*Mensagens vagas, gerais e inespecíficas, algumas vezes levam a distorções ou interpretações errôneas das comunicações. Cabe ao facilitador ajudar a pessoa a especificar melhor, dar mais detalhes, explicar significados de suas mensagens. O uso de frases convencionais ou imprecisas e o uso de metáforas também interfere com a percepção do sentido ou da natureza do que se quer transmitir (Travelbee, 1982, p. 71-75).*

.....

"P - *Eu cai.*

E - *Você caiu da cama?*

P - *Não, eu cai do chão. Mas eu levantei.*

E - *Você se sentiu mal? Escorregou?*

P - *Eu senti mal.*

E - *O que você sentiu?*

P - *Eu senti mal. (O funcionário chega perto e lhe oferece café)"*

*A comunicação "eu cai" era muito vaga. Então, o enfermeiro vai fazendo perguntas até descobrir as conseqüências do tombo. A partir daí, ele pôde encaminhar a comunicação para o que realmente estava perturbando o paciente e assim, propôs-se a ajudá-lo na resolução do problema.*

.....

"E - *Você está confuso, né P.?*

P - *Estou confundindo tudo porque a numeração é tanta.*

E - *Você pode explicar o que acontece dentro da sua cabeça?*

P - *Vou parar um pouco.*

E - *Não é isso. Você tem uma sensação esquisita? Como é?*

P - *Minha sensibilidade.*

E - *Você fala coisas sem sentido...*

P - *Eu não consigo escutar as pessoas. Elas não conseguem entender.*

E - *Oh! Presta atenção.*



*P - Porque estou tenso?*

*E - Esses tremores podem ser por causa do remédio.*

*P - Do Akineton?*

*E - Pode ser do Amplictil.*

*P - Porque estou tenso? Eu tô com a resposta antes de dar a pergunta.*

*E - A gente só faz pergunta quando quer esclarecer alguma coisa... Quando você sabe a resposta, está perdendo tempo, né?*

*(Paciente continua falando ser parar)"*

*Neste exemplo, o enfermeiro estava relacionando-se com um paciente agitado e dispersivo. Em vários momentos, ela conseguiu que ele analisasse seu comportamento, esclarecendo sensações, especificando detalhes. Fazendo isto, o enfermeiro bloqueou uma seqüência de perguntas sem sentido e ajudou-o a pensar um pouco sobre seu próprio comportamento.*

*No exemplo seguinte, o enfermeiro procura ajudar o paciente a programar com antecedência o uso que fará do seu dinheiro durante o passeio, mas ele coloca outro problema no meio da interação e o enfermeiro ajudou-o a perceber a realidade, pois não se pode pensar em comprar uma passagem de trem sem destino certo.*

*.....*

*"E - O que você vai comprar?*

*P - Nada.*

*E - Você ganhou o dinheiro com seu trabalho.*

*P - Passagem de trem.*

*E - Ah de trem. Trem pra onde?*

*P - Ir embora.*

*E - Mas como é que vou colocar você num trem sem rumo? Pra onde o Sr. vai?*

*P - Visitar a família.*

*E - Mas sua família mora na Bahia e a Assistente Social já tentou contato com eles e não conseguiu. O Sr. sabe o endereço?*

*P - Aquele que eu dei.*

*E - Então, eles não responderam. Podem ter se mudado.*

*P - É verdade."*

.....

*"P - Estou desanimada.*

*E - Está desanimada?*

*P - Não saro...*

*E - Não sara?*

*P - Dá dor nas costas...*

*E - O ortopedista veio ver você? Será que é essa dor que está te atrapalhando mesmo?*

*P - É outra coisa?*

*E - Se for só isso tudo bem...*

*P - Não é uma dor. É uma queimação, porque é uma dor diferente."*

*A paciente queixou-se vagamente de desânimo e o enfermeiro ofereceu-lhe a oportunidade de ampliar sua percepção e esclarecer o motivo de sua sensação desagradável. Ajudou-a a pensar em outras possibilidades que explicassem seu incômodo.*

.....

"P - ... No fim me deu isso. Esse problema me abateu muito.

E - Que problema?

P - Esses problemas ai. Ficava triste, a cabeça rodando por causa daquilo.

E - Daquilo o que?

P - Aquele problema.

E - Na cabeça?

P - Só isso. Eu não sentia dor, nada. Eu só sentia aquela acusação. Ai eu tomei medicamento.

E - Qual?

P - Não sei. Foi o médico de São Paulo que minha irmã me levou. Ele não quis falar pra mim.

E - Foi há 15 anos?

P - Não há 11 anos atrás..."

.....

"P - Aquilo não saia da minha cabeça.

E - O que exatamente não saia da sua cabeça.

P - Tudo o que meu marido falava.

E - Eram agressões por palavras?

*P - Palavras e atos. Ele começou a sair com uma mulher."...*

*Neste trecho da observação das interações do enfermeiro com pacientes o enfermeiro foi conduzindo as mensagens monossilábicas da paciente até "tocar na ferida", pois o que mais amargurava era o fato do marido ter saído com outra mulher e ela evitava falar sobre este acontecimento. A partir daí o enfermeiro pode ajudá-la.*

*Toda comunicação, como vimos deve ser bem compreendida por ambos os participantes da interação. Assim, o facilitador procura expressar com clareza, transparência e coerência suas mensagens e disponibilidade para compreender a da outra pessoa. Do outro, nem sempre podemos esperar a mesma clareza, transparência e coerência. O indivíduo pode estar dispersivo, com distúrbios à nível do pensamento (conteúdo, curso ou progressão) com dificuldades na interpretação da realidade, com problemas orgânicos ou outro. Cabe ao enfermeiro entender que essas dificuldades fazem parte da sua doença e ajudá-lo.*

*.....*

*"P1- Eu sou o comandante.*

*P2 - Comandante bonito, gente!*

*E - Você melhorou bastante, né?"*

*Neste caso acima, o enfermeiro perdeu a oportunidade de saber o significado desta metáfora para ele pois desviou o tema e nem pode ajudar o próprio paciente que naquele momento fugia da realidade.*

*Ao longo desse trabalho, pudemos observar que além da falta de preparo técnico, falta ao enfermeiro um pouco de tranqüilidade para conduzir sua comunicação com o paciente. É bom lembrar que ajudar um paciente a especificar detalhes, analisar suas experiências demanda tempo e interesse em ajudá-lo a conhecer-se melhor. A curiosidade pessoal do profissional deveria fazer parte de suas relações sociais e não das profissionais.*

***- Ajudar o paciente dispersivo a concentrar-se em algo de forma mais clara e inteligível***

*Como já dissemos anteriormente, alguns pacientes apresentam dificuldades em concentrar-se em um tema. Fica difícil para o enfermeiro dar continuidade à comunicação, fica difícil de aprofundar, ou seja, sair da superficialidade e conhecer mais intensamente o paciente pois parece que ele evita comprometer-se. Fica difícil também para o enfermeiro manter a calma e a tranqüilidade porque é desgastante a comunicação com pacientes dispersivos visto que, geralmente, esse comportamento vem carregado de ansiedade e angústia. Alguns exemplos extraídos de nossa observação nos permitirão avaliar melhor estes casos.*

.....

"P - Tia... (o paciente vai falando sem parar)

E - Meu nome é?

P - (incompreensível...) Tia acende 1 cigarro?

E - Meu nome como é?

P - R. *O que é sensível, sensibilidade?*

E - *É difícil você me chamar pelo nome?*

P - *Não.*

E - *Você fala muitas coisas ao mesmo tempo. Tente falar uma de cada vez...*

P - *Eu quebrei tudo lá em casa.*

E - *Você estava descontrolado..."*

.....

"E - *Você sabe porque está amarrado?*

P - *Tô contido. Fala o significado de serra, serrador, serrote... Arnold Schwarzenegger. Seu braço dá 300 mil do meu. O braço do Joãozinho dá 700 bilhões do meu. Quando alguém mexe com ele, ele pega a caminhonete que tem pneus de areia e bate em cima e vira pó, tá?*

*Tia eu te amo.*

E - *Eu também, viu...*

P - *Ai... (lânguido).*

*Maria, Ana...*

E - *Procura ficar um pouquinho calmo. Você vai tomar um remédio.*

P - *Uma injeção.*

E - *Não. É um comprimido. Tá certo?*

P - *Tá certo. (puxando-se com força na cama).*

E - *Vou ajudar você a controlar um pouco senão você vai se machucar fazendo força com o braço."*

.....

"P - Posso relaxar?"

E - Pode sim, P. Isso é bom pra você.

P - Quero cigarro tia.

E - Como é o meu nome?

P - Ana.

E - Isso mesmo. Eu te chamo pelo seu nome e você me chama pelo meu nome."

.....

"E - Você jantou?"

P - Eu estou sem fome.

E - Eu estou perguntando se você conseguiu jantar.

(O paciente assentiu com a cabeça)

E - Jantou, né? Ótimo.

P - Jantei."

*Nesses trechos podemos perceber como é difícil ajudar a pessoa que se apresenta dispersiva a concentrar-se em alguma coisa. Sabemos que as palavras são expressões do pensamento da pessoa. Então nesses casos, o paciente vai mudando de um assunto para outro sem muito nexo aparente pois o nexo é interior dele. Muitas vezes, podemos perceber que uma palavra de frase anterior é a ligação para a frase seguinte, entretanto a ligação interna fica difícil para*

*acompanharmos. Por isso, é saudável procurarmos ajudá-lo a desenvolver um tema para que ele próprio tire conclusões.*

*O enfermeiro, comunicando-se com este tipo de paciente deve ter o cuidado de não mudar o tema pois isto o confunde mais. Por vezes, ficamos perdidos sem saber qual palavra ou tema destacar para tentar ajudar o outro a se concentrar frente à avalanche de palavras ditas. Assim, fazemos uma escolha e embora correndo o risco de não fazer a melhor escolha, vale a pena tentar fixar a atenção numa temática para ajudar o paciente a aliviar sua própria ansiedade.*

*Quando perguntamos a ele "porque você faz isto?", geralmente ele nos diz: "meu pensamento é muito rápido", estou muito sensível", "não consigo controlar o pensamento". Enfim, ele percebe uma sensação diferente em seu íntimo e fica mais ansioso ainda por não conseguir controlar. Por isso devemos evitar pedir explicações à ele sobre isto. Nossa função é ajudá-lo a diminuir a ansiedade e não criar situações embaraçosas.*

#### ***- Ajudar o paciente a perceber a realidade***

*Rudio (1990, p. 25) diz que "o ajustamento do cliente na terapia não-diretiva não se faz pela mudança de ambiente em que ele vive mas pela mudança que se opera no próprio indivíduo, isto é, na percepção que ele tem de si e do ambiente".*

*A percepção que cada pessoa tem do mundo que a rodeia é expresso através*



*do seu comportamento. Como cada pessoa é única, sua percepção da realidade também é muito pessoal. A subjetividade, segundo Mucchielli (1978, p. 20), compõe-se de significações com os quais se veste o real, em lugar de percebê-lo tal como é. Ele dá o exemplo do ciumento que interpreta todos os detalhes com sinais que alimentam seu ciúme.*

*Pelo lado do terapeuta, esse autor chama a atenção para dois entraves na percepção da realidade: a deformação profissional e a significação intelectual. No primeiro caso, o enfermeiro então deixaria de perceber a pessoa que existe por trás do papel de paciente, e no segundo, ele ficaria tão preso à idéia transmitida na mensagem que não perceberia a significação psicológica que a pessoa está tentando transmitir.*

*Na enfermagem, nos deparamos muitas vezes com atos simples, do cotidiano que demonstram desadaptação da pessoa em relação à realidade. A intervenção da enfermagem ajuda a pessoa a situar-se e a conviver com a realidade e a vencer algumas dificuldades. Vejamos alguns "logs" representativos.*

.....

*"E - Que dia você chegou?*

*P - Dois dias.*

*E - Dois dias? Sábado você chegou? (Era 2ª feira)"*

.....

"P - Tirei a camiseta. Limpei a bunda com ela.

E - Mas não tem papel higiênico?

P - No pátio não tem.

E - Você quer outra camisa?

P - Quero.

E - Quando quiser limpar o bumbum use papel higiênico. Se não tiver, você pede e a gente dá."

.....

"E - Lembra do nome dele?

P - M.

E - O nome dele (apontando para o enfermeiro) é M. e o seu?

P - O seu não é José?

E - É José sim. Tá vendo? É José A."

.....

"E - Aonde você vai amanhã, J.?

P - Hoje é que dia?

E - Hoje é quarta-feira. Onde você vai amanhã?

P - Eu não sei.

E - Você vai amanhã passear na cidade, lembra?

P - Ah é mesmo."

.....

"E - Então M. quando você chegou ao hospital estava dormindo e não deu prá ver muita coisa.

*Aqui é o H.C. novo, 3º andar.*

*Silêncio (olhando desconfiada para todos os lados)*

E - *Você vai ficar aqui para se tratar, porque você teve um descontrole quando tomou os comprimidos. Eles fizeram mal pra você... (Silêncio)*

*Agora você está aqui pra gente te ajudar."*

*Entra na enfermaria uma paciente (idosa) meio desorientada. O enfermeiro logo percebe e diz:*

.....

"E - *Dona M. a Sra. está deitando na cama errada. A cama da Sra. é aquela ali. Esta tem outro dono.*

P - *Onde está?*

E - *Ali. O dono desta pode achar ruim...*

*(O enfermeiro fala sorrindo, amigável)*

P - *Tá certo agora?*

E - *Agora está."*

.....

*"P - Quantas toneladas de soja cabem aqui? Eu vou falar: 282 milhões de toneladas.*

*E - Você tem conhecimento disso que você está falando?*

*P - Você tá falando de conhecimentos gerais?*

*E - Não. Aqui é lugar de por tantas toneladas de soja?*

*P - Tô extrapolando, né?"*

*Os quatro primeiros casos referem-se a pacientes crônicos internados há muito tempo num macro-hospital. Percebe-se a dificuldade de localização no tempo, de hábitos sociais, de higiene e de reconhecimento da identidade pessoal e alheia.*

*Os "logs" 5, 6 e 7 dizem respeito a pacientes desorientados temporariamente, dois na localização espacial e o último confundindo a situação real.*

*Em todos os trechos percebe-se a atuação do enfermeiro ajudando as pessoas, sem crítica e encaminhando-as para uma percepção mais adequada. Nessa atitude de aceitação das limitações da pessoa, o enfermeiro deixa que percebam que podem confiar na pessoa com quem estão falando.*

*O enfermeiro está sempre avaliando sua percepção da realidade, assim como a interpretação que dá às comunicações do outro. Precisamos assim dimensionar as coisas que o outro sente, percebe e vê. Entretanto, é bom estar atento para não querer dimensionar coisas impossíveis. O "log" abaixo vai mostrar o enfermeiro dando (por sua conta) dimensão a uma parte do sonho do paciente. Sem dúvida errou na sua tentativa de dar dimensão a algo presente apenas na fantasia do paciente. Nós não precisamos saber de tudo. Se o deixarmos livres para se comunicar, o outro nos indicará aquilo que só ele mesmo pode saber com exatidão.*

.....

"E - *Tinha um monte de tesouras no seu sonho?*

P - *É. Eu fui só catando e enfiando no saco.*

E - *Encheu um saco de tesouras?*

P - *É.*

E - *Era desse tamanho aqui?*

P - *Não. Desse tamanho pequeno..."*

***- Aceitar as limitações pessoais (nossas e deles)***

*Aceitar a pessoa é acolhê-la, independente de outros critérios que se possa ter para analisar seu comportamento. Aceitá-lo assim é respeitar a qualidade da pessoa que ele possui na situação presente com suas qualidades e defeitos. (Rudio, 1990, p. 78)*

*A relação interpessoal se dá entre duas ou mais pessoas. Se somos pessoas, não podemos esquecer que todo ser humano é imperfeito (embora busque a perfeição) e, como tal, apresenta limitações físicas, psicológicas e sociais. Ainda como pessoas nos colocamos como instrumento terapêutico na relação de ajuda. Também nesse caso é bom termos sempre presente que estamos sujeitos a errar e a ter limites na nossa capacidade profissional.*

*As inadaptações do terapeuta, seus problemas emocionais, seus pontos cegos, como diz Rogers (1966) podem ser prevenidos para que não interfiram no processo terapêutico. Isto pode ser conseguido avaliando o modo como ele próprio vê a situação, o que sente em relação a ela,*

*como a interpreta e na medida do possível, saber como o outro a vê. Se o terapeuta mantém-se como uma pessoa separada e que se esforça por compreender o outro há poucas possibilidades de que suas limitações pessoais provoquem distorções ou inaptações.*

*Quando temos consciência das nossas limitações e as aceitamos ou procuramos vencê-las conscientemente, de forma positiva, este fato tem poucas chances de interferir negativamente em nossas comunicações. Do mesmo modo, é coerente ajudar o outro a reconhecer suas falhas e limitações à nível da consciência e, se possível, ajudá-lo a lidar construtivamente com isto.*

*Nas interações dos enfermeiros com os pacientes observadas pudemos destacar alguns trechos para tecer algumas considerações.*

.....

"E - Oi M. você com um pouco de esforço anda?

P - Ando, vou ao banheiro, tomo banho mas só que sair é duro (escorrega).

E - Eu te ajudo. Mas seria melhor você usar sapato porque protege do frio e dá mais apoio."

.....

"P - O que é arcada dentária?

E - Arcada?

P - Isso.

E - É isso aqui (mostrando) tem a arcada de cima e a de baixo. É o conjunto dos dentes.

*P - Isso. Agora, quantos dentes tem em cima e quantos dentes tem em baixo?*

*E - Ah! Agora você me apertou. Não sei. Você sabe?*

*(O paciente saiu perguntou para alguém e voltou com a resposta correta)."*

.....

*"E - Oi M. lembra do meu nome? Ontem eu me apresentei à você, né? Eu acho difícil para a paciente que chega, guardar o nome de todos. Meu nome é A. Como você está passando?*

*P - Bem."*

.....

*"E - Você já tomou comprimidos antes?*

*P - Ai... (expressão de enfado)*

*E - Você ficou internada na urgência?*

*P - Tá forçando.*

*E - Bem M. Nós estamos aqui para te ajudar. Nossa função é essa. Quando você quiser, pode chamar a gente pra conversar."*

*Nos quatro casos o enfermeiro rapidamente percebeu limitações dos pacientes e suas próprias. Vimos aqui limitações físicas (paciente idosa com receio de cair ao sair da sala do banho com o chão molhado), do enfermeiro (reconhece e expressa verbalmente, sem restrições sua ignorância sobre a questão e o paciente aceitou, sem problemas) de identificação social (o enfermeiro logo mostra-lhe que reconhece essa limitação social própria de uma pessoa nova num*

*ambiente com muitas outras pessoas) e limitação psicológica (a paciente do texto nº 4 não estava em condições psicológicas de prosseguir o diálogo naquele momento. O enfermeiro percebe e coloca-se à disposição para quando ela estiver em melhores condições).*

*Em todos esses casos não houve julgamentos ou censura às limitações, o que permite novas comunicações abertas e positivas.*

***- Ajudar o paciente a libertar-se da sensação de ameaça frente aos julgamentos***

*Como já abordamos no capítulo II, todo ser humano está, a todo instante, fazendo avaliações, interpretando o que ocorre consigo e ao seu redor. Dessa forma, o centro do julgamento está dentro de nós mesmos. Num indivíduo maduro, esses julgamentos internos coabitam com ele de forma harmônica. Por outro lado, diz Rogers (1966), o sentido e o valor dessa experiência interior não deve ser alterado por juízos externos.*

*Assim como o paciente, nós também estamos constantemente fazendo avaliações e julgando os acontecimentos. E como já dissemos anteriormente, tanto as apreciações positivas quanto as negativas provocam alguma reação no outro. Portanto, se estamos dispostos a ajudar alguém, convém evitar os julgamentos tanto quanto nos for possível, pois podem ser tomados como ameaças e interferir no curso da comunicação interpessoal. As falas a seguir, aumentam a compreensão desse aspecto.*

.....

"P - *Eu vou embora.*



E - *Vai embora? Que bom heim?"*

.....

"E - *Oi J., conta alguma coisa legal pra nós.*

P - *Eu não corro não.*

E - *Acho bom você não correr mesmo senão vai ser pior pra você. Você não conhece aqui. Vai ficar perdido."*

.....

"P - *Parece que estou melhor...*

E - *É. Realmente parece agora que você está mais calmo.*

P - *Estou me sentindo bem melhor."*

.....

"P - *É o seguinte. Eu não bebi porque me senti ameaçado. É duro passar 48 horas sóbrio. Mas eu entendo. Eu tenho muito respeito pelo tratamento daqui, mas fico neste conflito.*

E - *Podemos voltar a conversar sobre isso no grupo..."*

.....

"E - *Conseguiu se controlar?*

P - *Bebi cerveja sem álcool.*

E - *O que você achou?*

*P - Doloroso. Vai tirar sangue todo mês?*

*E - Isso é uma conduta médica. Isto te assusta?*

*P - Vai colher?*

*E - Agora não. Isso incomoda você?*

*P - Incomoda.*

*E - A mim também incomoda, mas é para o seu bem, pra te ajudar.*

*P - Eu sinto uma certa ameaça."*

*No primeiro "log" temos o exemplo de um juízo positivo. Entretanto, diz Rogers (1982, p. 59) uma vez que dissemos a alguém que algo é bom poderíamos estar dizendo que isto é mau. Além disso, será que o paciente está achando bom? Mais adequado seria perguntar para ele: - "O que você acha disso?" A resposta viria de sua interioridade.*

*A ameaça pode ser uma manifestação encoberta ou aberta. No segundo "log" deste ítem, o enfermeiro faz uma ameaça aberta embora não especifica dizendo: "acho bom você não fazer isto senão vai ser pior pra você". O uso de certos adjetivos também pode incluir julgamentos como é o caso da primeira frase dele: "conte alguma coisa legal..." Com isto ele está dizendo para o paciente: - "não aceito se não for legal". Por outro lado, fica difícil para o paciente identificar o que é "algo legal" para o enfermeiro.*

*Nos dois trechos (4 e 5) o paciente manifesta sua sensação de ameaça, uma por sentir que não pode beber (mesmo tendo vontade de fazê-lo) e outra, por ter que submeter-se a exames de verificação do nível alcoólico no seu sangue. O ponto positivo nesta interação foi a manifestação compreensiva do enfermeiro quando lhe diz que também se incomoda, solidarizando-se*

*com o sentimento do paciente.*

***- Ajudar o paciente a analisar sua participação na experiência***

*Já analisamos acima alguns elementos básicos da ajuda na verbalização, na especificação e esclarecimento de fatos, na ampliação da percepção, no esclarecimento de significação das experiências da pessoa que precisa de ajuda. Todos esses pontos são importantes para ajudar o paciente a analisar sua participação pessoal na experiência que comunica. Entretanto, demos destaque a este item na tentativa de deixar bem claro que o paciente precisa ter consciência de que ele é um elemento ativo e tem sua parcela de responsabilidade dentro da situação. Isto significa que não estamos lidando com um "paciente" e sim com uma pessoa que apresenta alguma dificuldade e está dependente da nossa ajuda para enfrentá-la sadiamente.*

*Os trechos a seguir apontam nesta direção, ou seja, os enfermeiros estiveram estimulando-os a verbalizar suas experiências e a perceber sua participação nelas.*

.....

*"P - Porque tenho a resposta na ponta da língua? Porque sou um grande jornalista.*

*E - Você é jornalista?*

*P - Sou grande jornalista, grande advogado, bacharel, grande presidente.*

*E - Olha aqui J., para e pensa.*

*P - Vamos prosseguir: ponto e parágrafo.*

*Já mudei de assunto.*

*E - É, você já mudou de novo.*

*P - A imaginação é rápida demais, né tia?*

*E - Tia? Vou te chamar de tio também. O que você vai achar?*

*P - Vou achar ruim. É preciso respeito, né.*

*Respeito é bom e eu gosto."*

.....

*"E - Você sabe porque precisou ser internada?*

*(A paciente balbucia algo incompreensível)*

*E - Não lembra o que você fez? (Silêncio)*

*Você não se lembra que tomou remédio?*

*P - Ah! Os comprimidos?*

*E - Isso. Quando você tomou os comprimidos você estava com que idéias?*

*P - De dormir...*

*E - De dormir?*

*P - É.*

*E - Ou estava com idéia de se matar...*

*P - É só de dormir...*

*E - Você pensou em dormir porque você estava cansada, estava nervosa ou alguma coisa em casa?*

*P - (balbuciou algo incompreensível... olhando da janela para fora)*

*E - Quando você tomou o comprimido, você estava nervosa ou alguma coisa em casa?*

*P - Dia do pagamento, né? (sussurrando)*

*E - Pagamento do seu marido? Ou seu?*

*P - Dele.*

*E - Então você ficou nervosa porque era dia do pagamento do seu marido. Tinha muitas contas pra pagar?*

*P - Tinha.*

*E - Você está incomodada por eu estar falando com você.*

*P - Não.*

*E - Então podemos continuar?*

*P - Pode."*

*A primeira situação mostra claramente o facilitador ajudando o paciente a perceber a sua falta de respeito não identificando a pessoa do enfermeiro, assim como, a sua fuga da realidade.*

*O outro enfermeiro ajuda o paciente, passo a passo, a perceber que encontra-se nessa situação de internação como consequência de seu ato de descontrole frente às dificuldades financeiras da família. No início do contato, a paciente apenas balbuciava as mensagens e, aos poucos, pode falar com mais clareza sobre sua experiência pois a atitude de aceitação do enfermeiro deu-lhe abertura para isto.*

*- Ajudar o paciente que fala muito baixo, incompreensível ou apresenta momentos de*

**silêncio**

*Uma das tarefas mais difíceis para o enfermeiro é comunicar-se com pacientes que apresentam mutismo e proporcionalmente custoso é estar junto de paciente que fala pouco, baixo ou de forma incompreensível.*

*Esses comportamentos têm algum sentido para o paciente, seja uma agressão passiva, seja desejo de manter distância, seja a intenção de castigar alguém. De qualquer maneira é a forma possível que ele encontra para agir, neste momento. Podemos ainda estar diante de pessoas que possuem uma vida tão empobrecida ou carente de vivências interativas que não sabem agir de outra forma senão esta. Estas considerações apontadas por Travelbee (1982, p. 208-213) nos levam a refletir sobre o modo como enfrentamos situações deste tipo em nosso desempenho profissional.*

*Em primeiro lugar, o comportamento do paciente deve ser respeitado. O enfermeiro que pretende ajudá-lo pode lançar mão de algumas táticas que facilitarão sua permanência ao lado desses pacientes.*

*- O paciente mesmo em silêncio está vendo, ouvindo e sentindo o que ocorre ao seu redor; - as comunicações não-verbais do enfermeiro (atitudes de impaciência, de tédio, de irritação) são percebidas pelo paciente.*

*É positivo permanecer ao seu lado demonstrando que acredita que ele melhorará a qualquer momento.*

*As mensagens verbais devem ser claras e objetivas. Devem demonstrar real interesse pela pessoa e crença na sua recuperação. Seus comentários devem deixar claro que ele é o centro do seu interesse e que sabe que quando ele sentir-se bem para isto, comunicar-se-á*

*verbalmente.*

*Paciente recém admitido. A enfermeira tenta conhecê-la.*

.....

"E - *M., você veio de onde?*

*(Silêncio)*

E - *Como é que você está agora? está tranqüila?*

*(Silêncio)*

E - *Não tá com vontade de conversar?*

P - *(Incompreensível)*

E - *Como? não entendi.*

P - *(Incompreensível)*

E - *Eu perguntei se você tá com vontade de conversar.*

*Muito baixinho, a paciente disse: - medo.*

E - *Você falou que está com medo. Medo de quê?*

P - *Medo do que eles estão fazendo lá embaixo, né? Muita água... Fogo.*

*(Dai continua a falar. Confusa mais falou. A enfermeira foi ajudando-a a se colocar na realidade)."*

.....

"E - *Oi M. Tudo Bom? Como é que você está*

*(Silêncio)*

E - *Como você passou a noite? (Silêncio)*

E - *Você está me ouvindo? Como você passou a noite? Heim?*

*(Silêncio)*

E - *O que está acontecendo com você, não está querendo falar? Tá com frio?*

P - *(Incompreensível)*

E - *Quando você estiver com vontade de falar eu estarei à sua disposição, certo?"*

*As situações de mutismo ou pouca comunicação causam angústia no enfermeiro e dão-lhe a sensação de frustração frente a dificuldade de estabelecer um relacionamento interpessoal com alguém com este comportamento. Entretanto, sua atitude poderá ser terapêutica e, no momento em que o paciente sentir-se seguro ao seu lado, vai falar. É bom lembrar que isto poderá ser lento e demorado.*

#### ***- Ajudar o paciente a considerar alternativas***

*Durante a experiência de doença, a pessoa está precisando de ajuda. A pessoa que precisa de ajuda geralmente está tão ansiosa e angustiada que seu comportamento algumas vezes, apresenta distorções, atitudes estereotipadas, falta de espontaneidade e criatividade.*

*A pessoa poderá estar agindo de maneira rígida, sem perceber possibilidades de mudança, fechada em si mesma e, seus problemas, tão arraigados a fatos passados que ela não consegue perceber as possibilidades de solução.*

*O enfermeiro, por sua vez, olhando de fora da situação, percebe que existem*



*saídas e talvez até conheça situações semelhantes que foram solucionadas adequadamente desta ou daquela maneira. No entanto, essa avaliação é exterior e não diz respeito à pessoa que tem diante de si.*

*No afã de ajudar, e talvez para livrar-nos da ansiedade, temos a tendência para indicar uma solução para a dificuldade apresentada. Solução para a dificuldade e não para a pessoa.*

*Diante disso, temos que usar a arma mais poderosa nas relações interpessoais: **OUVIR**. Quando conseguimos ouvir suas mensagens torna-se possível perceber que a solução está nas mãos da própria pessoa. O que temos a fazer é ajudá-la a verbalizar, a analisar as alternativas já tentadas, a procurar com ela novas alternativas, analisar os possíveis prós e contras e incentivá-la a experimentá-las e analisar as conseqüências de seus atos (Rodrigues, 1986).*

*Nas observações das interações dos enfermeiros no presente estudo, praticamente não encontramos uma situação que conduzisse à exploração de alternativas junto aos pacientes em situação de internação.*

*Num seguimento de enfermagem onde o relacionamento está sob a responsabilidade do enfermeiro, esta necessidade de ajuda estará mais presente. Os dois trechos de interação abaixo mostram tentativas do enfermeiro em ajudar o paciente a examinar algumas alternativas.*

.....

*"E - O que você fazia antes?*

*P - Era vigia de banco.*

*E - Você já pensou noutro serviço?*

*P - Eu peguei o jornal ontem e só tinha de vendedor.*

*E - Você já pensou em ser vendedor?*

*P - Sou ruim de conta.*

*E - Conta a gente aprende. acho que tem um monte de coisas pra você estar fazendo...*

*P - É que minha cabeça dá mais pra vigilante...*

*E - Tenta pensar noutro tipo de serviço..."*

.....

*"P - Porque será que a minha unha comprida é feia e a da professora é comprida e bonita?*

*E - Ela tem as unhas compridas e bem cuidadas. Homem de unhas compridas...*

*P - Tem mulher que tem as unhas cortadas. Mas homem não precisa ter as unhas compridas, né?*

*E - Pensa que homem deve ter as unhas curtas e limpinhas, não é?*

*P - Eu acho que sim."*

*Estes "logs" nos fazem lembrar que para ajudar o paciente a aprofundar-se na análise do problema, é importante que o enfermeiro não mude o tema apresentado conduzindo suas comunicações lado a lado com o paciente, acompanhando-o e ajudando-o a considerar todas as possibilidades. Lembra-nos também que sempre que quisermos ajudar o outro não devemos oferecer uma única possibilidade como saída. Além de ser uma solução vinda de fora, o paciente pode apegar-se a ela para agradar o enfermeiro e depois frustrar-se pois a solução não é sua e perder a*

*confiança na capacidade terapêutica do profissional.*

***- Ajudar o paciente a ser independente e escolher o seu caminho. Respeitar seus desejos pessoais***

*Antes de ajudar alguém a ser independente, convêm olhar para dentro de nós mesmos e examinar se somos capazes de ser independentes do outro. Em termos práticos, Rogers (1982, p. 56) coloca a seguinte questão: serei tão forte na minha independência para não me deprimir com a sua depressão, angustiado com a sua angústia ou absorvido pela sua dependência? Se não conseguimos ver-nos separados do outro, se não conseguimos distinguir os sentimentos que são nossos dos sentimentos do outro, confundindo-nos com ele, estamos, como diz Rudio (1990, p. 82), vivendo uma situação de contágio emocional.*

*Isto é o oposto da empatia pois na compreensão empática procuramos penetrar o mais profundamente no sentimento do outro e sentir o que ele comunica sem deixar de sermos nós mesmos. Não é igualar nossos mundos subjetivos, é uma aproximação entre eles.*

*Quando conseguimos viver um relacionamento sendo nós mesmos e sentindo intensamente sua mensagem, mantemo-nos na posição de quem pode ajudá-lo. Caso contrário, somos nós que precisamos de ajuda.*

*Estimular o outro na sua independência é acreditar que ele é alguém que pensa, sente e reage de modo pessoal e tem possibilidades de crescer, transformar-se e seguir seu próprio destino.*

*Essa atitude de facilitação da sua independência é uma atitude*

*profundamente respeitosa e construtiva.*

*Quando respeitamos os desejos e sentimentos do outro estamos, segundo Rudio (1990) reconhecendo seu direito de governar-se a si próprio utilizando sua capacidade de auto-determinação para alcançá-lo. Isto não precisa ser dito ao outro mas proceder de forma que ele perceba esse respeito à sua individualidade e capacidade. Para Kant (1783) respeitar as pessoas significa considerá-las e tratá-las como valiosas por elas mesmas e não meramente como instrumentos e objetos utilizáveis.*

*Vejamos alguns trechos de nossa observação das interações enfermeiro-paciente para incrementar esta análise.*

.....

"E - Você tá com dificuldade de ficar no passeio.

*Vamos voltar?*

P - *Porque vou voltar?*

E - *Não tem necessidade. Outro dia você tenta.*

P - *Deixa eu solto. Quero acompanhar todo mundo.*

E - *Não. Você vai junto com a gente."*

*Neste "log" podemos perceber a vontade expressa pelo paciente e o desrespeito na fala do enfermeiro não permitindo que ele escolha seu caminho. Está certo que não seria aconselhável soltar esse paciente porque ele estava meio desorientado. Entretanto, o enfermeiro não lhe deu oportunidade de analisar a situação e aceitar por ele mesmo a ajuda que lhe era*

*oferecida.*

.....

"E - *Dá pra levantar e ir até lá tomar o café?*

P - *Dá. Camisola não tem né?*

E - *Você experimenta o pijama.. mas se achar que fica melhor com camisola..."*

.....

"E - *L., vamos tomar café. Melhorou a dor nas costas?*

P - *Não. Tá doendo muito. Eu falei pro doutor e ele não disse nada.*

E - *Bem... Vamos tomar café...*

P - *É preciso tomar o café?*

E - *É lógico que precisa.*

*(Silêncio)*

E - *Não pode ficar ai na cama não. Toma o chinelo. Me dá o pé. Vamos!" (Silêncio)*

.....

"P - *Quero esperar a M.*

E - *Você tem certeza que consegue chegar até o fim do passeio?*

P - *Vou esperar a M.*

E - *A M. vai demorar. Vamos indo.*

*P - Você tá nervosa...*

*E - Você é que está nervoso."*

*.....*

*"E - O que aconteceu que você não quis ir ao passeio hoje?*

*P - Tô com o corpo mole.*

*E - Você tá com o corpo mole. Não estava bem disposto hoje?*

*P - Não.*

*E - Então está bem."*

*Na primeira situação vemos o enfermeiro demonstrando compreensão e respeitando os desejos da paciente dispondo-se a colaborar com ela.*

*A situação seguinte mostra o enfermeiro desinteressado na pessoa do paciente e preocupado com as regras do hospital e com cumprir uma tarefa: alimentação do paciente. Esse comportamento até agressivo foi "acatado" pela paciente porém não deve ter sido sentido como algo positivo pois ela foi tratada como um objeto, visto que nem sua dor, nem sua vontade foram levadas em conta pelo enfermeiro.*

*No terceiro trecho (por coincidência é o mesmo enfermeiro do primeiro), o desrespeito "foi plenamente sentido pelo paciente e este verbalizou seu sentimento ("você tá nervosa!") ao que o enfermeiro respondeu irritado: - "você é que está nervoso." A carência de atitudes compreensivas neste profissional leva-nos a supor que há problemas e questionamos os resultados da sua "ajuda" aos pacientes.*

*O último trecho mostra uma atitude compreensiva do enfermeiro para com o paciente respeitando sua vontade e seus sentimentos.*

*Rotular um paciente de dependente segundo Rogers (1966) é uma demonstração de que não compreendemos seus sentimentos. Se ele está apresentando-se com alguma "tendência regressiva", "destrutiva" ou outras demandas específicas, provavelmente, não está sendo atendido em suas necessidades. Por outro lado, um ambiente terapêutico e relações interpessoais voltadas para as necessidades reais da pessoa vão estimular seu crescimento, atitudes coerentes, comportamento adequado e independência criativa.*

*Os pacientes em um macro-hospital, em geral, são despojados de seus pertences, não podem ter regalias e nada de particular. Quando muito, uma sacolinha na qual carrega algumas muipezas.*

*Entretanto, alguns trechos serão apresentados mostrando a atitude de aceitação da independência de um paciente. Ao Sr. J. é permitido **1)** ter seus armários trancados com seus pertences, **2)** usar suas roupas pessoais, ao invés do uniforme, **3)** ter seus objetos de atividades ocupacionais e **4)** ter até um cachorro que ele alimenta e cuida.*

.....

*"E - Ligaram aqui Seu J. e pediram para o Sr. trazer sua mala. Não chamaram para abrir a casinha e pegar os armários?*

*P - Eu vou trazer o armário grande, o pequeno e uma caixa. O resto fica lá. Não dá pra trazer tudo.*

*E - Já está separado?*

- P - É muita coisa. Eu preciso de 2 cadeados. Eu vou com eles lá para pegar as coisas.*
- E - Eu vou ver com o encarregado para comprar os cadeados. Depende de verba...*
- P - Nesse armário eu guardo roupa e muitas outras coisas lá. O que der pra trazer eu trago.*
- E - O Sr. mandou sua roupa pra lavar?*
- P - Mandei mas custou muito pra voltar.*
- E - O que o Sr. vai fazer agora?*
- P - Eu tô sempre ocupado, fazendo uma cinta, costurando uma roupa...*
- E - Se quiser trazer a roupa agora, a gente identifica e manda pra lavar. Senão, manda outra hora.*
- P - O cachorro está sem comer.*
- E - Se ele ficar sem comer de novo, a gente chama aquela veterinária.*
- P - A casinha dele é de terra e ele fica cavocando e quando ele se apura faz lá mesmo.*
- P - Eu preciso estar aqui todos os dias para fazer medicamento. Duas vezes eu tenho que vir e pegar comida e levar pra ele. Eu não deixo ele solto por causa dos outros cachorros que vem da cidade...*

*Essa conversa durou mais ou menos doze minutos. A enfermeira conduziu amavelmente a comunicação sempre no sentido de ajudá-lo a resolver suas necessidades. O paciente estava tranqüilo e amistoso.*

*No breve trecho a seguir, percebemos a atitude de respeito pelo paciente deixando que ele escolha seu horário de banho, mesmo tendo lembrado indiretamente a necessidade de banho diário.*



.....

"E - *Você já tomou banho, J.?*

P - *Não.*

E - *Você quer tomar um banho?*

P - *Não.*

E - *Mais tarde?*

P - *Mais tarde eu tomo."*

***- Aceitar que outra pessoa desenvolva maior compreensão do que nós***

*Numa unidade de internação há várias pessoas em contato com cada paciente, outros profissionais, o pessoal da enfermagem e outros pacientes. Reconhecendo nossas limitações poderemos nos dar conta de que muitas vezes não conseguimos ser terapêuticos com determinado paciente. Por outro lado, o paciente não é nosso objeto de realização pessoal ou descarga emocional. Assim, todos os elementos que contactuam com ele estão, dentro da sua competência profissional, relacionando-se com ele em algum momento. Dependendo da filosofia adotada na unidade, por seus responsáveis, o comportamento dos elementos atuantes terá esta ou aquela característica, ou seja, seguirá um modelo X. Se, o paciente for considerado um objeto de trabalho a atitude das pessoas será uma; se a pessoa do paciente for o centro da atenção das pessoas, a atitude será outra.*

*Considerando que se preste uma assistência humanizada ao paciente*

*psiquiátrico, espera-se que através das relações interpessoais se procure ajudá-lo nas suas dificuldades.*

*Assim se todos estão ali para ajudar, temos que acreditar que cada um dará o melhor de si no momento oportuno.*

*Além disso, temos que considerar que até os outros pacientes podem, muitas vezes, ser mais adequados com algum paciente em particular do que os profissionais que, teoricamente estão ali para este fim. As observações citadas abaixo mostram duas situações desta natureza.*

*O paciente estava falando há mais ou menos 20 minutos e a enfermeira tentou controlá-lo, acalmá-lo e ajudá-lo. Mas, aos poucos foi ficando irritada pelo fracasso de suas tentativas. O paciente continuava falando sem parar. Outra paciente veio, murmurou alguma coisa pra ele e este controlou sua fala e pareceu-nos mais calmo.*

.....

*"E - Você tem alguma coisa importante para falar?"*

*P<sub>1</sub> - É sobre a impregnação.*

*E - Não tem nada. Não está ainda.*

*(Outro paciente entra no meio. A enfermeira chama-o pelo nome 8 vezes e ele não a atende.*

*Começa a falar com o paciente P<sub>1</sub>. O enfermeiro tenta impedir mas eles continuam a se comunicar)*

*P<sub>2</sub> - É impregnação que você tava falando?*

*P<sub>1</sub> - Impregnação.*

*P<sub>2</sub> - Tá te atrapalhando?*

*P<sub>2</sub> - Então vá pra casa dormir, vai...*

*(O paciente P<sub>1</sub> dirige-se para o seu quarto tranqüilamente)."*

*Como pode ser notado, nas duas situações um paciente foi mais terapêutico para o outro do que o próprio enfermeiro. Além disso, na segunda situação, o enfermeiro não só foi inadequado como tentou impedir que o outro paciente interferisse positivamente na situação. Por aí se vê que tanto numa como noutra situação, o profissional não estava interessado na pessoa do paciente mas insistindo em sua conduta considerada correta profissionalmente.*

#### ***- Concentrar-se na pessoa e não no problema***

*Centrar no problema do paciente significa olhá-lo de fora para dentro. Quando sabemos exatamente o diagnóstico apresentado pelo paciente X, sabemos identificar os comportamentos desse quadro nosológico, sabemos quais condutas são mais adequadas para serem implementados, estamos adotando o antigo modelo médico. Neste modelo, desempenhamos o papel de quem é o dono do saber frente a um paciente, rotulado com determinado diagnóstico, considerado incapaz, desempenhando papel passivo e dependente.*

*Nesses casos, fica fácil dizer-lhe: "eu compreendo seu problema", "eu compreendo o que o levou a agir dessa maneira", "eu também já passei por este problema e resolvi de maneira diferente da sua", "isso é assim mesmo", "isso passa", "há casos piores do que o seu", "eu aprendi que se você agir da maneira X vai conseguir o resultado Y" e assim por diante.*

*Todas essas comunicações tem o efeito de "bate e volta", ou seja, não tem nada a ver com a pessoa que precisa de ajuda.*

*Ao contrário, se dirigimos nossa atenção para a pessoa, como diz Rogers (1982), não importa seu diagnóstico nem as condutas estereotipadas desse ou daquele modelo. Importa sim, estarmos sensíveis aos sentimentos e reações que o outro experimenta naquele momento e apreendê-los "de dentro" tal como ele os vê. Para completar a comunicação, é importante ainda conseguir transmitir com êxito o que compreendemos dessa situação para o indivíduo.*

*Nosso procedimento, portanto, diante daquilo que o outro manifesta não é de interpretar, avaliar ou julgar, mas é apenas tentar compreender o que ele está procurando comunicar por palavras, gestos e mímicas buscando o significado pessoal que ela dá ao que expressa (Rudio, 1990, p. 81).*

*Quando centramos nossa atenção na pessoa não convêm antecipar-nos a ela. Desenvolvemos nosso trabalho numa atitude de interesse contínuo pois vamos conseguir ajudá-lo na medida em que ouvimos e observamos a expressão de seus sentimentos e apreendemos o sentido de suas experiências pessoais.*

*Dessa forma, diz Rogers (1982), "quando alguém compreende o que sinto e como sou sem querer analisar-me, julgar... então nesse clima passo a desabrochar e a crescer".*

*Nos dois trechos que destacamos das observações do relacionamento enfermeiro-paciente, podemos perceber claramente as mensagens de fora para dentro emitidas pelos enfermeiros. É lamentável, mas não conseguimos "logs" nos quais o enfermeiro tenha centrado sua atenção na pessoa (de dentro para fora).*

.....

"A paciente apresenta-se meio confusa..."

E - M. deixa eu falar uma coisa. Você vai ficar um pouco contida. É melhor pra você. Vai te ajudar a acalmar.

P - Não. Não fico, pelo amor de Deus...

F\* - Na hora que você acalmar eu te solto.

(O enfermeiro e o funcionário foram amarrando a paciente no leito e ela disse:)

P - Me solta, por favor. Tô calma. Vou ter um ataque do coração...

F - Não adianta você fazer força, você não vai conseguir."

.....

"O enfermeiro falava da melhora da paciente, quando esta disse:

P - Eu tenho dó das pessoas, você não tem?

E - Não. Eu estou mostrando pra você a sua melhora (Ai, a E. deve ter percebido...) Mas, se você quer falar que você tem dó das pessoas...

P - Eu tô sentida de ver o J. desse jeito. Eu fico com dó dele.

E - Mas veja só. Você não precisa ficar preocupada com os outros aqui. Nós estamos aqui para cuidar deles. Você precisa pensar na sua melhora. Nós estamos aqui com saúde para ajudar as pessoas que precisam como você..."

---

\* F - Funcionário - Auxiliar de Enfermagem.

*Nas duas situações, as pacientes foram tratadas como objetos do "poder curativo" dos enfermeiros. Tanto numa quanto noutra situação o enfermeiro "sabia" o que estava fazendo, acreditava que estava fazendo o melhor e sem vacilação assim o fez: "eu sei o que é melhor para você, aceite ou terei que obrigá-la a aceitar..."*

#### *IV.2.b. Interferindo nas relações interpessoais. Atitudes não-terapêuticas*

*Sem querer ser redundante passemos agora a analisar algumas situações que ocorrem no desempenho profissional da enfermagem, interferindo negativamente na interação sob a luz dos conceitos teóricos de Rogers e Travelbee, ou seja, das relações de pessoa-a-pessoa.*

##### ***- Fixidez na forma de comunicação do enfermeiro***

*Quando acompanhamos os enfermeiros deste estudo em suas atividades rotineiras, estivemos registrando todas as interações com os pacientes e pudemos observar que quase todos procuravam dar o melhor de si para os pacientes. Notamos ainda que, de um modo geral o enfermeiro estava com "boas intenções" no seu desempenho profissional. Entretanto, alguns chegaram a verbalizar "não sei se estou agindo corretamente", "eu faço o que sou capaz", "nunca tive uma avaliação do meu desempenho, gostaria de saber se estou agindo corretamente".*

*Não se trata aqui de analisar se a conduta desses enfermeiros era certa ou errada; não se trata aqui de julgar seu desempenho. Estamos querendo analisar suas interações à*

*luz de um referencial teórico que sem dúvida não é o que aprenderam no Curso de Enfermagem, pois sabemos que a maioria dos Cursos em nosso país estão calcados no Modelo Médico, estruturalista. Neste sentido, não esperávamos encontrar algo diferente do que vimos. Por outro lado, queremos aqui registrar que apesar de estarem atuando sob a orientação do Modelo Médico percebemos uma tendência bastante forte para a humanização da assistência de enfermagem, pois de um modo geral, os enfermeiros estavam preocupados com o paciente e os vimos muito próximos tanto na freqüência quanto na qualidade das comunicações.*

*Mas, nossa intenção neste momento, é chamar a atenção, de quem vai ler este material, para algumas situações que podem ser evitadas nas relações interpessoais, se quisermos ser instrumentos terapêuticos.*

*No Modelo Médico aprendemos que uma atitude profissional adequada mantém a distância e evita envolvimento, ou seja, temos que negar a nossa existência e adotar uma conduta pré-estabelecida. É lastimável ouvir dizer que esta postura está inspirada em Florence Nightingale. Em nosso conceito, ela preconizou sim a profissionalização da enfermagem porém, ela própria foi um modelo de ser humano autêntico em suas relações com os feridos na Guerra da Criméia, Ela saiu de si e os amou verdadeiramente.*

*É óbvio que não precisamos ir para um campo de guerra para demonstrar que nos interessamos pelos doentes. Entretanto, podemos buscar, a cada instante, nos aproximar mais de um modelo que coloca a pessoa no centro de nossas atenções.*

*Em uma das unidades selecionadas para este estudo, observamos o uso constante das frases: "você está confuso", "você está descontrolado", "você não está conseguindo se controlar", "sua cabeça está descontrolada...", "você precisa se controlar...", "procure se controlar",*

*"estamos aqui para te ajudar...". São frases usadas por todos os elementos ali atuantes e que nem sempre têm efeito terapêutico para o paciente visto que são frases feitas, emanadas de fora para dentro.*

*No "log" abaixo vemos um enfermeiro abordando pela primeira vez um paciente recém admitido.*

*.....*

*"E - Bom dia!*

*P - Bom dia.*

*E - Como é o seu nome?*

*P - J.*

*E - Meu nome é A. viu J.? Eu sou enfermeiro aqui. A gente está aqui pra te ajudar, pra ver se você resolve esses problemas que você está enfrentando, certo?*

*P - Mas eu saio daqui?*

*E - Vai voltar para casa, voltar à vida normal.*

*P - Bom?*

*E - Bom. Qualquer coisa que você estiver sentindo, precisando é só chamar a gente pra conversar com você, tá bom?*

*Dito isto, o enfermeiro virou-se para outro paciente e começou outra interação. Este enfermeiro não soube, sem dúvida, aproveitar a abertura que o paciente deu para iniciar um contato pessoal. O paciente deve ter ficado com dúvidas tanto em relação à sua melhora*



*quanto à ajuda que o enfermeiro poderia lhe proporcionar.*

***- Afirmações categóricas e bem definidas emitidas pelo enfermeiro***

*Os estereótipos, como já dissemos, são maneiras rígidas de conceber e julgar as pessoas e as situações. Geralmente estão impregnadas dos modelos do nosso próprio grupo, e como diz Rogers (1982, p. 24) resistem à lógica e à contradição dos fatos.*

*Quando agimos com base nestes estereótipos, ouvimos o que o outro diz mas não escutamos. No entanto, na escuta compreensiva, somos capazes de retomar ou resumir o que ouvimos e responder criativamente de acordo com o sentido bem próximo do que exatamente o outro quis transmitir. Dessa forma, estar atento ao que o outro diz ou faz e ao que dizemos ou fazemos, nunca é demais.*

*As afirmações que emitimos como jargões profissionais ou como resultado de nossa experiência pessoal ou profissional, sem levar em conta o outro, têm pouco valor terapêutico e, em alguns casos, tem efeitos desastrosos no processo comunicativo. Vejamos alguns trechos de interações com afirmativas bem definidas por parte do enfermeiro.*

.....

*"E - Aqui é muito ruim... Prá onde você quer ir?"*

*P - Caminho da roça..."*

.....

"E - *Você tá fazendo tapete, não está?*

P - *Tô.*

E - *O E. vem te buscar? (Funcionário da terapia ocupacional)*

P - *Vem. Ele fala que está bom o tapete. Mas as moças que cortam as tirinhas não cortam do mesmo jeito.*

E - *Mas já é uma atividade.*

P - *Se eu acho que está errado, desamarro tudo e faço de novo.*

E - *O importante é estar fazendo." (O enfermeiro sai)*

.....

"P - *Tô impregnado... (fala com dificuldade, equilíbrio instável, olhar indefinido)*

E - *Tá nada... Quem tá impregnado não dá nem prá conversar... (O paciente vai embora)*

.....

"E - *Hoje é... de agosto.*

P - *Mês do azar, da morte, do coração doido...*

E - *J. você consegue perceber as coisas que você fala?*

P - *É meu Q.I.*

E - *Não tem nada com Q.I. mas com seus problemas..."*

.....

"E - Oi J. como tem passado?

P - Bem.

E - Está mais calmo agora?

P - Tô.

E - Qualquer coisa que precisar da gente é só chamar."

No primeiro exemplo, o enfermeiro afirma que o hospital (aquele lugar) é ruim. Se ele que fica ali por decisão própria, acha ruim, o que irá pensar o paciente? Certamente o caminho da roça deve ser melhor.

A paciente que está fazendo o tapete estava interessada, ao que supomos, em falar sobre sua realização, sobre sua tenacidade em procurar fazer o melhor, mas o enfermeiro corta e afirma-lhe que não importa o que faz. Basta estar fazendo. Tira todo o sentido de auto-realização pessoal daquele trabalho.

Outra vez uma afirmação sábia. O enfermeiro, no terceiro trecho, demonstra seu poder e sua sabedoria obstaculizando qualquer continuidade da comunicação iniciada pelo paciente. A reação dele foi direta: aqui não consigo nada, vou-me embora... Da mesma forma, outro enfermeiro afastou o paciente no "log" nº 4, afirmando-lhe que estava errado na análise da sua dificuldade.

No trecho cinco vemos o enfermeiro usando aquela frase estereotipada "se precisar de mim, é só chamar", que o paciente está farto de ouvir, vinda de fora pra dentro, sem significação para ele.

.....

"E - Então tá bom. Tá na hora de voltar pra casa.

P - É.

E - E o serviço? Você vai voltar pro serviço?

P - Vou. Tenho que fazer a ficha de encaminhamento. Se eu ver que não dá, eu peço a aposentadoria.

E - É melhor trabalhar. Você é muito novo."

.....

"E - Oi M. como você está?

P - Tô meio prá baixo, prá baixo...

E - Você tem que se ajudar."

.....

"P - Olha aqui a minha roupa... está molhada.

E - Está toda molhada. Você vai pegar um resfriado. Pode tirar essa blusa.

P - Depois eu tiro.

E - Não. Vá tirar agora tá muito molhada.

P - Às 5 horas da manhã."

Nesses "logs" vemos "falas estimulantes" do enfermeiro para o paciente.

*Entretanto, são afirmações categóricas de fora para dentro e têm o sentido "eu sei que isso é o melhor pra você agora!" Mas, será que o paciente acha que é bom voltar para casa agora? Será que ele acha que é novo para se aposentar? Será que falando para o paciente você tem que se ajudar ela sabe o que fazer? O terceiro paciente estará preocupado com um resfriado ou suas preocupações são outras? Mesmo as comunicações aparentemente estimulantes precisam ser questionadas e analisadas pelo enfermeiro pelos motivos já descritos.*

***- Não valorização da pessoa social. Desconsideração do paciente como ser humano***

*Principalmente nos macro-hospitais, mas também presente em muitas outras unidades de tratamento dos doentes mentais, é a reclusão o ato maior da sociedade que define seu estado e sua perspectiva de vida. O uniforme, assegura quem é louco e quem não é. (Ribeiro, 1988)*

*Na colocação de Ribeiro (1988) os atendimentos são inadequados e visam a contenção do indivíduo ou a supressão dos sintomas por meio de medicamentos. Para ele, os movimentos que pretendiam considerar os valores do indivíduo eram minoritários e, segundo cremos, seu efeito tem sido muito lento na direção da humanização da assistência. Entretanto, acreditamos que um dia isso venha a se reverter e o doente mental possa ser ouvido, e ser tratado como um ser humano digno de respeito.*

*Ainda nos dias de hoje, encontramos pacientes sendo tratados como objetos, alienados da sociedade e desconsiderados como pessoas. Vê-se claramente a falta de respeito à pessoa humana, aos seus direitos como cidadão e à sua vontade e necessidades pessoais.*

*Temos aqui alguns exemplos que podem ilustrar o pensamento vigente a respeito do doente mental.*

.....

*"O enfermeiro foi chamar os pacientes para tomar café. Entrou na enfermaria e foi abordando cada uma pelo nome, falando aparentemente amigável.*

*E - Vamos, dona M. Vamos tomar café? Vamos sair da cama pra tomar café?*

*P - Tem que ir?*

*E - Tem sim.*

*Entretanto, ao tirar a paciente da cama pegou-a por uma perna e foi tirando-a sem a paciente querer. Não houve qualquer sinal de respeito à vontade da paciente."*

.....

*"E - Você vai ao passeio L.?*

*P - (Expressão de repúdio)*

*E - Não é tão ruim assim. É bom pra você. Vai sair, vai dar uma volta...*

*P - Com essa roupa?*

*E - Não tem necessidade de trocar.*

*P - Lá fora? Com esse uniforme ridículo?*

*E - É mas ninguém vai reparar.*

*P - Repara sim. O povo repara e fala...*

*E - Pode ficar tranqüilo..."*

.....

*"P - Olha a pedra.*

*E - Deixa a pedra ai.*

*Aluno de Enfermagem -Ele tem razão. Essa pedra no meio da pista é perigosa. (retira a pedra e o paciente fica mais tranqüilo)."*

.....

*"E - Olha lá. Estamos chegando.*

*P - Vamos pela calçada.*

*E - Aqui tá bom.*

*P - Você não tá vendo que é perigoso?*

*(O enfermeiro percebendo seu descaso disse:)*

*E - Você tem razão. A gente nem tinha percebido o perigo.*

*P - Vamos prá lá então."*

.....

*"E - Oi J. Tudo bem?*

*P - No passeio, as pessoas ficaram reparando, chamando-nos de loucos, fracos da cabeça. (Todos que estavam ouvindo riram: enfermeiros, funcionários e pacientes)*

*P - Vocês estão debochando? Passamos a maior humilhação da vida."*

.....

*"P - Você vai telefonar pra minha cunhada? Veja se ela traz o chinelo..."*

*E - Só o chinelo?*

*P - Quero uma camiseta branca. É prá ir embora.*

*E - Eu peço pra ela levar essa troca e trazer outra.*

*P - E o sapato de salto?*

*E - Isso ai você só vai precisar quando estiver em casa, né? Aqui você só precisa de um chinelo para proteger o pé. Não precisa de sapato de salto, nem de batom, nada disso. Aqui você não tem que se enfeitar. Você está aqui para se tratar."*

.....

*"E - Tá bom, japonês?*

*P - Tá bom.*

*E - Então tá bom. Sai do sol, tá quente.*

*P - Eu vou lá.*

*(Continua andando pelo pátio. Cumprimenta olhando um a um os pacientes porém vai chamando vários deles por apelidos, ao invés de seus respectivos nomes."*

*Os pacientes já sentem-se despersonalizados usando o uniforme nas*



*dependências do hospital. Agora imaginemos o que sentiram tendo que fazer um passeio externo com essa roupa acompanhados de enfermeiros, funcionários e outros profissionais da psiquiatria.*

*Outra situação que se repetiu foi a desconsideração com os temores e preocupações do paciente andando na rua. Interessante é que o paciente estava colocando questões de segurança perfeitamente válidas e a primeira reação do enfermeiro foi desconsiderá-la.*

*A desconsideração com a pessoa do paciente fica patente nas situações 1, 7 e 8 apresentados acima. É a negação da pessoa chamando-a por apelidos, às vezes até depreciativos; é a negação da pessoa não aceitando que ela cuide de sua aparência pessoal, é a negação da pessoa puxando-a pela perna para sair de sua cama porque o enfermeiro quer que assim seja.*

*Nos recortes de interações que registramos na seqüência podemos ainda verificar como a instituição, através do enfermeiro, age desconsiderando a pessoa do paciente.*

.....

"E - O Sr. mandou a roupa para lavar?

P - Mandei uma leva mas custou muito prá voltar. Quase 1 mês..."

.....

"P - Eu mandaria a roupa na minha sacola mas não vou senão ela não volta mais.

E - Então a gente põe num saco."

.....

"P - Eles estão me segurando aqui pra que?

*Diminuíram até a comida. É um monte de palhaçada. O que é que estou fazendo aqui se eu não tenho nada?"*

.....

"F - *Queria que você visse o problema de roupas. Hoje não tinha roupa para o banho dos pacientes.*

E - *De novo?"*

.....

"P - *Cadê o adoçante?*

P - *É terrível. O leite sem açúcar, o pão sem sal... o pão sem manteiga (Risos)."*

*Desconsiderações com roupas, alimentação, pertences e até com o estado do paciente ficam evidentes nestas falas. O paciente percebe, sente e manifesta-se, só que nem sempre é atendido.*

***- Enfraquecimento da pessoa pela aplicação de medicamentos que o impedem de controlar livremente suas ações***

*Segundo Vallejo-Nagera (1978), a medicalização do problema psiquiátrico cresceu na medida em que alusões anatomofisiológicas sobrepujaram-se aos fatores psicossociais envolvidos. Assim o uso indiscriminado de medicamentos psicotrópicos tem deixado os doentes à*

*mercê da conduta médica que pode ser ou não adequada. Os famosos coquetéis de calmantes, as medicações cotidianas, segundo Ribeiro (1988), têm servido de coadjuvantes na contenção de pacientes agitados para suprir a falta de pessoal especializado para lidar psicologicamente com as pessoas doentes.*

*O uso da medicação psicotrópica não está restrita aos macro-hospitais e é usada também em ambulatórios, hospitais de semi-internação, etc. Seu uso faz parte do tratamento prescritivo dentro do modelo médico de assistência.*

*Não queremos com isso preconizar a abolição total do uso de medicamentos mas lembrar que quando devidamente utilizadas sejam acompanhadas do respectivo suporte esclarecedor e participação do paciente para minimizar as conseqüências sociais.*

*Os dois "logs" aqui destacados referem-se a um mesmo paciente (alcoólatra e semi-internado) que tinha condições de abordar seus sentimentos a respeito da situação.*

.....

*"E - Como foi seu final de semana?*

*P - Foi doloroso.*

*E - Foi difícil?*

*P - Eu fiquei com muito sono... e uma moleza... pega mesmo..."*

.....

*"P - Esses remédios..."*

E - *Valium?*

P - *Me deixam muito tonto, trôpego, mais do que a cachaça.*

E - *É que você está tomando uma dosagem alta. Agora vai começar a diminuir.*

P - *Ninguém percebe quando eu bebo cachaça, mas esses remédios...*

*(Alguém chamou)*

*A enfermeira, a nosso ver, não tinha que dar apenas informação técnica. Ela poderia ter explorado os sentimentos que o paciente estava querendo explorar em vista da situação vivenciada.*

***- O enfermeiro não acredita no paciente. O paciente não confia no enfermeiro***

*Ainda nessa linha de pensamento em que o paciente é tratado como mero objeto, vem uma questão muito importante. Se entendemos que o paciente não é responsável pelos seus atos e o trancamos numa instituição que decide quando ele deve entrar ou sair, se o despojamos de sua identidade e pertences e, se controlamos seu comportamento através de medicamentos (efeitos de fora para dentro) estamos mostrando nossa descrença na pessoa, nas suas capacidades e potencialidades. Estamos ainda transmitindo-lhe a idéia de que ele é mau e tem que ficar controlado para seu bem e o bem da sociedade.*

*Por outro lado, na mesma proporção da nossa descrença em relação à sua pessoa, existe a desconfiança de sua parte quanto à nossa capacidade de ajudá-lo a enfrentar a sua doença ou a sair dela.*

*Isto fica muito claro nos exemplos extraídos das observações efetuadas para a presente pesquisa. Os "logs" 1 e 2 mostram a descrença do enfermeiro no paciente e nos três seguintes os pacientes demonstram, em seus atos, e em suas comunicações, a falta de confiança no profissional e na pessoa do enfermeiro.*

.....

*"F - Ele veio dizer que caiu mas nunca se sabe se o que ele fala é verdade ou mentira.*

*E - Você se arranhou?*

*P - Um arame.*

*E - Foi arame mesmo?"*

.....

*"E - Escuta aqui. Já tomou banho hoje?*

*P - Já.*

*E - De verdade?*

*P - Eu tomei na água fria...*

*E - A água não está fria. Ela tomou banho, S.?*

*P<sub>2</sub> - Tomou."*

.....

*"E - Vai tomar café agora? Espera ai, escuta o que estou te falando.*

*P - Vou tomar café agora e fumar um cigarrinho! Pode ser? (Saiu...)"*

*.....*

*"E - Você vai passear conosco agora...*

*P - Depois a gente volta?*

*E - Volta.*

*P - Volta mesmo?*

*E - Porque você não acredita na gente? O que a gente fez?*

*P - Tá me enrolando.*

*E - Presta atenção em mim...*

*P - Então sai da minha frente."*

*.....*

*"E - O que está acontecendo.*

*P - Você é da polícia...*

*E - Não sou da polícia.*

*P - Você tá mentindo pra mim.*

*E - Vamos conversar, J.*

*P - Não quero conversar, não. (Saiu)."*

*É lamentável essa constatação pois vemos a demonstração de que não estamos sendo terapêuticos em nossas atividades de enfermagem, não estamos ajudando as pessoas,*

*talvez por não conseguirmos nos interessar verdadeiramente por elas.*

**- Falta de concentração na pessoa do paciente. O enfermeiro introduz conceitos e valores seus. Atenção centrada na enfermagem**

*Se pudermos acrescentar à experiência visceral e sensorial que caracteriza todo reino animal, o dom da tomada de consciência livre, não deformante da qual unicamente o ser humano parece ser integralmente capaz, teremos então um organismo que é perfeito e construtivamente realista e socializado nos seus desejos (Rogers, 1982, p. 105).*

*Em todos os trabalhos de Rogers, suas idéias apontam na direção da consideração do homem como um ser humano digno de respeito e que tende ao crescimento e à construtividade tendo no mais íntimo do seu ser uma tendência positiva em relação à vida. Aponta também que na medida do nosso interesse verdadeiro pela pessoa está a condição para ajudá-la a atingir equilíbrio.*

*O contrário dessa postura é o relacionamento do profissional com um objeto do seu desempenho, voltado para a impessoalidade, a superficialidade, o não-envolvimento e a distância interpessoal.*

*O enfermeiro que atua voltado para o problema do paciente, para o desempenho de um papel social ou para o problema da instituição, pouco esforço fará na direção de voltar-se para a pessoa que apresenta problemas. Se não está voltada para a pessoa, envolve-se muito pouco no sentido da ajuda efetiva colocando-se em primeiro plano. Se assim o faz, vão à frente de sua conduta, os valores e preconceitos profissionais e até pessoais. Os exemplos que se seguem*

*mostram falta de concentração do enfermeiro no paciente e a introdução de valores pessoais. Sua comunicação está centrada em si próprio e não na pessoa que pede ajuda.*

.....

"P - *Tive um sonho bonito essa noite...*

E - *Com o que você sonhou?*

P - *Tinha um monte de tesoura... Eu fui pegando e enfiando num saco.*

E - *A unha do pé não corta nem querendo, né?*

P - *É."*

.....

"P - *Minha irmã morreu no dia 07/07/1990.*

E - *Você não quer mais leite? Hem?*

P - *Pode cantar baixinho? (Paciente canta bem alto).*

E - *Fique calminho..."*

.....

"P - *Sabe... tirei a camiseta.*

E - *Tá calor hoje!"*

.....

"P - *Vou embora.*



E - *Vai embora. Que bom heim?"*

.....

"P - *Me solta. Tô calma.*

E - *Entenda que nós queremos ver você mais calma. Sossegue..."*

.....

"E - *Vamos para o grupo, faz parte do tratamento. Você tem que participar de todas as atividades.*

P - *Eu quero ouvir... quero o sapatinho.*

E - *Você não quer ir não?*

P - *Não.*

E - *Mas hoje você vai e discute isso lá."*

.....

"P - *Eu quero ir, quero ir.*

E - *Então você vai ter que se controlar. vai ter que segurar na minha mão. (irritada)*

P - *Então sai da minha frente."*

.....

"P - *Quero passear.*

E - *Então você vai ter que se controlar. Você vai ter que ir aonde a gente for.*

*P - Quero soltar.*

*E - Não pode soltar."*

*.....*

*"E - Eu queria conversar sem fazer perguntas.*

*P - Dá um cigarro que eu converso.*

*E - Podemos conversar sem fazer perguntas. Assim eu não gosto.*

*P - Então vamos parar."*

*Nos "logs" 1 e 2 os enfermeiros estavam desatentos às comunicações mais significativas dos respectivos pacientes. Nos dois seguintes (3 e 4) a expressão dos valores dos enfermeiros não levaram em conta a apreciação do paciente. Os "logs" seguintes (5 a 9) apontam para comunicações centradas no enfermeiro. É a vontade, a determinação deste que está em primeiro plano. O paciente tem que cumprir ou afastar-se.*

***- O enfermeiro nega, reprime sentimentos do paciente. Apresenta seus sentimentos negativos***

*Se somos tratados com hostilidade e temos a percepção deste sentimento como tal, nossa primeira reação é agir defensivamente e assim provocamos bloqueios, distorções e até rupturas na comunicação. Entretanto, se percebemos a hostilidade do outro como uma reação defensiva contra a necessidade de afeto podemos reagir com amor e restabelecer os laços*

*comunicativos.*

*No encontro com a pessoa que precisa de ajuda estaremos estimulando-a a expressar seus sentimentos e necessidades se nos sentirmos livres para expressar-nos. Assim, a neutralidade do terapeuta pouco ajuda o outro. As demonstrações de afeto, interesse e desejo de ajudar são a energia que segundo Rogers (1982) será captada pelo outro através de seus sentimentos e não do intelecto.*

*Entretanto, aprendemos que o enfermeiro não deve expressar sentimentos nas atividades profissionais através de frases como: "você deve manter-se de fora", "a objetividade desaparece quando nos envolvemos", "não se libere nem se deixe levar", e outras mais. Nessa postura, o enfermeiro procura defender-se, esconder-se e, em consequência, teme suas próprias reações nas relações interpessoais.*

*Fora do contexto profissional, uma pessoa reprime seus sentimentos e necessidades por receio de rechaço daqueles a quem ama ou por temer não serem satisfeitos.*

*Sem dúvida que aquelas necessidades que absorvem as preocupações do enfermeiro (suas próprias) não deveriam ser objeto de desejo e de satisfação na interação, mesmo porque, o paciente fragilizado e necessitando de ajuda não tem condições de nos ajudar.*

*Na relação de ajuda, é bom estarmos abertos a sentimentos positivos em relação ao indivíduo. Assim, podemos ajudá-los a reconhecer seus sentimentos, trazer à consciência, elaborá-los e vivenciá-los com segurança (Rogers, 1982).*

*A situação apresentada a seguir pode nos demonstrar como a enfermeira reprimiu a manifestação dos sentimentos que o paciente queria expressar. No fundo, ele estava pedindo socorro e ela negou a ajuda.*

.....

"E - *Você dá licença que eu estou conversando com ela? Assim você vai incomodar a gente.*

P - *Estou meio confuso.*

E - *Conversa com R ou E que está pra lá.*

P - *Estou confuso...*

E - *Vai J. Dá licença que estou conversando com M. vai.*

P - *Estou desorientado.*

*(A enfermeira vira-se para a paciente M. e continua).*

*O exemplo seguinte mostra o paciente negando-se a expressar seus sentimentos. Pela sua expressão percebia-se que seu sofrimento era intenso mas não sabemos se, por regressão interna ou por não sentir segurança na resposta externa, ele os nega.*

.....

"*(Paciente deitado no chão...)*

E - *J. Vamos ficar em pé... levanta.*

*Vamos conversar em pé. O que você tá sentindo?*

P - *Inútil (quase imperceptível)*

*(Paciente levanta-se e ameaça jogar o corpo pra traz)*

E - *Você pode cair e se machucar. O que você está tentando falar prá nós?*

P - *(Incompreensível)*

E - *Fala de novo, R.*

*(Silêncio)"*

*Ao aproximar-se de um paciente que estava agitado, o enfermeiro foi falando secamente.*

.....

"E - *Olha aqui J. Não precisa chegar tão perto...*"

*Imediatamente, ele pegou no telefone que tocava. O enfermeiro "tirou-o" de sua mão, bruscamente parecendo irritada. Logo a seguir, o paciente colocou a mão no ombro de outro paciente e o enfermeiro falou:*

.....

"E - *Olha o que você está fazendo! Você não pode estar pegando nas pessoas. Isso não é normal.*

*As pessoas não gostam."*

*Vemos aqui uma atitude repressiva do enfermeiro negando os contatos entre as pessoas e, o que é pior, justificando que isto não é normal.*

*IV.2.c. Fatores que afetam a comunicação nas relações enfermeiro-paciente*

*Numa relação de ajuda, o paciente é a pessoa que pede ajuda. O enfermeiro é quem coloca a sua pessoa como instrumento dessa ajuda: é o facilitador do processo terapêutico que se desencadeia através das relações interpessoais. As relações interpessoais processam-se por intermédio da comunicação que se estabelece entre ambos.*

*Como já vimos nos itens anteriores, existem táticas que nos permitem utilizar a comunicação de maneira a obter resultados positivos no sentido de ajudar o outro a perceber seu comportamento, a reconhecer seus sentimentos e suas necessidades e a encontrar saídas construtivas para suas dificuldades.*

*Entretanto, a comunicação pode ser distorcida ou podemos provocar rupturas que interferem com o resultado esperado. A pré-disposição de cada um, ante a experiência; a posição e o papel de cada membro; as intenções e perspectivas; o contexto (físico, psicológico e social) onde ocorrem são fatores que temos que considerar na relação de ajuda. Além disso, a comunicação sofre interferências do conteúdo das mensagens, da forma de transmiti-las, do efeito destas no receptor e as técnicas utilizadas para alcançar os objetivos desejados.*

*Assim, as rupturas podem ocorrer por vários motivos entre os quais queremos destacar alguns a seguir.*

***- Disponibilidade para escutar o paciente***

*Quando aceitamos fazer um seguimento de enfermagem com determinado paciente, procuramos um local que seja adequado, sem interferências, sem ruídos e colocamo-nos na condição de ouvir a pessoa. Entretanto, mesmo com todos esses cuidados, podemos estar escutando o paciente sem conseguir ouvir a mensagem transmitida através de sua fala. Pode ser que estejamos cansados, preocupados com algum acontecimento, ou mesmo, desinteressados naquilo que estamos fazendo.*

*É importante avaliar nossa participação para procurarmos saber se realmente estamos em condições de ouvir o outro. Se algo estiver interferindo ou ameaçando interferir é bom nos conscientizarmos do motivo para tomarmos a conduta adequada: comunicar ao paciente, adiar o encontro, providenciar substituição enfim, sermos honestos conosco e com o outro.*

*Se, durante a interação, ocorre algum fato que modifique a atenção do enfermeiro, se algo provoca-lhe irritação ou outro sentimento que desvie sua atenção é prudente avaliar para evitar que venha a ser prejudicial.*

*O fato de achar que sabemos de antemão o que o paciente vai dizer pode ser um obstáculo à escuta terapêutica, pois nos fechamos às infinitas possibilidades que podem surgir na sua comunicação.*

*Numa unidade de internação, onde o enfermeiro tem muitos pacientes para atender ao mesmo tempo, a situação é bem diferente. Além dos pacientes, ele interage com os funcionários e outros profissionais e ainda tem que dar conta das atividades administrativas daquela unidade.*

*Mesmo assim, pelo que constatamos nas quatro unidades observadas neste estudo, a maior parte de seu tempo é dedicado às interações com pacientes.*

*Enquanto estivemos presentes nestas unidades, sentimos até bastante respeito por parte das pessoas à atividade interativa do enfermeiro. Assim com raras exceções, toda vez que o enfermeiro estava relacionando-se com algum paciente, as interferências foram mínimas permitindo-lhe assim, escutar atentamente o paciente.*

*Por outro lado, observamos que televisão, som e rádio funcionam como ruídos indesejáveis atrapalhando a escuta atenta aos pacientes.*

*As três situações aqui colocadas vão nos permitir perceber: no primeiro caso, o enfermeiro não ouviu porque estava preocupado com um problema administrativo; no segundo, não percebeu que o paciente estava querendo abordar seus sentimentos em relação à família e usou frases estereotipadas que romperam a comunicação; no terceiro, o enfermeiro estava tão irritado com as perguntas do paciente que qualquer coisa que fosse dita, ele não tinha condições pessoais para ouvir, vejamos:*

.....

"E - Oi.

P - Você está lembrada de mim?

E - Claro que eu lembro.

P - O meu chinelo. O meu chinelo faltou. Perdi... (O enfermeiro não ouviu e virou-se para o funcionário e falou)

E - Quem está faltando do pessoal?

*(O enfermeiro estava "preocupado" com outra coisa. Ai a paciente foi perguntar para outra*



*peessoa)."*

.....

"P - *Eu amo minha família.*

E - *Isso é muito bom. Sabe o que está acontecendo? Você está confuso. Está falando sem parar.*

P - *Está faltando um parafuso na minha cabeça.*

E - *Pensa um pouco para falar...*

*(O paciente afastou-se)"*

.....

"O paciente fazia uma série de perguntas; algumas o enfermeiro respondia, outras ele mesmo respondia. Ai, o enfermeiro foi ficando irritado e disse:

E - *Mas eu não gosto de conversar por perguntas. Me incomoda. Eu não gosto.*

P - *O que é jaqueta?*

E - *Você sabe?*

P - *E casaco?*

E - *Se você sabe porque faz tantas perguntas? Eu já falei. Eu não gosto de conversar assim."*

*Dessa forma, é bom estarmos atentos e avaliando nosso comportamento nas relações interpessoais para verificar se obstruímos a escuta, se estamos escutando intelectualmente ou se estamos realmente ouvindo a mensagem que o paciente nos comunica para poder ajudá-lo.*

**- Falhas na interpretação da expressão verbal e não-verbal ou na análise do tema**

*A interpretação correta da mensagem ou a análise correta do tema em comunicação é de suma importância para a ajuda terapêutica. Por isso Rogers, nas obras já citadas reforça a idéia de que devemos estar sempre nos certificando com o paciente se a nossa compreensão da comunicação está correta. Essa interpretação correta não quer dizer apenas o aspecto intelectual da mensagem. Quer dizer, principalmente, o conteúdo psicológico da mensagem, associado às comunicações não-verbais que o acompanham.*

*Os contatos iniciais do enfermeiro com uma pessoa recém-chegada podem apresentar maiores dificuldades do que haveria com os já conhecidos. Travelbee (1982, p. 82) reforça a necessidade de verificar com o outro o significado de sua mensagem. Diz ainda que a intervenção de enfermagem seria inadequada ou nula o resultado de uma interpretação estiver incorreto.*

.....

"P - Quero ir no passeio. Quero voltar.

E - Eu estou sentindo você muito descontrolada.

P - Descontrolada tá você. Nervosa."

.....

"E - ...Estou falando com você... E tá te incomodando? Parece que você está ficando irritada.

P - Não.

E - Não está incomodando você?

*P - Não. De jeito nenhum."*

*.....*

*"E - Você já tomou o leite?*

*P - Já. quero ir embora. Quero ir embora.*

*E - Você acha que está bem para ir embora?*

*P - Claro que estou bem.*

*E - A gente não acha isto. A gente observa que você está muito confuso ainda.*

*P - Confuso na sua cabeça. Na minha não."*

*.....*

*"E - Parece que você está desanimada.*

*P - Desanimada não. Esse remédio está me deixando tensa.*

*E - Tá deixando tensa ou com sono?*

*P - Com muito sono. Mas, por dentro sinto muita ansiedade, uma febre..."*

*Nos quatro "logs" acima apresentados, vemos surgir a discordância entre o enfermeiro e o paciente. O paciente comunica algo e o enfermeiro o analisa sob outro prisma. Isto, sem dúvida não ajuda o paciente a refletir de acordo com seu ponto de vista, nem a pensar em outras alternativas. Cada um interpreta do seu modo e não há encontro, nem compreensão.*

.....

"P - *(Incompreensível)*

E - *Onde você quer ir, M.?*

P - *Mijar...*

E - *O que você quer? Quer ir ao banheiro? Fazer xixi?*

*(O enfermeiro olhou para o paciente. Estava molhado).*

E - *Já fez, M.?"*

*Neste caso, estamos diante de dificuldade do enfermeiro interpretar a comunicação verbal e não-verbal ao mesmo tempo pois, desde o início da interação, a paciente já estava molhada e incomodada.*

*As falhas de interpretação da mensagem, segundo Travelbee (1982) devem-se à não conhecer o paciente, à incapacidade para identificar sinais não-verbais e à omissão do enfermeiro em verificar com o outro a exatidão na interpretação das mensagens. Além disso, as conclusões precipitadas têm causado erros que podem prejudicar seriamente alguns pacientes.*

*A mesma autora ainda nos chama a atenção para estarmos atentos às comunicações dos pacientes o tempo todo pois é comum estarem avaliando nossa capacidade e disposição de interesse por eles.*

*Outra coisa que perturba a seqüência da comunicação é a pergunta direta. O paciente pergunta-nos: o que você acha disso? O que é isto ou aquilo? Nesses casos, é prudente ter a tranqüilidade de devolver-lhe a pergunta, pois, ele pode estar querendo uma oportunidade para ele próprio falar sobre aquele tema. Também, nossa resposta, pode provocar a ruptura da comunicação*

*se não tivermos clareza sobre o que o paciente está querendo com esta pergunta.*

***- Fazer duas ou mais perguntas ao mesmo tempo. Mudar o tema***

*Para Travelbee (1982, p. 89), numa relação de ajuda é imprescindível infundir no outro o sentimento de confiança para que ele consiga expor-se e ter esperanças de sair beneficiado deste episódio. O profissional, segundo ela, consegue com isso abrir novas vias de comunicação sendo sensível, com agudo senso de oportunidade, sabendo quando falar, o que dizer, quando dizer, quando calar e mostrar seu interesse através da comunicação.*

*Um problema que aparece nas interações é que o enfermeiro, muitas vezes nem se dá conta de que faz várias perguntas ao mesmo tempo, ou muda o tema que o outro está interessado em aprofundar. Quando faz várias perguntas ao mesmo tempo, embora estejam dentro de um mesmo tema, o outro fica perdido sem saber a qual delas responder. Assim, ele escolherá uma delas para responder, mudará para outro assunto diferente ou poderá se calar.*

*De qualquer forma, a comunicação está sujeita a rupturas na seqüência. A relação de ajuda, poderá ficar prejudicada porque o paciente entenderá que o enfermeiro não tem a competência necessária para fazê-lo ou está com problemas que o tornam tão ansioso, incapaz de conduzir a comunicação com a devida tranqüilidade. Vejamos alguns "logs" ilustrativos.*

.....

*"P - O tia, eu vou dormir? Num tô bom não.*

*E - Teve visita esta semana?*

*P - Eu vou embora. Não aguento mais essa palhaçada aqui...*

*E - Daqui a pouco a Dra. vem."*

.....

*"E - J. você fez a barba? Você trocou de roupa? Veio machucado? E o cabelo? Você gosta tanto de casaco... você vai de casaco lá? E a blusa também. Ah! vou te dar uma bucha, tá muito escuro seu pé.*

*P - Vou passar ela...*

*E - Tem que passar com sabonete. Aproveita e lava o chinelo também..."*

.....

*"E - Oi M. Vem cá. Vamos conversar. Conta prá nós onde você mora.*

*P - Rua Guaira.*

*E - Não pode falar? Onde fica essa rua Guaira? Qual a cidade? Ribeirão Preto?*

*(Silêncio)*

*E - Você está entendendo o que eu estou falando?*

*(A paciente sai)."*

.....

*"E - Oi M. tudo bem? Você se lembra do meu nome? Heim? Lembra? Você foi pra casa domingo? Foi? Gostou de ir para casa? Você acha que a cabeça tá melhor?*

*(Silêncio)*

E - *Você conversou? Conversou com o médico? Hoje à tarde? Dormiu? Dormiu bastante?*

*(A paciente não respondeu a nenhuma das perguntas. Só olhava para os lados com os olhos arregalados. Às vezes fixava no enfermeiro e desviava)."*

.....

"E - *Como vai D.? Você está bom? Está descansado? Está cansado? Você tomou banho hoje?*

P - *Ontem."*

*No primeiro trecho, o enfermeiro mostrou-se totalmente desinteressado no paciente. Não valorizou suas queixas, nem procurou interessar-se pelos seus sentimentos. Nos outros, a avalanche de perguntas provocou silêncios, saídas, enfim, romperam-se as possibilidades de uma comunicação produtiva.*

### ***- Falar pouco ou demais***

*Essa questão é difícil de ser analisada fora do contexto total da relação de ajuda. Há momentos em que temos que falar um pouco mais e em outros, é melhor estarmos calados permitindo uma descarga de idéias ou de emoções (e isto inclui os momentos de silêncio) que permitirão ao outro aliviar a sua ansiedade.*

*Quando ocupamos a maior parte do tempo falando, geralmente estamos impedindo o paciente de expor suas idéias, de analisar seus problemas e de tirar suas próprias conclusões. Pode também acontecer (e precisamos estar atentos quanto a isso) que se dê uma*

*inversão de papéis porque sutilmente o paciente nos induz a falar de nós mesmos para evitar de abordar os seus problemas. Os silêncios do paciente assim como a nossa ansiedade podem também nos induzir a falar demais. É preciso tranqüilidade da nossa parte para percebermos o que está acontecendo e reagirmos de maneira adequada.*

*Por outro lado, se falamos muito pouco podemos transmitir a idéia de desinteresse, frieza e de incapacidade. Para Travelbee (1982, p. 88), o enfermeiro deve estimular o paciente a comunicar-se, dirigir o curso da conversação e ajudá-lo a concentrar-se. Falar muito pouco bloqueia a comunicação tanto quanto falar demais.*

*Prestando atenção às reações do paciente e às nossas próprias, podemos ter indicações do que está ocorrendo, e de quanto nossa atitude está interferindo no relacionamento. Vejamos dois trechos ilustrativos.*

.....

"E - Olha aqui M. você conhece aquela árvore? Você acha bonita? Ela se chama Ipê Amarelo.

P - Ipê.

E - É Ipê.

P - Agora estou cansando.

E - E aquela roxinha ali? Você conhece?

P - Para de falar.

E - Eu paro. Vamos andando.

*(Logo em seguida o enfermeiro falou):*



E - *Você fazia passeio na escola?*

P - *Não.*

E - *O que você fazia na escola?*

P - *Você tá me enrolando."*

.....

"E - *Dona M. deixa eu falar uma coisa pra Sra.? Já falou com seu médico sobre sua dor nas costas? Hoje é dia de passeio. Só que o passeio é feito lá embaixo e é uma ginástica que se faz lá. Mas se você não der conta de fazer a ginástica não tem problema pode estar descendo para o passeio. A Sra. gostaria de sair nesse passeio?*

P - *É longe?*

E - *É um pouco longe mas dá pra ir porque é só descida e pra voltar a gente pega o micro-ônibus e ele nos deixa aqui. Acho que dá pra ir, a gente vai devagarzinho. Não tem pressa.*

P - *A gente vai assim?*

E - *Vai. Os pacientes vão todos vestidos com uniforme. Quando o paciente não faz ginástica ele troca de roupa mas hoje como tem ginástica tem que ir com o pijama mesmo.*

P - *Deus vai me ajudar...*

E - *Ah vai. Se a Sra. não conseguir descer até lá em baixo, a gente volta, também. Não é tão perto, mas é só descida. Não tem problema nenhum. Se não conseguir ficar na ginástica, fica lá sentada vendo os outros pacientes e a gente dá um passeio em volta, aí, pega o ônibus pra voltar.*

P - *Tá (Bem fraquinho)."*

*No primeiro, o enfermeiro estava irritado, e muito ansioso por ter saído com o paciente para um passeio externo com os demais pacientes e membros da equipe. O paciente estava agitado e na tentativa de controlar a situação, ela tentou diversas formas de comunicação. Entretanto, o paciente percebeu seu excesso de preocupação e parece ter interpretado suas falas como um modo de controlá-lo e não de ajudá-lo.*

*O texto seguinte mostra o enfermeiro falando muito mais do que a paciente. Mas, era uma situação nova e eram necessários os esclarecimentos para que a paciente participasse da atividade. Mas mesmo com esta justificativa está claro que o enfermeiro falou demais sem oportunidade para a paciente expressar seu entendimento da situação.*

#### ***- O uso indiscriminado do "porque"***

*A pergunta "porque" é uma expressão que denota investigação, curiosidade, explicitação, detalhamento, porém carrega consigo, muitas vezes, o sentido de ameaça, de reprovação.*

*Para Benjamin (1978, p. 108) fazendo essa pergunta podemos levar o outro a se fechar em lugar de abrir, a defender-se em lugar de olhar para dentro ou a racionalizar em lugar de entrar em contato com sua própria verdade.*

*A expressão "porque" é utilizada em nossa linguagem comum e nossa comunicação em geral está impregnada de "porques". Desse modo, será difícil evitarmos totalmente seu uso, mas o esforço que fizermos conscientemente neste sentido será estimulante em vista dos*

*resultados da comunicação.*

*Em algumas situações, entretanto, é necessário o uso dessa expressão. Quando fatos (e não pensamentos e emoções) precisam ser esclarecidos e como diz Benjamim (1978, p. 111) seu uso deve ser restrito a esclarecimento de fatos em situações de respeito e que não seja sentido como ameaça.*

## **V. APRECIACÕES FINAIS**

*Dizer que estamos encerrando esse estudo ou concluindo a pesquisa seria o mesmo que concordar em dizer que este é o fim do caminho. No entanto, a percepção que temos é totalmente inversa. Sentimos que este é o ponto de chegada para novos pontos de partida.*

*Temos claro que o processo que culminou com o presente trabalho proporcionou-nos intenso aprendizado afetivo, visceral e intelectual. Temos também claro que, por estarmos livres para escolher o que e como investigar, podemos dizer que atingimos os objetivos propostos. É, finalmente, não resta a menor dúvida de que procurando fazer o melhor, estamos transmitindo graficamente algumas das muitas idéias que neste momento ocupam nosso campo cognitivo.*

*As idéias aqui registradas retratam a expressão do nosso pensamento. Esperamos agora que sirvam de material para que os enfermeiros possam refletir sobre sua prática na assistência junto à pessoa com quem interage. Esperamos mais ainda que estas idéias sendo ponto de partida, revertam em mais conhecimentos e que, venham a ser aplicados não apenas na saúde mental mas em qualquer especialidade da enfermagem, sempre que houver o contato da pessoa de um enfermeiro com alguém que precisa de ajuda.*

*Realizamos um estudo qualitativo buscando apresentar objetivamente os conhecimentos teóricos e as observações da prática da enfermagem psiquiátrica em suas relações interpessoais. Buscando essa objetividade, sabemos que seu resultado é relativo e afeito a uma situação específica e um momento dado.*

*Podemos sumarizar o conteúdo deste estudo dizendo que apresentamos a*

*visão histórica do doente mental através dos tempos, destacando os momentos que tem registro de alguma tendência de humanização da assistência. Nesta trajetória que vai pontuando o pensamento de cada época, a enfermagem teve seu desenvolvimento ligado aos mesmos acontecimentos porque desde que exista alguém sofrendo, existe um outro para ajudá-lo e desde que os avanços atingem a um dos dois (paciente - enfermeiro) atinge ao outro.*

*Detalhes minuciosamente descritos da evolução do pensamento da sociedade em relação à doença mental estão relatados em livros, periódicos e tratados. Partimos então desse ponto, acrescentamos algumas informações sobre a evolução da enfermagem psiquiátrica, especialmente no que se refere as tendências humanizadoras da assistência.*

*Ao longo da evolução nos tempos, a enfermagem psiquiátrica sofreu diversas transformações com relação ao saber (os conhecimentos das várias ciências e diferentes práticas [especialmente da medicina] que foram sendo incorporadas à enfermagem) ao valor (o modo como regula, controla e transforma as funções vitais do organismo; a articulação da prática e do saber (com o conjunto da sociedade) e a instrumentalização (técnicas empregadas para a efetivação do cuidado junto ao paciente).*

*Como vimos no item I.1., há mais de um século, o hospital tem sido o local escolhido pela sociedade para alojar a doença mental. Embora a internação e o modo de tratar o doente tenham sofrido transformações, os hospitais ainda nos dias de hoje possuem características marcantes que determinam o papel da equipe e dos pacientes numa dinâmica social repressora. Como dizem Campos & Araújo (1986), estas instituições reprimem com severidade as manifestações espontâneas do internado e das equipes, empobrecendo a ambos e dificultando qualquer contato ou troca pessoal, ou de papéis.*

*Apontam ainda que a preocupação tem sido a contenção de sua clientela, internados e equipe que devem adaptar-se a esquemas verticais de trabalho. O enfermeiro acaba executando tarefas de controle do internado e repasse dos métodos coercitivos do restante das equipes. A forma dominante de pensar e praticar a enfermagem reproduz e reforma a alienação do homem na sociedade contemporânea e o amputa de suas mais sutis dimensões.*

*Esse modo de pensar instalado em nossa profissão, marginaliza formas de conhecimento alternativas que poderiam ser germes de práticas desalienadoras.*

*A força do poder de manutenção desse estado de coisas provem de um sistema econômico capitalista onde está perfeitamente adaptado o modelo médico de assistência. Para Possas (1980) a prática médica origina-se no social e sobre ele se constitui.*

*Entretanto, essa situação não é aceita com tranqüilidade. Em função dos conhecimentos oriundos de diferentes correntes de pensamento, das tentativas de seus seguidores de colocar em prática esses conhecimentos e do descontentamento dos trabalhadores de saúde mental com o modelo dominante, encontramos na prática, na pesquisa e no ensino, todos os modelos descritos no item I.2. deste trabalho.*

*As contribuições do Modelo Psicodinâmico, do Modelo Comportamental, do Modelo Preventivista e do Modelo Humanista estão permeando muitas das atividades das profissionais da saúde. A partir do Modelo Médico vigente, já experimentaram transformar a assistência passando radicalmente para um desses modelos e recentemente tem surgido propostas integradoras mais voltadas para o contato humano, abrindo espaço para práticas mais criativas.*

*A prática da enfermagem é por sua vez pré-determinada pelo status da profissão na sociedade global (Ferreira-Santos, 1973). A instituição que responde às determinações*

*sociais atua diretamente sobre a prática da enfermagem estabelecendo a ligação direta do poder. O médico investido da figura de autoridade é o profissional que mais diretamente influencia a prática da enfermagem.*

*De acordo com Campos & Araújo (1986), a enfermagem constituiu-se no ponto de maior choque entre as ideologias médica, institucional e social. Acostumada à subserviência, às ordens médicas, em constante contato com as necessidades dos pacientes, portavoz direto da instituição e conhecedor das necessidades trazidas ao hospital pelos familiares, a identidade do enfermeiro se mostra, a todo momento, ameaçada.*

*A visão desses dois psiquiatras vai mais fundo na leitura que fazem da enfermagem. Dizem que sendo oriunda de uma função de vigia e contenção e ao mesmo tempo, portadora dos ideais de cuidado e apoio ao paciente, a enfermagem se vê como camaleão, constantemente a mudar sua cor, de acordo com a parede em que se encosta.*

*Os choques ocorrem porque muitas vezes o enfermeiro rebela-se contra sua função de dar cuidados ao paciente coisificado, demonstrando resistências frente ao modelo dominante de assistência.*

*Corroborando a posição de camaleão identificada acima, Filizola (1990) realizou uma pesquisa sobre o papel oprimido e opressor do enfermeiro psiquiátrico e verificou embora sob uma visão bastante radical, que este profissional reproduz o modelo hegemônico e não encontra espaço para aproximar-se do paciente.*

*A forma como a enfermagem tem olhado o paciente compromete a visão de homem e contribui para gerar e manter uma sociedade em que o homem é cada vez menos homem e cada vez um pedaço de homem, um homem esquizofrênico, um homem psicotizado. Nessa postura,*

*reproduz o "status quo" curvando-se ao esquema da minoria dominante.*

*Ao mesmo tempo, vê-se angustiada frente a esta situação, sem saber exatamente porque e como sair desta.*

*Entretanto, Campos & Araújo (1986) tiveram a percepção e reconhecem que o enfermeiro deverá evoluir para um papel de terapeuta, compreensivo e atuante na dinâmica do paciente.*

*Essa posição vem de encontro a da nossa visão de futuro na enfermagem. Temos tido a percepção de que o enfermeiro anda buscando sua identidade profissional como já referi no prefácio deste trabalho. Nesta busca, o enfermeiro enveredou-se por caminhos do cientificismo seguindo o modelo médico, tentou descobrir dentro do processo de enfermagem a fórmula para posicionar-se profissionalmente. Entretanto, parece que faltam elementos para sustentar o investimento que seria necessário para a implementação de uma enfermagem praticada com base nos tão complicados processos de enfermagem.*

*Nossa postura, com o presente estudo, é oferecer elementos na área do saber humanista, acompanhados dos valores fundamentais necessários a uma mudança de atitude da pessoa do enfermeiro, com o objetivo de clarear as possibilidades e dificuldades de uma enfermagem comprometida com a tarefa do viver. Com este referencial, visualizamos a possibilidade da enfermagem psiquiátrica instrumentalizar-se para ajudar os homens a viverem com sentido de plenitude. Vemos ainda a possibilidade de se assistir o homem, fragmentado sendo substituído pela prática da enfermagem com um ser humano pleno.*

*Com base nessa crença, apresentamos os fundamentos teóricos sobre a humanização da assistência em saúde mental focalizando o homem como centro nas relações*



*interpessoais considerando a visão de um ser humano que pode ser beneficiado através da relação de ajuda numa enfermagem humanizada.*

*Para completar o material que queríamos oferecer aos enfermeiros para reflexão sobre sua prática, apresentamos os fundamentos teóricos da comunicação intrapsíquica, da comunicação interpessoal e das relações terapêuticas nas interações enfermeiro-paciente.*

*Sabemos que uma posição filosófica pura ou mesmo uma teoria considerada completa e fechada em si mesma é utopia. Assim, não nos intimidamos em utilizar conceitos da psicanálise ou de outras fontes neste estudo. Sem dúvida que os discursos de Carl Rogers e de Joyce Travelbee tiveram pesos muito maiores, porém como já dissemos, foi através deles que encontramos respaldo para desenvolver nossa proposta.*

*Os modelos de assistência apresentados aqui estão baseados em fundamentações teóricas e/ou filosóficas que deram suporte para sua efetivação prática. Cada um deles surgiu num momento da evolução que tinha condições sociais propícias e os conhecimentos de um servem de base para o outro prosseguir ou contestar.*

*Na enfermagem psiquiátrica, em qualquer nível de ensino (graduação, especialização e pós-graduação), o aluno precisa de conhecimentos de historicidade da saúde mental, de localizar os avanços na sociedade atual na qual está inserido de conhecimentos básicos da mente, do comportamento humano e de suas relações consigo mesmo e com os outros, além do aspecto nosológico psiquiátrico. E hoje achamos mais, que o aluno precisa habituar-se a exteriorizar sua sensibilidade e expressar sentimentos, humor e emoções sem medo de sair do seu papel profissional.*

*A partir das reflexões sobre o homem humanizado e suas relações, o enfermeiro terá elementos para ver-se a si próprio como um ser humano capaz de comunicar-se*

*sadiamente consigo, com os outros e com os acontecimentos do seu ambiente social. Dessa forma, pode compreender melhor suas próprias atitudes, confusões, ambivalências, sentimentos e percepções. Terá maior capacidade de compreender as expressões do outro, desprovidas de complicações emocionais.*

*A própria relação de ajuda adquire para o enfermeiro o sentido de proporcionar ao outro a oportunidade de fazer escolhas responsáveis, numa atmosfera na qual se espera que sejam capazes (enfermeiro e paciente) de tomar decisões por si mesmos, sendo estas cada vez mais maduras e responsáveis.*

*Para completar, optamos por apresentar as observações que fizemos nas unidades de assistência, das relações enfermeiro-paciente. Para isto utilizamos a observação direta do desempenho de 18 enfermeiros gravando cada contato destes com pacientes, funcionários, familiares e outros profissionais. Só utilizamos para análise as interações enfermeiro-paciente. Os demais registros serão analisados em outras oportunidades.*

*A metodologia utilizada permitiu-nos sistematizar a apresentação das ações de enfermagem em três grandes grupos: as ações que consideramos que poderiam ajudar o paciente nas relações interpessoais; as ações que poderiam interferir nas relações interpessoais resultando em atitudes não-terapêuticas; e aqueles fatores que afetam a comunicação interpessoal nas relações de ajuda.*

*Cada grupo foi apresentado em sub-categorias que nos permitiram associar as interações dos enfermeiros com seus pacientes durante o desempenho de suas funções cotidianas colocados no texto em forma de "logs", isto é, trechos das comunicações acrescidas com os comentários provenientes das reflexões extraídas da teoria dos itens precedentes. A questão colocada*

sobre o objeto real no qual se baseia a investigação está em função da teoria colocada para apreendê-lo.

*Começamos a ver por intuição que certas atitudes parecem ser mais eficazes que outras. Relacionando essas situações com a teoria, fomos esclarecendo e delineando uma direção à seguir. Assim, apresentamos cada categoria no item IV.2. Provavelmente a presente formulação sofra mudanças e melhoramentos futuros, porém neste momento, era o material que tínhamos e o consideramos um passo à frente para a enfermagem, pois, de todos os modelos disponíveis para uso da enfermagem na assistência em saúde mental, constatamos que este era o menos explorado em profundidade.*

*A experiência vivida pela equipe do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (Campos & Araújo, 1986) mostrou que o tipo de atendimento colocando o paciente como figura central e os cuidados à pessoa do internado permitiam ao enfermeiro definir seu papel e estabelecer sua identidade profissional. Essa experiência enche-nos da esperança de que muitos enfermeiros venham a conhecê-la e, se nossas reflexões forem associadas, poderão fornecer suporte para que o enfermeiro sintasse-se mais seguro para transformar sua assistência ao homem coisificado em uma vivência humana e realizadora. Trabalhos como este citado animam-nos a prosseguir e a estimular outros a tentarem humanizar a assistência.*

*Sabemos que o caminho para a humanização da assistência é longo pois depende de inúmeros fatores, dentre os quais, uma mudança pessoal no modo de encarar a doença, o doente mental e as formas de tratamento à pessoa e à nós mesmos, melhor qualificação profissional daqueles que humanizam a assistência; ensino mais seguro (teórico e prático); supervisão por profissional qualificado. Como outros já iniciaram esse empreendimento, queremos nos posicionar a*

*favor e contribuir com o que dispomos neste momento, e prosseguir com estudos futuros, divulgando seus resultados.*

*A contribuição deste estudo não é dirigida apenas aos enfermeiros da prática. Tomou corpo e está dirigida principalmente ao ensino de Especialização e Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica. Percebemos que é através de enfermeiros preparados para uma atitude crítica e engajados na missão de replicadores das idéias inovadoras que encontramos solo fértil.*

*Para encerrar, lembramos que na medida em que humanizamos a assistência tornamo-nos mais humanos; na medida em que nos conhecemos melhor somos mais livres para viver uma vida plena e favorecer este mesmo caminho para o outro; na medida em que houver congruência entre o modo do enfermeiro ser e encarar a vida e sua atitude profissional, provavelmente a assistência será mais humana; na medida em que o enfermeiro for capaz de colocar o paciente no centro de sua atenção profissional, seu desempenho será mais objetivo, mais maduro, mais seguro, mais flexível e mais criativo; na medida em que criamos um ambiente que favoreça a confiança, a liberdade e a transformação, nossas atitudes serão corretamente percebidas pelo paciente reagindo a ele, de acordo com esta percepção; na medida em que aceitamos nossas limitações e reconhecemos nossa potencialidade estimulamos no paciente a expressão de seus mais verdadeiros sentimentos. A satisfação mútua será então a expressão da compreensão humana.*

## **VI. RESUMO**

*Esta é uma apresentação dos conhecimentos teóricos da humanização da assistência e as observações da prática da enfermagem psiquiátrica em suas relações interpessoais.*

*Iniciamos com uma visão histórica do doente mental através dos tempos destacando os registros de tendências de humanização da assistência e as transformações com relação ao saber, valores e instrumentalização da enfermagem.*

*Em função dos conhecimentos oriundos de diferentes correntes de pensamento, temos vários modelos de assistência determinando a prática da enfermagem.*

*Por um lado encontramos uma enfermagem reproduzindo o "status quo" curvando-se ao esquema da minoria dominante. Por outro, temos a percepção de que o enfermeiro está buscando sua identidade profissional.*

*Assim, oferecemos neste momento, elementos na área do saber humanista acompanhados de valores fundamentais necessários a possíveis mudanças de atitude da pessoa do enfermeiro e conhecimentos que o ajudarão a preparar-se para atuar profissionalmente junto a pessoas que precisam de ajuda.*

*Os fundamentos teóricos que apresentamos focalizam o homem como centro nas relações interpessoais. Abordamos a comunicação intrapsíquica, interpessoal e as interações terapêuticas, que servem de base para o enfermeiro conhecer a pessoa (si próprio e o outro) suas relações e o manejo terapêutico das relações humanas.*

*As observações das relações de 18 enfermeiros com paciente em quatro unidades de assistência psiquiátrica, nos permitiram registrar, analisar e sistematizar os resultados em três grandes grupos: as ações consideradas importantes para ajudar o paciente nas relações interpessoais; as ações que poderiam interferir nas relações, resultando em atitudes não-terapêuticas; e, aqueles fatores que afetam a comunicação interpessoal nas relações de ajuda. Toda a análise foi ilustrada com "logs", comentados com base nos conhecimentos teóricos da assistência*

*humanizada.*

*Nossas reflexões, creio, fornecem suporte para o ensino das relações terapêuticas e para que o enfermeiro sintá-se mais seguro para transformar sua assistência ao homem coisificado, em uma vivência humana e realizadora.*

## **SUMMARY**

*This is a presentation of theoretical knowledge about the humanization of care and the observation of psychiatric nursing practice in terms of interpersonal relations.*

*We begin with a historical view of mental patients through time, emphasizing records of trends toward the humanization of care and the transformations with respect to nursing knowledge, values and instrumentalization.*

*Knowledge obtained from different currents of thought shows that there are various models of care which govern nursing practice. On the one hand, there is a kind of nursing which reproduces the status quo, yielding to the scheme imposed by the dominant minority, and on the other there is the perception that nurses are looking for their professional identity.*

*Thus, at this time we offer elements in the area of humanistic knowledge accompanied by fundamental values needed for possible changes in attitude on the part of nurses, as well as information that help nurses to prepare for a professional performance with who need their help.*

*The theoretical principles presented here focus on man as the center of interpersonal relations. We approach intrapersonal and interpersonal communication and therapeutic interactions which provide nurses with a basis for getting to know persons (themselves and others), their relations, and the therapeutic management of human relations.*

*The observation of the relations of 18 nurses with patients at four psychiatric care units permitted us to record, analyze and systematize the results into three major*

*groups: actions considered important to help the patients in interpersonal relations; actions that may interfere with these relations and result in non-therapeutic attitudes; and those factors that affect interpersonal communication in help situations. The entire analysis was illustrated with logs discussed on the basis of theoretical knowledge of humanized care.*

*I believe that our reflections provide support for the teaching of therapeutic relations and help nurses to feel more secure about transforming their care for man reduced to a thing into a human and productive experience.*



## **VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ALARCON, N.G. - Conferência: la profesion de enfermeria en el contexto mundial. Revista Paulista de Enfermagem, v. 10, nº 2, p. 48-54, 1991.

ALEXANDER, F.G.; SELESNICK, S.T. - História da psiquiatria. São Paulo, IBRASA, 1968, 573p.

ARANGUREN, J.L. - Comunicação humana. São Paulo, Zahar e EDUSP, 1975, 221 p.

BARBOSA, J.C.; RODRIGUES, A.R.F. - Experimentando interações terapeuticas de enfermagem junto ao paciente renal. In: SIBRACEn, 3º, Ribeirão Preto, 13 a 15 maio/1992. ANAIS, Ribeirão Preto. EERP/USP, 1992, p.402-415.

BENJAMIN, A. - A entrevista de ajuda. São Paulo, Martins Fontes, 1978, 195 p.

BLALOCK, H.M. - Introdução à pesquisa social. Rio de Janeiro, Zahar, 1973, 133p.

BRAGA, V.A.B.; RODRIGUES, A.R.F. - Análise crítica de um relacionamento enfermeiro-cliente: tentativa de uma abordagem não diretiva. In: SIBRACEn, 3º, Ribeirão Preto, 13 a 15 maio/1992. ANAIS, Ribeirão Preto. EERP/USP, 1992, p. 190-204.

CAMPOS-FILHO, C.J.; ARAÚJO, F.A. - *Transformação da instituição psiquiátrica - um caminho* (I). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 35, nº 5, p. 313-8, 1966.

CAPLAN, G. - *Princípios de psiquiatria preventiva*. Buenos Aires, Paidós, 1966, 306 p.

D'ANDRÉA, F.F. - *Desenvolvimento da personalidade - enfoque psicodinâmico*. São Paulo, DIFEL e EDUSP, 1972, 185 p.

EVANS, R.J. - *Carl Rogers: o homem e suas idéias*. São paulo, Martins Fontes, 1979, 196 p.

FERREIRA-SANTOS, C.A. - *A enfermagem como profissão*. São Paulo, EDUSP, 1973, 176 p.

FILIZOLA, C.L.A. - *O papel do enfermeiro psiquiatra - oprimido e opressor*. São Paulo, 1990, 149 p. *Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*.

FROMM, E. - *Psicanálise da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro, Zahar, 1970, 350 p.

FREIRE, P. - *Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação*. In: BRANDÃO, C.R. (org.) *Pesquisa participante*. São Paulo, Brasiliense, p. 34-41, 1986.

GARANHANI, M.L.; RODRIGUES, A.R.F. - *Vivenciado a relação de ajuda com uma criança hospitalizada*, In: SIBRACEn, 3º, Ribeirão Preto, 13 a 15 maio/1992. ANAIS, Ribeirão Preto. EERP/USP, 1992, p.74-89.

GLASSER, W. Saúde mental ou doença mental? Rio de Janeiro, Record, 1960, 178 p.

GUSSI, M.A. - Institucionalização da psiquiatria e do ensino de enfermagem no Brasil. Ribeirão Preto, 1987, 73 p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

IVO, M.S.; RODRIGUES, A.R.F. - *Relacionamento interpessoal analisado à luz do referencial de Travelbee*. In: SIBRACEn, 3º, Ribeirão Preto, 13 a 15 maio/1992. ANAIS, Ribeirão Preto. EERP/USP, 1992, p.544-558.

IYER, R.N. - *O homem auto-realizador na sociedade contemporânea: modos filosóficos, clássicos num modelo psicológico coerente*. In: GREENING, T.G. Psicologia existencial-humanista. Rio de Janeiro, Zahar, 1975, 257p.

HAGUETTE, T.M.F. - Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis, Vozes, 1990, 163 p.

HEIDER, F. - The psychology of interpersonal relations. New York, John Wiley, 1958, 332 p.

JORGE, M.S.B.; RODRIGUES, A.R.F. - *Ajuda de enfermagem a aluno ingressante na Graduação*.  
In: SIBRACEn, 3º, Ribeirão Preto, 13 a 15 maio/1992. ANAIS, Ribeirão Preto. EERP/USP, 1992,  
p. 152-174.

KANT, I. - *Crítica da razão*. São Paulo, ABRIL, 1983, 415 p.

KALKMAN, M.E. e DAVIS, A.J. - *New dimensions in mental health psychiatric nursing*. U.S.A.  
McGraw-Hill, 1974, 690 p.

KOLB, L.C. - *Psiquiatria clínica*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1976, 646 p.

LIMA, M.G.; RODRIGUES, A.R.F. - *Estabelecendo interações de ajuda com paciente hiperativo*.  
44º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Brasília, 04 a 09/out/1992 p.137 (Programa).

LINDZEY, G.; ELLIOT, A. - *The handbook of social psychology*. 2ª ED. Wesley Publish, 1968.

LITTLE-JOHN, S.W. - *Fundamentos teóricos da comunicação humana*. Rio de Janeiro, Zahar,  
1982, 407 p.

MASER, S. - *Fundamentos da teoria geral da comunicação*. São Paulo, EPU e EDUSP, 1975, 243  
p.

MASLOW, A.H. - Motivation and personality. New York, Harper & How, 1970, 369 p.

MAY, R. - A arte do aconselhamento psicológico. Petrópolis, Vozes, 1982, 204 p.

MELO, M.R.A.C. - Expectativa e percepção do enfermeiro em relação à função administrativa.  
Ribeirão Preto, 1991, 77 p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto -  
Universidade de São Paulo.

MINZONI, M.A. - *Atitudes do profissional de enfermagem frente à pessoa que requer ajuda*. Arq.  
Clin. Pinel, v. 6, nº 4, p. 242-46, 1980.

MIRON, V.L.; RODRIGUES, A.R.F. - *Interação com paciente sofrendo de desordem afetiva bipolar*. In: SIBRACEN, 3º, Ribeirão Preto, 13 a 15 maio/1992. ANAIS, Ribeirão Preto. EERP/USP, 1992, p. 387-401.

MUCCHIELLI, R. - A entrevista não-diretiva. São Paulo, Martins Fontes, 1978, 186 p.

NOGUEIRA, O. Pesquisa social - introdução às suas técnicas. São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1964, 209p.

OGATA, M.N. - Contribuição à história da enfermagem psiquiátrica brasileira. Ribeirão Preto, 1992, 75 p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

PAGÉS, A. - Orientação não-diretíva em psicoterapia e psicologia social. São Paulo, Forense e EDUSP, 1976, 228 p.

PEREIRA, M.A. - Necessidades da mulher que busca método definitivo para contracepção percebidas através de relação enfermeiro-paciente. Ribeirão Preto, 1991, 134 p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

PEREIRA, M.A.; RODRIGUES, A.R.F. - Relacionamento terapêutico enfermeira-paciente num posto do INAMPS: É possível? In: SIBRACEN, 3º, Ribeirão Preto, 13 a 15 maio/1992. ANAIS, Ribeirão Preto. EERP/USP, 1992, p. 175-189.

PEPLAU, H.E. - Interpersonal relations in nursing. New York, G.P. Putnam's Sons, 1952, 330p.

PERESTRELLO, D. - A medicina da pessoa. Rio de Janeiro, Atheneu, 1974, 244 p.

\_\_\_\_\_. - Trabalhos escolhidos: psicologia médica psicossomática, psicanálise. Rio de Janeiro, São Paulo, Atheneu, 1987, 225 p.

POLIT-O'HARA, D.; HUNGLER, B.P. - Nursing research: principles and methods. Philadelphia, Lippincot, 1987, 571 p.

PORRIT, L. - Communication: choices for nurse. New York, Churchill Living Stone, 1984.

POSSAS, M.C. - Saúde, Medicina e Trabalho no Brasil. Campinas, 1980, 414 p. Dissertação (Mestrado) Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas.

RIBEIRO, M.N. - A doença psiquiátrica e a morte social. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria -A.P.A.L., v. 20, nº 1, p. 21-4, 1988.

RODRIGUES, A.R.F. - Teoria de papéis e enfermagem - o papel do enfermeiro psiquiátrico em ambulatório. Ribeirão Preto, 1978, 169 p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

\_\_\_\_\_. - Enfermagem de saúde mental para mulheres em crise acidental. Ribeirão Preto, 1986, 140 p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo.

\_\_\_\_\_. - Enfermeira adulta interagindo com mulher nem sempre adulta. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 10, nº 2, p. 5-7, 1989.

\_\_\_\_\_. - *A comunicação intrapessoal em enfermagem. 2º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, Ribeirão Preto, 02-4/mai/1990. ANAIS, 2º SIBRACEn, p. 73-85, 1990.*

\_\_\_\_\_. - *Pensando sobre relacionamento enfermeiro-paciente. Revista Paulista de Enfermagem, v. 10, nº 1, p. 38-40, 1991.*

ROGERS, C.R. - *Psicoterapia centrada en el cliente - práctica implicaciones y teoria, Buenos Aires, Paidós, 1966, 459 p.*

\_\_\_\_\_. - *Tornar-se pessoa. São Paulo, Martins Fontes, 1982, 360 p.*

ROGERS, C.R.; ROSENBERG, R.L. - *A pessoa como centro. São Paulo, EPU e EDUSP, 1977, 228 p.*

RUDIO, F.V. - *Orientação não-diretiva na educação, no aconselhamento e na psicoterapia. Rio de Janeiro, Petrópolis, 1990, 109 p.*

RUESCH, J.; BATESON, G. - *Comunicación: la matriz social de la psiquiatria, Buenos Aires, Paidós, 1965, 246 p.*



SCARELLI, E.M.; RODRIGUES, A.R.F. - *Vivenciando uma relação de ajuda com pacientes nos pós-operatório de transplante hepático. 44º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Brasília, 04 a 09/out/1992 p.106 (Programa).*

SILVA, G.B. - *Enfermagem profissional: análise crítica. São Paulo, Cortez, 1986, 143 p.*

STEFANELLI, M.C. - *Comunicação interpessoal. 2º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem. Ribeirão Preto, 02-04/mai/1990. ANAIS. 2º SIBRACEn, p. 50-72, 1990.*

TRAVELBEE, J. - *Intervention en enfermeria psiquiátrica. Colômbia, Carvajal S.A., 1982, 282p.*

VALLEJO-NAGERA, J.A. *Loucos egrégios. Rio de Janeiro, Guanabara, 1978.*